

Cuidado de Saúde mais Seguro

Estratégias para o cotidiano do cuidado



Cuidado de Saúde mais Seguro

Charles Vincent • René Amalberti

Cuidado de Saúde mais Seguro

Estratégias para o cotidiano do cuidado

Presidente da Fiocruz
Paulo Gadelha

Diretor do ICICT
Umberto Trigueiros

Proqualis
Coordenação Geral
Margareth Portela
Josué Laguardia

Coordenação Executiva
Victor Grabois
Assessoria Técnico-Científica
Claudia Travassos (Publicações Proqualis)
Camila Lajolo
Maria de Lourdes de Oliveira Moura
Carla Gouvêa

Edição Executiva
Alessandra dos Santos
Miguel Papi
Jornalista
Isis Breves

Bibliotecária
Monique dos Santos

Secretária Executiva
Beatriz Pontes

Charles Vincent
University of Oxford
Oxford, Reino Unido

René Amalberti
Haute Autorité de Santé
Paris, França

© Originalmente publicado em inglês sob o título Safer Healthcare:
Strategies for the Real World (Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer
Open, 2016)

© da versão brasileira, Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2016

Tradução

Diego Alfaro
Ana Ribeiro Olson

Revisão Técnica

Claudia Travassos
Camila Lajolo

Revisão

Infotags Desenvolvimento em Informática Ltda Me

Capa e Projeto Gráfico

Focar Estúdio

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica / Proqualis

096 Vincent, Charles e Amalberti, Rene
Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado
/ Charles Vincent e Rene Almaberti – Rio de
Janeiro, 2016.
000 Kb; ePUB
Bibliografia.
ISBN: - 978-85-69295-03-7
1. Saúde. 2. Segurança do paciente. 3.
Cuidado de saúde. III. Título.
CDD 610

Proqualis
Av. Brasil, 4.365 - Pavilhão Haity Moussatchés 1 201
Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP: 21045-360
Tel.: (+55 21) 3865-3283

Este trabalho recebeu o apoio da Health Foundation, uma instituição independente sem fins lucrativos que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde.

Acesso aberto – Este livro é distribuído nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Todos os direitos comerciais são reservados pela Editora, no todo ou em parte do material, especificamente os direitos de tradução, reimpressão, reutilização das ilustrações, recitação, transmissão, reprodução em microfímes ou qualquer outro meio físico, transmissão ou armazenamento e recuperação de informações, adaptação eletrônica, software ou metodologias semelhantes ou diferentes conhecidas atualmente ou desenvolvidas no futuro.

O uso de nomes descritivos genéricos, nomes registrados, marcas registradas, marcas comerciais etc. nesta publicação não implica, mesmo na ausência de uma declaração específica, que tais nomes estejam isentos das leis e regulamentações de proteção relevantes, nem que, portanto, estejam liberados para o uso geral.

A editora, os autores e os editores presumem e acreditam que os conselhos e informações contidos neste livro sejam verdadeiros e precisos na data da publicação. Nem a editora nem os autores ou os editores oferecem nenhuma garantia, expressa ou implícita, em relação ao material contido aqui ou a quaisquer erros ou omissões que tenham sido feitos.

Para Lucian Leape e James Reason



Prefácio

O cuidado de saúde traz-nos benefícios extraordinários, mas cada visita e cada tratamento também envolvem riscos de diferentes tipos. Riscos conhecidos de tratamentos específicos estão bem definidos e costumam ser discutidos pelos médicos. No entanto, também enfrentamos o risco de falhas no sistema de saúde, algumas delas ligadas especificamente a certos ambientes, e outras derivadas da má coordenação do cuidado entre diferentes ambientes. Para nós, enquanto pacientes, o cuidado de saúde representa uma surpreendente junção de grandes avanços e atos humanitários que podem ser rapidamente seguidos de lapsos e efeitos adversos graves.

A segurança do paciente tem sido impulsionada pelo estudo de incidentes específicos, nos quais as pessoas sofrem algum dano causado pelo cuidado de saúde. A eliminação desses eventos angustiantes e, por vezes, trágicos continua sendo uma prioridade, mas essa ambição realmente não apreende os desafios que precisamos enfrentar. Embora a segurança do paciente tenha trazido muitos avanços, acreditamos ser necessário conceituar esse empreendimento de forma diferente para continuarmos avançando. Defendemos que é preciso enxergar a segurança pelos olhos do paciente, considerar como ela é gerida em diferentes contextos e desenvolver uma visão estratégica e prática mais ampla, na qual a segurança do paciente seja redefinida como a gestão de riscos ao longo do tempo.

O título pode parecer curioso. Por que “estratégias para o mundo real”? À medida que desenvolvemos nossas ideias, percebemos que quase todas as iniciativas de segurança atuais são tentativas de melhorar a confiabilidade de processos clínicos ou estratégias mais amplas de melhoria do sistema. Chamamos essas iniciativas importantes e valiosas de “estratégias de otimização”. O único problema é que, por uma série de razões, muitas vezes é impossível prestar o cuidado ideal. Temos pouquíssimas estratégias de segurança destinadas a gerir os riscos nas condições cotidianas de trabalho no cuidado de saúde; condições estas habitualmente complexas e adversas. As estratégias atuais funcionam bem num ambiente razoavelmente controlado, mas são, de certa forma, utópicas. Argumentamos neste livro que elas devem ser complementadas por estratégias explicitamente destinadas a gerir riscos “no mundo real”.

Como este livro foi escrito

Somos amigos e, há muitos anos, compartilhamos grande entusiasmo pela segurança. No entanto, não havíamos nos encontrado pessoalmente até termos sido convidados como professores para o memorável seminário internacional de Salzburgo sobre segurança do

paciente, organizado por DonBerwick e LucianLeape em 2001.

A história do livro começou ao final de 2013, com a observação de René de que as enormes mudanças tecnológicas e organizacionais que estavam ocorrendo no cuidado de saúde teriam importantes consequências para a segurança do paciente. Charles, por sua vez, sugeriu que o cuidado prestado no ambiente domiciliar e comunitário seria um foco importante. Planejamos, então, escrever artigos sobre esses assuntos. Começamos a conversar e a nos encontrar regularmente, desenvolvendo uma visão comum e um conjunto de ideias por meio de vários e-mails, telefonemas e reuniões. Logo ficou evidente que precisávamos de uma nova visão da segurança do paciente e que as mudanças em curso só acelerariam as necessidades atuais. Precisariamos de um livro para expressar essas ideias em sua totalidade.

A característica particular deste livro é que ele foi realmente escrito “a quatro mãos”. Em muitos livros escritos por mais de um autor, os capítulos são claramente divididos entre eles. No entanto, nós não fizemos nenhuma distribuição específica de capítulos. Todos os capítulos foram imaginados e desenvolvidos em conjunto; testamos e moldamos nossas ideias ao longo de iterações sucessivas e muitas discussões.

O trabalho amadureceu lentamente. As ideias essenciais surgiram muito rapidamente, mas foi difícil encontrar uma forma clara de expressi-las; além disso, as implicações revelaram-se muito maiores do que tínhamos imaginado. Também estávamos determinados a manter o livro curto e acessível— como se sabe, é muito mais difícil escrever um livro curto do que um longo. Concluímos um primeiro manuscrito em abril de 2015. Ele foi lido por colegas generosos e apresentado num seminário na Health Foundation. O manuscrito foi recebido com entusiasmo, estímulo e muitos comentários e críticas construtivas, o que nos ajudou enormemente a ajustar e refinar a versão final, que foi entregue à Springer em agosto de 2015.

A estrutura do livro

No primeiro capítulo deste livro, estabelecemos alguns dos principais desafios que enfrentamos na tentativa de melhorar a segurança no cuidado de saúde. No segundo capítulo, delineamos um referencial simples que descreve os diferentes padrões de cuidado, não para categorizar as organizações como boas ou ruins, e sim para sugerir um cenário mais dinâmico no qual o cuidado pode passar rapidamente de um nível ao outro. Argumentamos, então, que a segurança não é (e não deve ser) abordada da mesma forma em todos os ambientes clínicos; as estratégias para geri-la em ambientes altamente padronizados e controlados são necessariamente diferentes daquelas nos ambientes em que os profissionais clínicos precisam se adaptar e responder constantemente a circunstâncias em mutação. Propomos, em seguida, que a segurança deve ser vista e entendida pela perspectiva do paciente. Não adotamos este ponto de vista para responder aos imperativos das políticas de saúde que exigem um cuidado centrado no paciente, mas simplesmente porque é a realidade que precisamos apreender. A segurança, vista desse ângulo, implica o mapeamento dos riscos e dos benefícios do cuidado ao longo da trajetória do paciente

pelo sistema de saúde.

Os capítulos seguintes começam a examinar as implicações dessas ideias para a segurança do paciente e a gestão de riscos. No capítulo 5, partimos da nossa compreensão prévia da análise de incidentes para propor e ilustrar como conduzir análises em diferentes contextos clínicos ao longo do tempo. Enfatizamos o papel do paciente e de sua família na escolha, análise e formulação de recomendações.

No capítulo 6, descrevemos uma arquitetura de estratégias de segurança e das intervenções associadas a elas, que podem ser usadas tanto para gerir a segurança no dia a dia como para melhorá-la a longo prazo. Postulamos que essas estratégias são aplicáveis a todos os níveis do sistema de saúde, desde a linha de frente até a regulamentação e a governança do sistema. Como já dissemos, a maior parte das estratégias de melhoria da segurança visa otimizar o cuidado. Nessa abordagem geral, distinguimos programas de segurança centrados em danos ou processos clínicos específicos de experiências mais gerais voltadas para melhorar os sistemas e processos de trabalho em vários ambientes de cuidado. Sugerimos que essas estratégias devem ser complementadas por outras que estejam mais centradas em detectar e responder aos riscos, com o pressuposto de que, especialmente numa época de demandas crescentes e austeridade fiscal, o cuidado muitas vezes é prestado em condições de trabalho difíceis. As três abordagens restantes são: controle de risco; monitoramento, adaptação e resposta; mitigação. Diariamente, os profissionais clínicos, gestores e outros profissionais de saúde tomam medidas para gerir os riscos, mas, curiosamente, estas não costumam ser vistas como medidas de segurança do paciente. Precisamos desenvolver uma visão que reúna todas as possíveis formas de gerir riscos e segurança num referencial amplo. Por um lado, as estratégias de otimização melhoram a eficiência e outros aspectos da qualidade na mesma medida em que melhoram a segurança. Por outro lado, as estratégias de controle de risco, adaptação e recuperação estão mais centradas na melhoria da segurança.

Nos capítulos 7, 8 e 9, exploramos o uso e o valor desse referencial estratégico e consideramos como a segurança deve ser gerida no ambiente hospitalar, domiciliar e na atenção primária, dando atenção especial à segurança no ambiente doméstico. Verificamos que é difícil tornar os hospitais seguros, mesmo com funcionários e profissionais altamente treinados que operam num contexto com referencial regulatório relativamente forte. Em pouco tempo, estaremos buscando alcançar padrões de segurança semelhantes com uma mão-de-obra essencialmente leiga (pacientes e seus cuidadores), em ambientes que não foram projetados para o cuidado de saúde e praticamente sem uma supervisão efetiva. É possível que enfrentemos dificuldades.

Acreditamos que agora precisamos de uma visão ampliada da segurança do paciente. Porém, no capítulo 10, argumentamos que as futuras modificações na natureza, prestação e formas de organização do cuidado de saúde tornam a mudança de visão ainda mais urgente. No futuro, partes expressivas do cuidado serão prestadas no ambiente domiciliar, sob o controle direto do paciente; por isso, precisaremos de uma nova visão da segurança do paciente, necessariamente centrada nos pacientes e em seu ambiente, mais do que nos profissionais de saúde e no ambiente hospitalar. As discussões sobre novas tecnologias e sobre o potencial da prestação do cuidado no ambiente domiciliar costumam

ser marcadas por um otimismo desenfreado, sem qualquer consideração sobre os novos riscos que surgirão ou a carga que poderá recair sobre os pacientes, familiares e cuidadores ao assumirem cada vez mais responsabilidades. O novo cenário trará grandes benefícios, mas também novos riscos, que serão especialmente importantes durante o período de transição. Para um paciente ativo com apenas uma doença crônica, o empoderamento e o controle sobre seu tratamento podem ser autênticos benefícios, desde que haja profissionais de saúde disponíveis quando necessário. No caso de pessoas mais idosas, frágeis ou vulneráveis, o cálculo dos riscos e benefícios pode ser muito diferente.

Nos dois capítulos finais, reunimos todo o material e apresentamos um compêndio de todas as estratégias e intervenções de segurança discutidas neste livro. O compêndio é descrito como uma “taxonomia incompleta”, pois sabemos que, se esta abordagem for aceita, há muito a ser feito para mapear o cenário de estratégias e intervenções. As intervenções podem ser selecionadas, combinadas e adaptadas de acordo com o contexto. Esperamos que o nosso referencial sirva de apoio a líderes na linha de frente do cuidado, organizações, agentes reguladores e governos na criação de uma estratégia global que seja eficaz para gerir a segurança na atual situação de austeridade e demandas crescentes. No capítulo final, estabelecemos algumas direções e implicações imediatas para pacientes, profissionais clínicos e gestores, executivos e conselhos de administração, agentes reguladores e formuladores de políticas. As pressões financeiras e o aumento da demanda comumente alteram as organizações, fazendo-as perder o foco na melhoria da qualidade e da segurança, que podem, temporariamente, tornar-se questões secundárias. No entanto, consideramos que as pressões financeiras provocam novas crises de segurança e que precisamos urgentemente de um enfoque integrado para a gestão de riscos.

Sabemos que estas ideias precisam ser testadas na prática e que o verdadeiro teste consiste em saber se esta abordagem nos levará numa direção que seja útil para os pacientes. Acreditamos firmemente que as propostas que fazemos aqui só poderão ser bem-sucedidas se um conjunto de pessoas se reunir para desenvolvê-las e avaliar suas implicações.

Oxford, Reino Unido,
Charles Vincent

Paris, França,
René Amalberti



Agradecimentos

As respostas iniciais ao primeiro manuscrito deste livro nos encorajaram muito. Também recebemos muitas ideias, sugestões e comentários perspicazes, que resolveram problemas específicos ou identificaram falhas, trechos inadequados e partes que estavam simplesmente erradas. Nas citações ou exemplos específicos que aparecem no livro, mencionamos a fonte no próprio texto, embora todos os comentários que recebemos tenham sido valiosos, levando a alterações importantes tanto na estrutura como no conteúdo do livro. O livro que você está vendo hoje é muito diferente da versão original. Gostaríamos de agradecer às seguintes pessoas por suas ideias, sugestões e críticas construtivas: Jill Bailey, Nick Barber, Maureen Bisognano, Jane Carthey, Bryony Dean Franklin, John Green, Frances Healey, Goran Henriks, Ammara Hughes, Matt Inada Kim, Jean Luc Harousseau, John Illingworth, Martin Marshall, Phillippe Michel, Wendy Nicklin, Penny Pereira, Anthony Staines e Suzette Woodward.

A Health Foundation faz um trabalho excepcional, estimulando o desenvolvimento de novas ideias, dando liberdade e tempo às pessoas para que abordem problemas instigantes. Agradecemos à fundação por seu entusiasmo e apoio a este livro. Charles gostaria de agradecer especialmente a Jennifer Dixon, Nick Barber, Jo Bibby, Helen Crisp e Penny Pereira por lhe permitirem fazer uma transição em sua carreira e pelo apoio e estímulo ao longo dos anos. Michael Howes deu vida e cores às nossas figuras. Agradecemos a Nathalie Huilleret, da editora Springer, por seu entusiasmo com o projeto, sua dedicação pessoal supervisionando o processo de publicação e sua disposição e encorajamento para que publicássemos o livro no formato de Acesso Aberto, disponível para todos.

Charles Vincent
René Amalberti
Oxford e Paris
Agosto de 2015



Sumário

1 Avanços e desafios na área da segurança do paciente.....	01
Avanços na área da segurança do paciente.....	01
A definição de dano tem sido demasiadamente estreita.....	04
A segurança é um alvo em movimento.....	05
A segurança tem se concentrado em apenas uma parte do sistema.....	06
Temos encarado a segurança da mesma forma em todos os ambientes.....	07
Nosso modelo de intervenção é limitado.....	08
O cuidado de saúde está mudando.....	09
Referências.....	12
2 O ideal e o real.....	15
A realidade cotidianas do cuidado de saúde.....	16
Comparação do cuidado real com o cuidado pretendido pelas Diretrizes Clínicas.....	16
Confiabilidade dos sistemas clínicos no NHS britânico.....	17
Seguindo as regras: a confiabilidade do comportamento humano.....	17
O ideal e o real: cinco níveis de cuidado	19
O impacto cumulativo do cuidado de baixa qualidade.....	21
É fundamental discutir explicitamente os verdadeiros padrões de cuidado.....	24
Qual é o impacto da melhoria nos padrões de qualidade?.....	25
Níveis de cuidado e estratégias para a melhoria da segurança.....	27
Referências.....	27
3 Abordagens de segurança: não existe solução única.....	30
Abordagens diante dos riscos e perigos: aceitar, gerir ou evitar.....	30
Três abordagens para a gestão de risco.....	33
Aceitar os riscos: o modelo ultra-adaptável.....	33
Gerir os riscos: a abordagem da alta confiabilidade.....	34
Evitar os riscos: a abordagem ultrassegura.....	35
Regras e adaptação.....	35
Quantos modelos para o cuidado de saúde?.....	36
Passando de um modelo a outro.....	37
Reflexões sobre o ideal de segurança.....	39
Referências.....	41
4 Enxergando a segurança pelos olhos do paciente.....	42
O que entendemos por “dano”?.....	43

Segurança e qualidade do cuidado na perspectiva do paciente.....	45
A segurança vista pelos olhos do paciente.....	47
Potencialmente, o paciente tem a visão mais completa.....	47
A visão do profissional de saúde é necessariamente incompleta	47
Os recursos do paciente e da família são essenciais para o cuidado seguro.....	48
A coordenação de cuidado é uma importante questão de segurança.....	48
Repensando a segurança do paciente.....	48
Referências.....	50
5 As consequências para a análise de incidentes.....	51
O que tentamos aprender quando analisamos incidentes?.....	51
Conceitos essenciais do modelo ALARME	54
Os problemas escolhidos para análise devem ser importantes para os pacientes.....	55
O período de tempo da análise deve ser ampliado: revisão da trajetória do paciente.....	57
A história como percebida pelos profissionais.....	59
A história contada pela paciente.....	60
A trajetória do evento.....	60
Êxitos e falhas na detecção e na recuperação.....	61
Adaptando a análise ao contexto.....	62
Referências.....	64
6 Estratégias de segurança.....	66
Que opções temos para melhorar a segurança?.....	66
Cinco estratégias de segurança.....	67
Estratégia I: Segurança como melhor prática.....	68
Estratégia II: Melhoria de processos e sistemas de trabalho.....	70
Estratégia III: Controle de risco.....	71
Estratégia IV: Monitoramento, adaptação e resposta.....	73
Estratégia V: Mitigação.....	75
Inovação.....	77
Seleção e adaptação de estratégias ao contexto clínico.....	78
Referências.....	80
7 Estratégias de segurança em hospitais.....	83
Um pouco de história.....	83
1995 a 2002 — O entusiasmo dos primeiros anos.....	83
2002 a 2005 — O advento do profissionalismo.....	84
2005 a 2011 — Cultura de segurança, intervenções multifacetadas e trabalho em equipe.....	84
Reflexões sobre a segurança em hospitais.....	85
Segurança no hospital: distinguindo estratégias atuais e futuras.....	85
Segurança como melhor prática.....	87

Melhorar o sistema.....	88
Reduzir a carga sobre os profissionais: simplificação e organização.....	88
Controle de risco.....	90
Controle de medicamentos.....	90
Potencial dos controles do tipo “go/no go” em cirurgia.....	91
Imposição de limites ao cuidado.....	92
Monitoramento, adaptação e resposta.....	92
Deteção de problemas por pacientes e famílias.....	93
Treinamento de equipes em monitoramento, adaptação e resposta.....	93
Briefings e debriefings, passagens de caso e rondas nas enfermarias.....	94
Mitigação.....	94
Sistemas de apoio aos profissionais da saúde e pacientes.....	94
Determinantes políticos e regulatórios das abordagens de segurança.....	95
Segurança em contexto: os diversos ambientes hospitalares.....	98
Referências.....	101
8 Estratégias de segurança na atenção domiciliar.....	105
Envelhecimento da população e a expansão da atenção domiciliar.....	105
Os desafios à prestação do cuidado de saúde no ambiente domiciliar.....	106
Os perigos da atenção domiciliar: novos riscos, novos desafios.....	107
Danos acidentais no ambiente doméstico.....	107
Eventos adversos na atenção domiciliar.....	108
Eventos adversos de medicamentos.....	108
Risco para a família e outros cuidadores.....	108
Problemas de transição e coordenação.....	109
Influências sobre a segurança na atenção domiciliar.....	109
As condições socioeconômicas assumem uma importância muito maior.....	110
O ambiente domiciliar como fator de risco.....	110
Aumento das responsabilidades dos cuidadores.....	111
Treinamento e experiência dos profissionais de apoio à atenção domiciliar	112
Abordagem fragmentada por parte dos profissionais da saúde.....	113
Estratégias e intervenções de segurança na atenção domiciliar.....	113
Estratégias de otimização na atenção domiciliar: melhores práticas e melhoria dos sistemas.....	114
Planejamento da alta hospitalar e a transição do hospital para casa.....	114
Treinamento de pacientes e cuidadores.....	116
Estratégias de controle de risco na atenção domiciliar.....	117
Estratégias de monitoramento, adaptação e resposta na atenção domiciliar.....	117
Detectar a deterioração.....	118
Mitigação.....	119
Responsabilidades dos cuidadores.....	119
Estratégias de mitigação na hemodiálise domiciliar.....	120
Reflexões sobre a segurança na atenção domiciliar.....	121
Referências.....	122

9 Estratégias de segurança na atenção primária.....	127
Desafios para a atenção primária.....	127
A natureza dos riscos na atenção primária.....	128
Erro e dano na atenção primária.....	129
Erros de diagnóstico.....	130
A segurança como boa prática.....	131
Melhoria do sistema.....	132
Estratégias de controle de risco.....	133
Controle por avaliação de competência.....	134
Controle de perigo.....	134
Monitoramento, adaptação e resposta.....	135
Desenvolver uma abordagem mais sistemática para a observação e a espera.....	135
Mitigação.....	138
Reflexões sobre a segurança na atenção primária.....	139
Referências.....	141
10 Novos desafios para a segurança do paciente.....	145
A natureza dinâmica do cuidado de saúde.....	145
Segurança melhorada em alguns contextos.....	147
Novos desafios para a segurança do paciente.....	148
Aumento da complexidade.....	148
Desafios e riscos da coordenação de cuidado.....	148
Benefícios e riscos dos exames de rastreamento.....	149
Benefícios e riscos da tecnologia da informação.....	149
A sobrecarga do cuidado de saúde: o impacto sobre pacientes e cuidadores.....	150
Uma revolução global, em vez de uma evolução local.....	151
Referências.....	154
11 Um compêndio de estratégias e intervenções de segurança.....	157
Enxergar a segurança através dos olhos do paciente.....	157
Considerar benefícios e danos ao longo da trajetória de cuidado do paciente.....	158
Segurança do paciente como gestão de risco ao longo do tempo.....	159
Adotar diversos modelos de segurança.....	160
Desenvolver maior variedade de estratégias de segurança.....	162
Um compêndio de estratégias de segurança.....	164
Referências.....	169
12 Gestão de risco no cotidiano do cuidado.....	170
Implicações para os pacientes, cuidadores e famílias.....	170
Implicações para os profissionais da linha de frente e os gestores.....	171
Implicações para executivos e conselhos de administração.....	173
Implicações para agências reguladoras e governos.....	175
Direções futuras para a pesquisa e a prática.....	176



Sumário das Ilustrações

- Fig. 2.1. Cinco níveis de cuidado
- Fig. 2.2. Otimização e gestão de riscos
- Fig. 3.1. Três abordagens contrastantes para a segurança
- Fig. 4.1. Quatro trajetórias de pacientes
- Fig. 4.2. Variações nos padrões de cuidado ao longo do tempo
- Fig. 5.1. Análise da segurança ao longo da trajetória do paciente
- Fig. 5.2. Um caso analisado pelo protocolo ALARME
- Fig. 6.1. Análise, contexto e estratégias
- Fig. 7.1. A melhoria dos sistemas reduz a necessidade de adaptação
- Fig. 7.2. Diretrizes para fratura de colo do fêmur nas primeiras 24 horas
- Fig. 7.3. Estratégias de segurança no cuidado perioperatório na Europa e nos Estados Unidos





Capítulo 1 - Avanços e Desafios na Área da Segurança do Paciente

Há vinte e cinco anos, o campo da segurança do paciente não existia (à exceção de alguns pioneiros), e a ausência de pesquisa e de atenção aos acidentes no cuidado de saúde poderia ser descrita como um caso de negligência (Vincent 1989). Atualmente há uma ampla aceitação e conscientização sobre o problema do dano no cuidado de saúde e, na última década, foram feitos esforços consideráveis para melhorar a segurança do cuidado de saúde. Entretanto, o progresso tem sido mais lento que o esperado inicialmente, e o otimismo inicial foi substituído por uma perspectiva de longo prazo mais realista. Sem dúvida houve avanços significativos, mas acreditamos que o progresso futuro, principalmente no sistema de saúde como um todo, exigirá uma visão mais ampla da segurança do paciente. Neste capítulo, faremos uma breve revisão do progresso na área de segurança do paciente e consideraremos os principais desafios futuros, da maneira como os enxergamos.

Avanços na área da segurança do paciente

Com a vasta atenção dedicada atualmente à segurança do paciente, é fácil esquecer como era difícil, nos primeiros anos, encontrar até mesmo relatos claros de danos a pacientes, que dirá descrevê-los e analisá-los. Os documentos médico-legais, mais voltados à culpabilização e às indenizações que à segurança, eram a principal fonte de informações (Lee e Domino 2002). Por outro lado, atualmente temos uma grande disponibilidade de relatos de caso narrativos, acompanhados de análises e comentários. Hoje em dia, as análises de incidentes são executadas de forma rotineira, embora muitas vezes dentro de um referencial de responsabilização, e não de reflexão ou aprendizagem.

Muitos países fizeram um grande progresso na avaliação da natureza e da dimensão do dano no cuidado de saúde. Os resultados dos principais estudos baseados na revisão de prontuários são amplamente aceitos (de Vries et al. 2008), e vários estudos catalogam a natureza e a extensão de eventos adversos cirúrgicos, infecções, eventos adversos de medicamentos e outros problemas relacionados à segurança. A medição e o monitoramento da segurança ainda são um desafio, mas já avançamos no desenvolvimento de indicadores confiáveis do status de segurança (Vincent et al. 2013, 2014).

As análises de incidentes relacionados ao cuidado de saúde têm revelado uma ampla gama de fatores contribuintes, demonstrando que os profissionais da saúde muitas vezes herdam problemas sistêmicos (Reason 1997). Contudo, alguns problemas relacionados à segurança podem estar relacionados ao desempenho individual abaixo do padrão, seja intencionalmente ou devido a doença ou incapacidade (Francis 2012). A regulamentação tanto de organizações como de indivíduos está aumentando, e todos os profissionais da

saúde têm agora o claro dever de informar sua organização caso um colega apresente um desempenho persistentemente inadequado. O ato de chamar a atenção para problemas relacionados à segurança é estimulado ativamente pelos níveis mais altos das organizações, embora muitos dos que erguem a voz para denunciar os problemas existentes ainda sejam maltratados e perseguidos por seus esforços. Todos estes desenvolvimentos representam uma crescente preocupação com a segurança e a determinação de melhorar os padrões básicos.

Também foi alcançado um progresso significativo no mapeamento e na compreensão dos problemas relacionados à segurança. Por exemplo, há bastante tempo já se sabe que a cirurgia é uma área na qual ocorre uma grande proporção de eventos adversos evitáveis. Uma década atrás, a maioria desses eventos teria sido considerada inevitável ou seria atribuída, em geral incorretamente, a problemas no desempenho individual dos profissionais (Calland et al. 2002; Vincent et al. 2004). Estudos sobre falhas de processo, comunicação, trabalho em equipe, interrupções e distrações já identificaram várias vulnerabilidades no cuidado cirúrgico. Dada a insegurança inerente ao sistema, hoje em dia o que parece notável é a existência de tão poucos eventos adversos, o que provavelmente demonstra a resiliência e a capacidade de recuperação dos profissionais clínicos (Wears et al. 2015). Atualmente, muitas unidades cirúrgicas já não se limitam a utilizar listas de verificação, com seus benefícios indiscutíveis, e passam a considerar o cuidado cirúrgico de maneira ampla e a necessidade de uma compreensão mais sofisticada do trabalho em equipe cirúrgica, tanto no centro cirúrgico como no sistema de saúde como um todo (de Vries et al. 2010).

Um número considerável de intervenções diferentes tem mostrado que é possível reduzir a ocorrência de erros e tornar os processos mais confiáveis. Demonstrou-se que intervenções como as prescrições médicas eletrônicas, a padronização e simplificação de processos e a passagem sistemática de casos melhoram a confiabilidade e, em alguns casos, reduzem a ocorrência de dano em contextos específicos. Contudo, há relativamente poucos exemplos de intervenções em grande escala que tenham gerado um impacto demonstrável sobre a segurança do paciente. As duas exceções mais notáveis são a redução do número de infecções associadas a cateteres venosos centrais observada em Michigan e a introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS (Pronovost et al. 2006; Haynes et al. 2009) (Tabela 1.1).

Embora a eficácia de intervenções específicas esteja demonstrada, tem sido muito mais difícil melhorar a segurança nas organizações como um todo. A Safer Patients Initiative do Reino Unido, que empregou líderes reconhecidos na área, foi um dos programas de intervenção de maior dimensão e mais cuidadosamente estudados. O programa foi bem sucedido em muitos aspectos, pois envolveu e motivou os profissionais e produziu bolsões de melhoria sustentada. Porém, não conseguiu demonstrar alterações em grande escala em vários indicadores de cultura, processo e resultado (Benning et al. 2011). Da mesma forma, os resultados de estudos que tentaram avaliar a segurança em

sistemas de saúde como um todo foram geralmente decepcionantes. Estudos longitudinais baseados na revisão de prontuários realizados nos Estados Unidos e na França não observaram nenhuma melhoria na segurança do paciente, embora recentemente tenham sido observados resultados promissores na Holanda (Landrigan et al. 2010; Michel et al. 2011; Baines et al. 2015).

Tabela 1.1 Avanços na área de segurança do paciente ao longo de duas décadas

	Onde estávamos (1995)	Onde estamos agora (2015)
Bases	Notificação de incidentes, melhoria contínua e desenvolvimento de melhores práticas	Basicamente inalteradas. Mais tradução e uso de abordagens industriais para a segurança, maior atenção dedicada à análise de incidentes, à aprendizagem e à retroalimentação.
Definição	Dano definido sob ponto de vista profissional, com base numa perspectiva médico-legal e centrada nos seguros de saúde. Visão estreita de causalidade, associação direta entre cuidado técnico e dano	Segurança do paciente ainda ligada a uma perspectiva médico-legal. Maior compreensão do erro humano e das influências organizacionais.
Perímetro de inclusão	Visão predominantemente técnica sobre o cuidado, melhoria de protocolos clínicos vista como prioridade principal para melhorar a segurança	Reconhecimento da importância dos fatores humanos e das ciências humanas. Fatores organizacionais e cultura de segurança são prioridades adicionais para a segurança.
Medição	Contagem de incidentes e eventos adversos	Basicamente inalterada.

Em comparação com uma década atrás, temos agora uma boa compreensão da fenomenologia dos erros e danos, um volume considerável de dados epidemiológicos e uma certa compreensão das causas dos danos; além disso, a eficácia de certas intervenções e a efetividade de umas poucas foi demonstrada. Não temos evidências claras de amplas mudanças sustentadas ou de melhorias generalizadas na segurança dos sistemas de saúde. Em suma, o progresso parece razoável, embora não seja espetacular. Considerando o volume de recursos destinados à segurança, ainda muito baixo em comparação com a

biomedicina, o progresso parece razoavelmente bom. Acreditamos que o conceito de segurança do paciente com o qual estamos trabalhando é muito estreito e que o progresso futuro, especialmente fora dos hospitais, exigirá uma visão mais ampla. No restante deste capítulo, estabeleceremos alguns desafios e confusões que consideramos particularmente importantes. Esses desafios e confusões ilustrarão a motivação para o nosso trabalho e servirão como uma introdução à nossa abordagem.

A definição de dano tem sido demasiadamente estreita

Concordamos com aqueles que procuram promover uma visão mais positiva da segurança (Hollnagel 2014). A abordagem punitiva adotada por certos governos, agências reguladoras e meios de comunicação é, em sua maioria, profundamente injusta e prejudicial. O cuidado de saúde, embora extremamente benéfico, também possui riscos inerentes, como ocorre em muitas outras indústrias importantes. O tratamento de pacientes de forma não só efetiva, como também segura, deve ser considerado uma conquista a ser celebrada.

Não nos desculparemos por continuar utilizando o dano como ponto de referência para a segurança do paciente e como a motivação para o nosso trabalho. Podemos tolerar erros e problemas no cuidado de saúde, pelo menos até certo ponto, desde que não causem dano e que os benefícios totais compensem claramente quaisquer problemas que possamos encontrar. Muitos erros não resultam em dano e podem até ser necessários para a aprendizagem e a manutenção da segurança. Os cirurgiões, por exemplo, podem cometer vários erros pequenos durante um procedimento sem comprometer a segurança do paciente ou o resultado final da cirurgia.

A segurança do paciente, e em particular os grandes estudos sobre eventos adversos, partem do conceito médico-legal de dano. Atualmente, o conceito de dano está amplamente separado do de negligência, o que é uma conquista importante, embora ainda tendamos a pensar na segurança como a ausência de eventos nocivos ou potencialmente nocivos (Runciman et al. 2009). O dano também pode resultar de oportunidades perdidas devido a uma combinação de cuidado inadequado e má coordenação, seja dentro do hospital, no momento da transição com a atenção primária ou ao longo de um período prolongado na comunidade. Temos cada vez mais evidências de que muitos pacientes sofrem dano, no sentido que sua doença progride sem tratamento, por erros e atrasos no diagnóstico (Graber 2013; Singh et al. 2014). Em alguns contextos, isto simplesmente seria visto como um cuidado de baixa qualidade, abaixo do padrão aceito. Entretanto, para o paciente, uma falha séria pode fazer com que sua doença não seja reconhecida ou tratada, o que, em sua perspectiva, constitui dano.

Quadro 1.1. Termos e conceitos relativos à segurança

O termo “erro no cuidado de saúde” tem sido usado de várias maneiras, muitas vezes como sinônimo de resultado insatisfatório. Usamos o termo “erro”, em seu sentido cotidiano, como um juízo retrospectivo, indicando que uma ação ou omissão por parte de uma pessoa não levou ao resultado desejado. Usamos o termo “confiabilidade” quando consideramos processos e sistemas, em vez de ações humanas.

Os objetivos do movimento de segurança do paciente podem ser expressos de várias maneiras diferentes:

- Reduzir o dano a pacientes, tanto físico como psicológico
- Eliminar o dano evitável
- Reduzir a ocorrência de erros no cuidado de saúde
- Melhorar a confiabilidade
- Fazer com que os sistemas se tornem seguros

Todos esses objetivos são razoáveis, embora sejam ligeiramente distintos. Acreditamos que o objetivo central deve ser prevenir ou pelo menos reduzir o dano causado a pacientes, ao mesmo tempo em que reconhecemos que o conceito de dano é de difícil definição e que outros objetivos também são válidos. Ao longo do livro, sugeriremos que o modo mais produtivo de abordar a segurança do paciente é entendê-la como a gestão de riscos ao longo do tempo, visando maximizar os benefícios e minimizar o dano aos pacientes no sistema de saúde.

Acreditamos que o foco atual sobre os incidentes e eventos específicos é muito estreito; devemos pensar no dano de uma forma muito mais ampla e dentro do contexto geral dos benefícios do tratamento. Ao longo do livro, tentaremos desenvolver uma visão diferente, mais centrada na experiência dos pacientes. Da perspectiva do paciente a questão primordial consiste em avaliar os possíveis benefícios em comparação com os possíveis danos, que podem ou não ser evitáveis. Embora certamente queiramos evitar incidentes que causam dano, estamos preocupados principalmente com o equilíbrio de longo prazo entre benefícios e danos acumulados ao longo de meses, anos ou até mesmo durante uma vida inteira.

A segurança é um alvo em movimento

A segurança é, em vários aspectos, um alvo em constante movimento. À medida que os padrões de cuidado melhoram e aumentam as preocupações com a segurança dentro de um sistema, mais eventos passam a ser considerados problemas relacionados

à segurança. Podemos dizer, de forma muito realista, que a inovação e a melhoria dos padrões de cuidado criam novas formas de dano, uma vez que surgem novas maneiras pelas quais o sistema de saúde pode falhar, prejudicando os pacientes.

Nos anos 1950, foram identificadas muitas complicações no cuidado de saúde, ao menos por parte de certos autores, mas elas eram, em sua maioria, encaradas como consequências inevitáveis das intervenções médicas (Sharpe e Faden 1998). Gradualmente, certos tipos de incidentes passaram a ser considerados inaceitáveis e potencialmente evitáveis. O exemplo mais claro nos últimos tempos é o das infecções relacionadas à assistência à saúde, que não são mais vistas como um lamentável efeito colateral do cuidado de saúde. Agora que compreendemos melhor os processos subjacentes, os mecanismos de transmissão e os métodos de prevenção, juntamente com a pressão pública e regulamentar, tais infecções estão se tornando inaceitáveis na visão de pacientes e profissionais (Vincent e Amalberti 2015).

Nos últimos dez anos, à medida que mais tipos de dano passaram a ser considerados evitáveis, as fronteiras da segurança do paciente se expandiram. Um maior número de eventos prejudiciais passou a ser considerado “inaceitável”. Além das infecções, o NHS britânico inclui atualmente as úlceras por pressão, as quedas, o tromboembolismo venoso e as infecções do trato urinário associadas a cateteres. No Reino Unido, o Relatório Francis sobre os Hospitais de Mid Staffordshire destacou riscos adicionais a pacientes, tais como subnutrição, desidratação e delírio, que são todos encarados como problemas relacionados à segurança. Também devemos considerar as reações adversas a medicamentos na comunidade que levam à internação hospitalar, a polifarmácia e os danos gerais causados pela sobre utilização de procedimentos terapêuticos. No passado, todos esses danos seriam considerados lamentáveis, mas atualmente recebem mais atenção ao serem examinados sob a ótica da segurança.

Portanto, podemos dizer que as fronteiras da segurança estão em expansão, mas isso não significa que o cuidado de saúde esteja ficando menos seguro. A preocupação de longa data com a segurança em especialidades como anestesia e obstetrícia é, na verdade, um sinal dos altos padrões de cuidado alcançados nessas especialidades. A segurança é uma aspiração à melhoria do cuidado, e ao rotularmos um problema como uma questão relacionada à segurança, isso serve como um forte argumento motivacional, e às vezes emocional, para afirmar que tais resultados não podem e não devem ser tolerados (Vincent e Amalberti 2015).

A segurança tem se concentrado em apenas uma parte do sistema

A segurança do paciente evoluiu e se desenvolveu no contexto do cuidado hospitalar. A compreensão que temos da epidemiologia dos erros e danos, das causas e fatores contribuintes e das possíveis soluções estão quase inteiramente centradas nos hospitais. Os conceitos que guiaram o estudo da segurança em hospitais permanecem relevantes na atenção primária e comunitária, mas talvez precisemos de novas taxonomias e abordagens nestas formas mais distribuídas de prestação do cuidado de saúde (Brami e Amalberti 2010; Amalberti e Brami 2012).

A atenção domiciliar representa um importante contexto de prestação do cuidado

de saúde, mas a segurança do paciente nesse ambiente ainda não foi estudada de maneira sistemática. O ambiente domiciliar pode trazer riscos consideráveis aos pacientes, em alguns casos maiores que no ambiente hospitalar. A segurança no contexto da atenção domiciliar provavelmente precisará de conceitos, abordagens e soluções diferentes daqueles desenvolvidos no contexto hospitalar, devido aos diferentes ambientes, papéis, responsabilidades, normas, formas de supervisão e contextos regulatórios encontrados na atenção domiciliar. As principais diferenças residem no fato de que os pacientes e cuidadores são autônomos e cada vez mais assumem papéis profissionais; eles, em vez dos profissionais da saúde, tornam-se a possível fonte de erros no cuidado de saúde. Além disso, condições estressantes e potencialmente perigosas, tais como uma iluminação precária, fazem com que as condições socioeconômicas assumam uma importância muito maior.

Tanto na atenção primária como na domiciliar, os riscos aos pacientes são bastante diferentes daqueles observados no contexto hospitalar, estando muito mais ligados às omissões de cuidado, à ausência de monitoramento durante períodos prolongados e às dificuldades de acesso ao cuidado de saúde. Tradicionalmente, essas áreas não foram incluídas no âmbito da segurança do paciente, mas não há dúvidas de que podem representar fontes de dano aos pacientes. Nesses ambientes, o conceito de incidente relacionado ao cuidado de saúde (e até o conceito de evento adverso) cai por terra, ou ao menos é levado ao seu limite. Suponhamos, para citar apenas um exemplo, que um paciente seja internado após tomar uma dose incorreta de warfarina durante quatro meses. A internação hospitalar pode ser encarada como um incidente ou como um evento adverso evitável. Porém, essa descrição não faz jus aos quatro meses de debilidade crescente e saúde precária que culminaram na internação. Na verdade, a internação é o começo do processo de recuperação e um sinal de que o sistema de saúde está finalmente atendendo às necessidades do paciente. O episódio não deve ser visto como um incidente isolado, e sim como uma falha contínua e prolongada no cuidado prestado à pessoa.

Temos encarado a segurança da mesma forma em todos os ambientes

Em qualquer discussão sobre a importância de aprendermos com a aviação comercial e de compararmos as abordagens de segurança em setores diferentes, alguém inevitavelmente dirá: “Mas nós não somos como a aviação”. Certo, o cuidado de saúde não se parece com a aviação em nenhum sentido trivial. Mas alguns aspectos do cuidado de saúde são comparáveis a alguns aspectos da aviação. Um procedimento cirúrgico não tem muito em comum com um voo comercial, mas o processo de verificação antes do voo é comparável ao processo de verificação pré-operatório; portanto, é instrutivo aprendermos como a aviação lida com tais verificações.

A objeção a essa comparação simples é importante. A segurança no cuidado de saúde realmente precisa ser abordada de forma diferente da que vemos na aviação comercial. A transferência por atacado de abordagens da aviação para o cuidado de saúde exige no mínimo um grande processo de adaptação; a gestão de recursos da tripulação serviu como inspiração para equipes de cirurgiões e anestesistas, mas hoje em dia o treinamento de equipes cirúrgicas já tem um estilo e uma história próprios (Gaba

2000; Sevdalis et al. 2009). Agora, precisamos ir além e considerar uma questão ainda mais importante, que é a necessidade de utilizar diferentes abordagens de segurança nas diferentes áreas do cuidado de saúde. Estão surgindo abordagens específicas para certas especialidades (Croskerry et al. 2009), mas os modelos, métodos e intervenções muitas vezes não distinguem os diferentes ambientes.

O cuidado de saúde é uma área particularmente complexa. Podemos dizer que ele engloba 20 indústrias diferentes sob um mesmo estandarte. Considere o ambiente hospitalar, com seus diversos tipos de funções, muitas profissões diferentes e condições de trabalho distintas nos diversos ambientes clínicos. Existem áreas em que o cuidado é altamente padronizado, como a farmácia, a radioterapia, a medicina nuclear e a maior parte do processo da transfusão de sangue. Todas essas especialidades são extremamente padronizadas e dependem muito da automação e da tecnologia da informação. São ilhas de confiabilidade dentro de um ambiente hospitalar que é muito mais caótico. Nas enfermarias, normas e protocolos servem como controles importantes contra riscos (como infecções causadas pela má higienização das mãos), mas as condições cotidianas exigem adaptação e flexibilidade constantes. Outras áreas hospitalares, como os serviços de emergência, têm de lidar constantemente com um fluxo de pacientes e uma carga de trabalho imprevisíveis; suas atividades precisam sofrer grandes adaptações a cada momento, devido à enorme variedade de pacientes, à complexidade de suas doenças e às vulnerabilidades do sistema de saúde.

Os riscos e a natureza do trabalho variam entre todos esses ambientes. Apesar disso, usamos essencialmente os mesmos conceitos, o mesmo conjunto de ferramentas analíticas e as mesmas intervenções em todos os ambientes. Muitas dessas abordagens podem ser alteradas e adaptadas a ambientes diferentes. Contudo, como defendemos mais adiante neste livro, os riscos precisam ser tratados de maneiras muito diferentes nos distintos ambientes — as abordagens da aviação comercial, por exemplo, são muito diferentes daquelas utilizadas por profissionais que trabalham em ambientes de risco mais fluidos, como os bombeiros. No cuidado de saúde, talvez seja preciso adaptar nossa abordagem de segurança de acordo com a natureza e as condições de trabalho, baseando-nos em vários modelos subjacentes de segurança.

Nosso modelo de intervenção é limitado

As mais drásticas melhorias de segurança demonstradas até o momento foram aquelas centradas num problema clínico bem definido e com uma escala de tempo relativamente curta. Tais intervenções, como a lista de verificação de segurança cirúrgica e o controle de infecções associadas a cateteres venosos centrais, obviamente não são nada simples, no sentido de que só foram bem sucedidas devido a uma abordagem sofisticada de engajamento de profissionais clínicos e implementação. Melhorias sistêmicas mais gerais podem se estender por todo o itinerário clínico seguido pelo paciente. Por exemplo, a introdução do sistema SURPASS, que utiliza listas de verificação e outras melhorias na comunicação ao longo de todo o itinerário de cuidado cirúrgico, demonstrou uma redução nas complicações cirúrgicas (de Vries et al. 2010). Códigos de barras e outros

mecanismos aumentaram significativamente a confiabilidade dos sistemas de transfusão de sangue, provocando melhorias progressivas em cada etapa do processo (Murphy et al. 2013).

Entretanto, devemos ter cuidado ao basear todas as futuras intervenções de segurança nos casos de sucesso mais visíveis. No momento atual, o foco principal está em desenvolver intervenções para lidar com danos específicos ou para melhorar a confiabilidade em pontos específicos de um processo de cuidado. Essa abordagem, que é perfeitamente razoável, está evoluindo de modo a abranger a confiabilidade de itinerários clínicos ou áreas do cuidado de saúde como um todo (por exemplo, um ambulatório). Porém, defendemos que, além de aumentar a confiabilidade, também precisamos desenvolver estratégias proativas para gerir os riscos de forma contínua, especialmente em ambientes menos controlados. Também há um conjunto de estratégias e intervenções, em particular aquelas centradas em descobrir e responder aos desvios, que é fundamental para a prevenção de dano aos pacientes. Essas abordagens não têm muito destaque dentro do arsenal clássico de segurança e qualidade.

Também devemos reconhecer que a segurança, para qualquer pessoa ou organização, é sempre um objetivo dentre muitos outros. Por exemplo, muitos esportes envolvem um elemento de risco e danos em potencial. Quando nos tornamos pacientes, necessariamente aceitamos os riscos do cuidado de saúde em troca de outros benefícios. Do mesmo modo, uma organização de saúde nunca pode tratar a segurança como seu único objetivo, ainda que diga que a segurança é sua “prioridade máxima”. Por uma questão de necessidade, a segurança é apenas uma consideração dentro de um empreendimento mais amplo, seja no cuidado de saúde ou em qualquer outra área. Como afirmou um executivo da área de petróleo: “A segurança não é a nossa prioridade máxima. Extrair o petróleo da terra é a nossa prioridade. Entretanto, quando segurança e produtividade entram em conflito, a segurança vem primeiro” (Vincent 2010). Da mesma forma, o objetivo principal do cuidado de saúde é ser prestado a um grande número de pessoas a um custo razoável, mas isso tem de ser feito da forma mais segura possível.

O cuidado de saúde está mudando

Defendemos que, por várias razões, precisamos ampliar a nossa visão de segurança do paciente. Este argumento tem sua origem na nossa compreensão dos sistemas de saúde atuais. Porém, também acreditamos que a rápida evolução do cuidado de saúde, combinada às crescentes pressões financeiras, traz uma urgência ainda maior à busca por uma nova visão.

Os resultados do cuidado têm melhorado rapidamente em todo o mundo. Atualmente, as pessoas sobrevivem a doenças que antes eram fatais, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. À medida que a efetividade do cuidado de saúde aumenta, cada vez mais pacientes envelhecem mantendo suas doenças sob controle. As projeções atuais sugerem que, até o ano 2030, 25% da população de muitos países viverá mais de 90 anos. Em muitos casos, doenças que costumavam ser fatais se transformaram em condições crônicas, com todas as suas implicações para a pessoa, a sociedade e o sistema de saúde. O tratamento de doenças crônicas (como diabetes, doenças respiratórias, depressão e doenças cardíacas e renais) passou a ser a prioridade principal. O aumento fenomenal

na incidência de diabetes (embora não causada propriamente pelo envelhecimento), por si só, ameaça desestabilizar os sistemas de saúde; o aumento dos casos de múltiplas comorbidades e problemas de saúde mais complexos gera enorme pressão sobre esses sistemas. Torna-se cada vez mais difícil identificar quais são, efetivamente, as “melhores práticas” para qualquer paciente individual.

Os impactos sobre o custo global do cuidado de saúde são consideráveis — os custos médios aumentaram em 1% do produto interno bruto (PIB) nacional entre 2000 e 2013 (segundo o Banco Mundial). Até 2030, pode haver 30% mais pacientes com doenças crônicas, o que exigiria novos aumentos no financiamento, por volta de 2 a 4% do PIB, dependendo da abordagem adotada por cada país. Há um grande risco de que, até 2030, já não seja possível custear o cuidado de longa permanência para idosos e que, na ausência de alternativas, ocorra uma crise na qualidade desse cuidado. Enquanto são desenvolvidos sistemas alternativos, pode haver um maior risco de falhas e dano a pacientes.

A necessidade que o cuidado de saúde tem de se desenvolver e adaptar é, em grande medida, uma consequência dos êxitos da medicina moderna. O foco do cuidado precisa deslocar-se rapidamente do cuidado de alta qualidade em hospitais a um cuidado centrado em toda a trajetória do paciente ao longo dos anos, ou até mesmo durante a vida inteira. Tais modificações já deveriam ter começado há muito tempo, mas são cada vez mais urgentes. A mudança para uma gestão do cuidado durante longos períodos de tempo e em muitos locais tem uma série de consequências, muitas das quais afetam a segurança. Os pacientes são internados por menos tempo e vivem com a doença em suas casas durante anos. Consequentemente, a responsabilidade é transferida dos hospitais para a atenção primária. Isto requer uma coordenação eficaz entre todas as organizações de saúde, especialmente nos pontos de transição, para mitigar os riscos e promover resultados positivos. Reduzir a complexidade é fundamental.

Por fim, os pacientes estão mais informados que no passado. Eles estão cada vez mais conscientes dos seus direitos à informação e ao acesso. O público espera um sistema que atenda às suas necessidades de forma holística e integrada, com comunicação coesa e eficaz entre os pontos de transição. Por último, mas não menos importante, há uma ênfase crescente na prevenção de doenças e na manutenção da saúde. Com isto, o conceito de trajetória do paciente se transforma no conceito de trajetória da pessoa ou do cidadão.

A combinação de políticas de austeridade, aumento dos custos no cuidado de saúde, crescimento das expectativas e aumento da demanda irá gerar enormes pressões sobre os sistemas de saúde, aumentando a probabilidade de colapsos graves. Ao mesmo tempo, as inovações na prestação do cuidado domiciliar e comunitário, embora tragam novos benefícios, também criarão novos riscos. Nossos modelos de segurança atuais não estão bem adaptados a esse novo cenário.

Neste capítulo, identificamos vários desafios para a segurança do paciente. Nos três próximos capítulos, começaremos a considerar como esses desafios devem ser abordados e lançaremos as bases para os capítulos mais práticos e estratégicos que virão a seguir. Entretanto, primeiro devemos estabelecer as fundações, que começam com a ideia simples de que o cuidado prestado a diferentes pacientes tem um padrão variável e, igualmente importante, que o cuidado prestado a qualquer paciente varia consideravelmente ao longo de sua trajetória.

Pontos principais

- Muitos países têm alcançado um progresso significativo na avaliação da natureza e da dimensão do dano sofrido por pacientes.
- Um número considerável de intervenções diferentes tem demonstrado que os erros podem ser reduzidos e que os processos podem se tornar mais confiáveis.
- As principais melhorias de segurança demonstradas até o momento foram aquelas centradas em problemas clínicos bem definidos e com uma escala de tempo relativamente curta. Tem sido muito mais difícil melhorar a segurança nas organizações como um todo.
- Melhorar a segurança em âmbito populacional tem sido ainda mais difícil, e os resultados, em geral, têm sido decepcionantes.
- A segurança é, em vários aspectos, um alvo em constante movimento. Suas fronteiras têm se expandido ao longo do tempo, à medida que novos tipos de dano passaram a ser vistos como problemas relacionados à segurança.
- A segurança do paciente evoluiu e se desenvolveu no contexto do cuidado hospitalar. Os conceitos que guiaram o estudo da segurança em hospitais permanecem relevantes na atenção primária e comunitária, mas podem ser necessárias novas abordagens nestas formas mais distribuídas de prestação do cuidado de saúde.
- Os êxitos do cuidado de saúde e as melhores condições de vida fazem com que as pessoas vivam por mais tempo com doenças crônicas que antes eram fatais. Com isto, boa parte da responsabilidade dos hospitais tem passado para a atenção domiciliar e primária. Os modelos de segurança, as ferramentas para segurança e as estratégias de intervenção devem se alterar de forma correspondente.
- A combinação de políticas de austeridade, aumento dos custos no cuidado de saúde, crescimento das expectativas e aumento da demanda irá gerar enormes pressões sobre os sistemas de saúde, aumentando a probabilidade de colapsos graves. As inovações na prestação do cuidado de saúde domiciliar e comunitário, embora tragam novos benefícios, também criarão novos riscos. Nossos atuais modelos da segurança não estão bem adaptados a esse novo cenário.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Amalberti R, Brami J (2012) 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 21(9):729–736

Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C (2015) How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2014-003702

Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N, Franklin BD, Girling A, Hemming K, Carmalt M, Rudge G, Naicker T, Kotecha A, Derrington MC, Lilford R (2011) Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ* 342:d199. doi:10.1136/bmj.d199

Brami J, Amalberti R (2010) *La sécurité du patient en médecine générale (Patient safety in primary care)*. Springer Science & Business Media, Paris

Calland JF, Guerlain S, Adams RB, Tribble CG, Foley E, Chekan EG (2002) A systems approach to surgical safety. *Surg Endosc Other Interv Tech* 16(6):1005–1014

Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL (eds) (2009) *Patient safety in emergency medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Filadélfia

deVries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Boermeester MA (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 363(20):1928–1937

deVries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 17(3):216–223
Francis R (2012) *The Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust public enquiry*. <http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>

Gaba DM (2000) Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *Calif Manage Rev* 43(1)

Graber ML (2013) The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf* 22(Suppl 2): ii21–ii27

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Gawande AA (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360(5):491–499

Hollnagel E (2014) *Safety-I and safety-II: the past and future of safety management*. Ashgate Publishing, Ltd, Farnham, Inglaterra.

Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ (2010) Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363(22):2124–2134

Lee LA, Domino KB (2002) The Closed Claims Project: has it influenced anaesthetic practice and outcome? *Anesthesiol Clin North America* 20(3):485–501

Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M (2011) Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports)–Mars 2011, Bordeaux

Murphy MF, Waters JH, Wood EM, Yazer MH (2013) Transfusing blood safely and appropriately. *BMJ* 347:f4303

Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Goeschel C (2006) An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355(26):2725–2732

Reason JT (1997) *Managing the risks of organizational accidents*, vol 6. Ashgate, Aldershot

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P (2009) Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International J Qual Health Care* 21(1):18–26

Sevdalis N, Lyons M, Healey AN, Undre S, Darzi A, Vincent CA (2009) Observational teamwork assessment for surgery: construct validation with expert versus novice raters. *Ann Surg* 249(6):1047–1051

Sharpe VA, Faden AI (1998) *Medical Harm: Historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness*. Cambridge University Press, Cambridge/Nova York

Singh H, Meyer A, Thomas E (2014) The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2013-002627

Vincent CA (1989) Research into medical accidents: a case of negligence? *Br Med J* 299(6708):1150–1153

Vincent C (2010) *Patient safety*. Wiley Blackwell, Oxford

Vincent C, Amalberti R (2015) Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2015-004403

Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW (2004) Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Ann Surg* 239(4):475–482

Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) *The measurement and monitoring of safety*. The Health Foundation, Londres

Vincent C, Burnett S, Carthey J (2014) Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf* 23(8):670–677

Wears RL, Hollnagel E, Braithwaite J (eds) (2015) *Resilient health care, vol 2, The resilience of everyday clinical work*. Ashgate Publishing, Ltd, Guildford

World Bank. Health expenditure total (% of GDP). <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=1>. Acessado 1 de Agosto de 2015



Capítulo 2 - O Ideal e o Real

Neste capítulo, tentaremos, em primeiro lugar, persuadir (ou lembrar) o leitor de que boa parte do cuidado de saúde é diferente do que é imaginado pelas normas e diretrizes. Consideramos que as normas e diretrizes precisam de um grau considerável de interpretação e adaptação no caso de pacientes com múltiplas doenças (Tinetti et al. 2004) e que, até mesmo nas doenças mais simples, devemos levar em consideração as preferências pessoais e outros fatores. Porém, estamos preocupados principalmente com o fato básico de que o cuidado prestado aos pacientes muitas vezes não atinge o nível pretendido pelos profissionais e que o consenso profissional consideraria como razoável e viável. Os processos e sistemas clínicos muitas vezes não são confiáveis; muitos pacientes são prejudicados pelo cuidado de saúde destinado a ajudá-los. Tudo isso, até certo ponto, é óbvio para qualquer pessoa que trabalhe na linha de frente do cuidado ou que o estude profundamente. Uma das questões que abordamos nesse livro é como gerir a disparidade entre o “real” e o ideal” e como gerir melhor os riscos aos pacientes.

Devido a uma combinação de fatores, o cuidado ideal é difícil de definir e de realizar (Quadro 2.1). As vulnerabilidades do sistema, as atitudes pessoais, a dinâmica de equipe e várias pressões e restrições externas se combinam para produzir um distanciamento em relação às melhores práticas. Por sua vez, isso faz com que os profissionais clínicos precisem se adaptar constantemente, detectando problemas e respondendo a eles. É perfeitamente razoável dizer que a segurança é alcançada pelos profissionais clínicos na linha de frente, não sendo ditada pelas normas. Vamos desenvolver melhor esse ponto em capítulos posteriores, defendendo a ideia de que as estratégias de segurança para a gestão desses riscos devem promover essas capacidades adaptativas tanto ao nível individual quanto organizacional.

Quadro 2.1 Observação de pacientes em risco de suicídio: quando as condições de trabalho dificultam a adesão aos procedimentos

Em média, 18 pacientes internados cometem suicídio por ano em hospitais no Reino Unido. No total, 91% desses óbitos ocorrem quando os pacientes estão abaixo do nível 2 (intermitente) de observação.

Os óbitos sob observação tendem a ocorrer quando as políticas ou procedimentos (inclusive os intervalos entre as observações) não são seguidos, por exemplo:

- Quando os profissionais estão distraídos por outros eventos na enfermaria
- Nos momentos mais atarefados, como entre 7:00 e 9:00 da manhã

- Nos casos em que os contingentes de pessoal são inadequados
 - Quando o desenho da enfermária impede a observação.
- National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2015)

As realidades cotidianas do cuidado de saúde

Durante o trabalho, geralmente estamos preocupados com a tarefa diante de nós e não temos a capacidade de refletir simultaneamente sobre o ambiente de trabalho ou de nos lembrar de todas as dificuldades que encontramos durante o dia. Além disso, não somos facilmente capazes de agregar as nossas experiências durante longos períodos de tempo. Por exemplo, um médico pode saber que, em sua clínica, os profissionais muitas vezes deixam de anotar suas observações, mas terá dificuldade em estimar com que frequência isso acontece ao longo de um ano. Além disso, é muito difícil, para uma pessoa, compreender verdadeiramente as falhas e as vulnerabilidades de toda uma área técnica. Os pacientes e seus familiares têm uma visão privilegiada, pois acompanham toda a história do cuidado. Porém, a visão do paciente também é obviamente parcial, pois não conhece o trabalho do hospital ou da clínica como um todo. Todos esses fatores se combinam, fazendo com que seja difícil, para qualquer pessoa, monitorar ou avaliar o padrão do cuidado de forma integral. Entretanto, há amplas evidências de que muitas vezes o cuidado está abaixo do padrão esperado. Consideremos alguns exemplos.

Comparação do cuidado real com o cuidado pretendido pelas diretrizes

Estudos importantes conduzidos nos Estados Unidos e na Austrália sugerem que os pacientes tipicamente recebem apenas uma parte do cuidado indicado pelas diretrizes. Estudos realizados nos EUA indicam que muitos pacientes recebem apenas cerca da metade do cuidado recomendado, enquanto outros são submetidos a exames e tratamentos desnecessários (McGlynn et al. 2003). Num importante estudo australiano realizado recentemente, pacientes adultos receberam só 57% do cuidado recomendado; a adesão a protocolos variou de 13%, nos casos de alcoolismo, a 90%, nos casos de doença coronariana (Runciman et al. 2012). Esses estudos não avaliaram o impacto direto sobre os pacientes em questão, mas outros estudos associaram falhas no cuidado prestado a dano subsequente. Por exemplo, Taylor et al. (2008) entrevistaram 228 pacientes durante e depois de seus respectivos tratamentos e encontraram 183 deficiências na qualidade dos serviços, cada uma das quais mais que duplicou o risco de ocorrência de eventos adversos ou near misses no paciente. As deficiências na qualidade dos serviços que envolveram a má coordenação do cuidado estiveram particularmente associadas à ocorrência de eventos adversos e erros no cuidado de saúde. Em outro exemplo, médicos fizeram a revisão de 1.566 prontuários em 20 hospitais ingleses, avaliando as fases do cuidado prestado e o cuidado em geral. Considerou-se que aproximadamente um quinto dos pacientes recebeu

um cuidado abaixo do satisfatório, muitas vezes apresentando uma série de eventos adversos (Hutchinson et al. 2013).

Confiabilidade dos sistemas clínicos no NHS britânico

Alguns processos no cuidado de saúde, como a radioterapia, alcançam níveis muito altos de confiabilidade. Outros processos são prestados de forma descuidada, para dizer o mínimo. Burnett et al. (2012) examinaram a confiabilidade de quatro sistemas clínicos no NHS: informações clínicas em ambulatórios cirúrgicos, prescrições para pacientes internados, equipamentos em centros cirúrgicos e inserção de cateteres intravenosos periféricos. A confiabilidade foi definida como uma operação 100% livre de falhas quando, por exemplo, todas as informações necessárias sobre cada paciente estavam disponíveis no momento da consulta.

Observou-se que a confiabilidade dos sistemas estudados variava entre 81% e 87%, com diferenças consideráveis entre distintas organizações no caso de alguns sistemas. Portanto, os sistemas clínicos falharam em 13% a 19% das ocasiões. Se esses achados forem típicos, isso significa que, num hospital inglês, os médicos carecem de informações clínicas em três de cada 20 consultas ambulatoriais, e faltam equipamentos (ou há equipamentos defeituosos) em uma de cada sete cirurgias realizadas. Em cada caso avaliado, aproximadamente 20% das falhas de confiabilidade estiveram associadas a dano em potencial. Assim, não é de surpreender que a segurança do paciente seja habitualmente comprometida em hospitais do NHS e que os profissionais clínicos tenham passado a aceitar a baixa confiabilidade como parte da vida diária.

Seguindo as regras: a confiabilidade do comportamento humano

A prestação de um cuidado seguro e de alta qualidade depende da interação entre um comportamento disciplinado e regulamentado e as adaptações e a flexibilidade necessárias. As regras e os procedimentos nunca representam uma solução completa para a segurança; às vezes precisamos nos desviar dos procedimentos-padrão na busca pela segurança. Porém, os protocolos para tarefas regulares são padronizados e especificados justamente porque essas tarefas são essenciais para a prestação de um cuidado seguro e de alta qualidade.

Protocolos dessa natureza são equivalentes às regras de segurança de outras indústrias — representam comportamentos específicos durante a execução de tarefas que são fundamentais para a segurança (Hale e Swuste 1998). No cuidado de saúde, alguns exemplos são a verificação dos equipamentos, a higienização das mãos, não prescrever medicamentos perigosos quando não se tem autorização para fazê-lo, a adesão aos procedimentos para a administração de medicamentos endovenosos e a verificação rotineira da identidade do paciente. Tais rotinas e procedimentos padronizados são a base para uma organização segura, mas há amplas evidências de que essas regras são habitualmente ignoradas:

- Higienização das mãos. A contaminação pelo contato das mãos é uma das principais fontes de infecção, e a higienização das mãos é a principal arma nesta luta (Burke 2003). Estudos apontam que os níveis médios de adesão antes da instituição de grandes campanhas de promoção dessa prática variam entre 16% e 81% (Pittet et al. 2004).
- Administração endovenosa de medicamentos. Estudos indicam que em mais da metade dos casos ocorrem erros, seja na preparação dos medicamentos ou em sua administração. Os erros típicos são a preparação de uma dose incorreta ou o uso de um diluente incorreto (Taxis e Barber 2003).
- Profilaxia contra infecção e embolia. Apenas 55% dos pacientes cirúrgicos recebem profilaxia antimicrobiana (Bratzler et al. 2005), e só 58% dos pacientes em risco de tromboembolismo venoso recebem o tratamento preventivo recomendado (Cohen et al. 2008).

Existem muitas causas para a baixa adesão às normas. Em alguns locais, o ambiente de trabalho é razoavelmente calmo e ordenado, o que faz com que os profissionais de saúde consigam seguir protocolos claros e cumprir as principais normas. Porém, em outros locais há grandes pressões, o ambiente é ruidoso e caótico e os profissionais apenas buscam fazer o melhor possível naquelas circunstâncias. Em qualquer sistema há pressões para maior produtividade, menor uso de recursos e ocasiões nas quais a ausência ou a quebra de um equipamento força adaptações e atalhos; além disso, todos nós, de forma ocasional ou frequente, temos pressa para chegar em casa ou para lidar com o próximo caso, ficamos cansados ou estressados e temos a tendência de tentar poupar esforços. As normas podem ser impraticáveis ou demasiadamente complexas; os profissionais da saúde podem não ter as habilidades necessárias ou não ter recebido o treinamento requerido. Muitos profissionais da saúde trabalham diariamente em tais condições, o que serve como um lembrete da disparidade entre o cuidado que eles gostariam de prestar e a realidade do cuidado que efetivamente prestam. Entretanto, depois de algum tempo esses desvios em relação às normas passam a ser cada vez mais tolerados e acabam por se tornar invisíveis (Quadro 2.2).

Quadro 2.2 Pressões externas e migração gradual para os limites da segurança

Os lapsos ocasionais podem passar a ser mais tolerados ao longo do tempo; os sistemas podem ficar gradualmente mais degradados e conseqüentemente perigosos. A expressão “o ilegal normal” capta a realidade cotidiana de muitos sistemas nos quais os desvios em relação aos procedimentos-padrão (o ilegal) são comuns, mas não geram nenhuma inquietação (tornam-se normais). O conceito dessas violações regulares não faz parte do pensamento dos administradores e reguladores; embora esta seja uma constatação desagradável, a verdade é que, na maior parte do tempo, os sistemas (seja o cuidado de saúde, o transporte ou a indústria) operam com base no “ilegal normal”. O sistema continua nesse

estado porque as violações trazem benefícios consideráveis, tanto para as pessoas envolvidas como para os administradores, que podem tolerá-las, ou até estimulá-las, em seus esforços para atingir os objetivos de produtividade.

Depois de algum tempo, essas violações se tornam mais frequentes e mais graves, levando todo o sistema a “migrar” para os limites da segurança. As violações passam a ser tão regulares e comuns que ficam quase invisíveis, tanto para os trabalhadores como para os administradores. A organização se acostuma a funcionar nas margens da segurança. Nesse estágio, qualquer desvio adicional pode facilmente resultar em dano a pacientes, geralmente sendo considerado como uma conduta negligente ou imprudente (Amalberti et al. 2006).

O ideal e o real: cinco níveis de cuidado

Consideremos agora as implicações dessa disparidade entre o cuidado imaginado pelas normas e diretrizes e o cuidado efetivamente prestado aos pacientes. Parece-nos útil distinguir cinco níveis de cuidado, cada um deles um pouco mais afastado do ideal e, como sugerimos, com uma probabilidade crescente de causar dano aos pacientes.

1. O Nível 1 corresponde ao cuidado ideal imaginado pelas normas (ainda que o cuidado realmente ideal nunca possa ser sintetizado em normas). Essas normas são estabelecidas por entidades nacionais e profissionais e representam um consenso sobre o que pode ser considerado como o cuidado ideal dentro daquilo que pode ser atingido dados os atuais limites em termos de custos. Este nível serve como uma referência ideal do que seria o cuidado excelente, embora ele raramente seja alcançado ao longo de toda a trajetória seguida pelo do paciente.
2. O Nível 2 representa um padrão de cuidado que, segundo os especialistas, irá produzir um bom resultado para o paciente e, ao mesmo tempo, pode ser atingido na prática diária. O cuidado é de boa qualidade e o resultado é bom, embora possa haver pequenas variações e problemas. Qualquer distanciamento das boas práticas tem relativamente pouca importância dentro do cuidado total prestado ao paciente.
3. O Nível 3 é o primeiro em que a segurança do paciente pode ser comprometida. Consideramos, pelas razões mencionadas acima, que boa parte do cuidado de saúde recebido pelos pacientes se encaixa, de maneira geral, nesta categoria. Neste nível, o distanciamento em relação às melhores práticas é frequente, ocorre por vários motivos e representa uma ameaça em potencial aos pacientes. Como exemplo, podemos citar um caso em que o monitoramento do nível de anticoagulação após a prescrição de heparina não é realizada no momento adequado. Este nível já foi descrito como o “ilegal normal” (Amalberti et al. 2006) (Quadro 2.2).
4. O Nível 4 representa um distanciamento das normas que é suficiente para produzir danos evitáveis. Por exemplo, um paciente de 68 anos é submetido a uma

colecistectomia e adquire uma infecção de trato urinário associada a sonda vesical de demora após a cirurgia. A análise do evento mostra que a sonda não foi verificada regularmente e foi deixada por muito tempo. Este é um claro distanciamento em relação ao cuidado esperado. Porém, o tratamento foi instituído rapidamente e a infecção foi completamente controlada em 10 dias. O paciente sofreu um dano evitável, tendo que permanecer no hospital por uma semana a mais, mas se recuperou completamente.

5. O Nível 5 diz respeito a um cuidado que é deficiente durante um período mais longo e que coloca o paciente em risco de dano substancial e persistente. No caso descrito acima, isto ocorreria se o paciente não só tivesse adquirido a infecção, mas esta também não tivesse sido identificada e tratada efetivamente. Na melhor das hipóteses, isso resultaria numa recuperação muito prolongada e numa maior fragilidade do paciente, mas também poderia levar a um resultado potencialmente fatal.

Em termos gerais, enxergamos o Nível 1 como o cuidado ideal — certamente representa uma aspiração valiosa, mas é muito difícil de realizar na prática e, em muitos contextos, é difícil de definir. O cuidado ideal é relativamente fácil de especificar num ambiente clínico altamente padronizado e estruturado, mas, em muitos ambientes, e particularmente na atenção primária, o cuidado prestado necessariamente evolui e se desenvolve num contexto social complexo (Quadro 2.3). O nível 2 é um nível mais realista de cuidado, onde observamos imperfeições menores, embora o cuidado clínico seja de muito boa qualidade. O nível 3 representa uma clara deterioração, com diversos lapsos no cuidado, mas não o suficiente para afetar de forma significativa os resultados de longo prazo. Por sua vez, os níveis 4 e 5 têm o potencial de causar dano, seja por omissão em aspectos críticos cuidado, seja por erros graves ou por negligência. Na forma como esses termos são compreendidos habitualmente, as ambições para um cuidado de alta qualidade estão associadas aos níveis 1 e 2, enquanto as preocupações de segurança procuram evitar os níveis 4 e 5.

Quadro 2. Muitas vezes não é possível definir precisamente o cuidado ideal

Há muitas situações clínicas nas quais o cuidado ideal não pode ser definido precisamente. Isso pode acontecer porque a doença não é bem compreendida, é rara ou se manifesta de uma maneira incomum. Porém, o mais frequente é que o paciente, muitas vezes fragilizado ou idoso, sofra várias doenças diferentes que apresentam um quadro complicado e em constante modificação. Nesses casos, comuns na atenção primária e na saúde mental, o julgamento clínico e a tomada compartilhada de decisões complicadas são fundamentais:

Na maior parte do que fazemos dentro do cuidado de saúde, e particularmente na atenção primária, não me parece ser possível definir o que queremos dizer com “excelência”, nem codificá-la através de diretrizes e normas. Podemos reduzir a

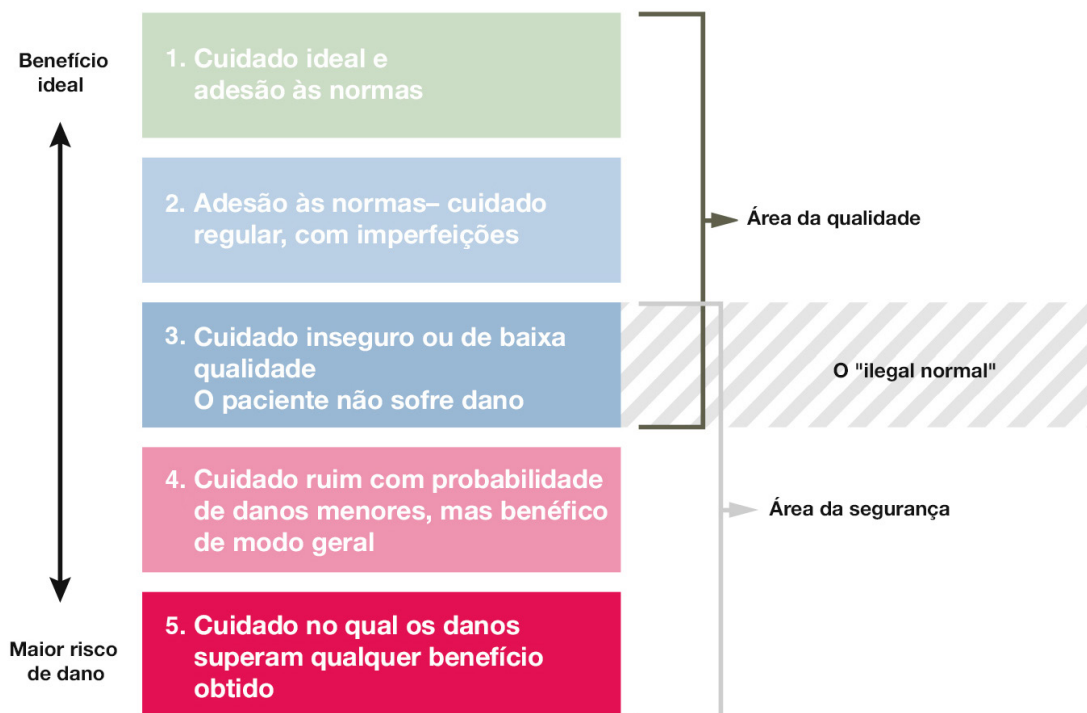
prestação do cuidado de saúde aos seus componentes e fingir que estes refletem o conjunto, mas com isso ignoramos os paradoxos e dilemas inerentes ao processo. Às vezes, o pensamento que domina o mundo da segurança é excessivamente racional. O que vejo é que muitos profissionais da saúde são cuidadosos e entendem a discrepância entre o ideal e o real; eles têm essa tensão sempre em mente e a administram cuidadosamente, pois sabem que vivem num mundo no qual é preciso encontrar formas de simplificar as coisas (M Marshall, 2015, comunicação pessoal).

A Figura 2.1 é semelhante a muitos diagramas que representam variações em padrões de cuidado, classificando serviços ou organizações como bons, médios ou ruins. Não há dúvidas de que algumas organizações prestam um cuidado deficiente por longos períodos de tempo, e até mesmo os serviços de todo um país podem ter períodos com alto risco de dano em tempos de crise. Porém, a nossa intenção é captar uma realidade mais fluida, na qual qualquer paciente está em risco de vivenciar uma queda súbita nos padrões de cuidado e de sofrer dano em várias ocasiões durante a sua trajetória pelo sistema de saúde. A segurança pode decair de forma bastante repentina em qualquer equipe ou organização, à semelhança do que ocorre no trânsito, em que sempre há algum risco de acidente, mesmo com o carro mais seguro, dirigido pelo melhor motorista, na estrada mais segura. Por isso, estamos preocupados não só com as estratégias que podem ajudar as equipes ou organizações que estejam em dificuldades, mas também com o desenvolvimento de estratégias e intervenções para gerir os riscos de forma cotidiana.

O impacto cumulativo do cuidado de baixa qualidade

Os pacientes podem receber tratamento de baixa qualidade, no qual a adesão às normas estabelecidas é irregular, e ainda assim não sofrer dano. Sugerimos, porém, que a probabilidade de dano aumenta muito à medida em que o cuidado de saúde se distancia das melhores práticas (níveis 4 e 5). Isso ocorre, em parte, porque os lapsos mais evidentes no seguimento das normas (como a não verificação da identidade do paciente) podem levar a dano imediato, mas o maior risco aos pacientes provavelmente vem do impacto cumulativo de problemas menores (Hutchinson et al. 2013).

Fig. 2.1 Cinco níveis de cuidado



Por exemplo, suponha que um paciente de 26 anos de idade, em boa forma, tenha sido agendado para uma cirurgia abdominal devido a doença intestinal inflamatória numa quarta-feira. Devido à falta de leitos, o paciente foi colocado na enfermaria ortopédica, com enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais que não estão acostumados a cuidar desse tipo de problema. A operação foi difícil e complexa; parte do intestino foi retirada, e as extremidades restantes do intestino foram unidas. No sábado pela tarde, o paciente apresenta um episódio de febre de 39°C e dor abdominal, que poderia indicar um vazamento na nova anastomose. A jovem médica de plantão durante o fim de semana é uma substituta que não conhece o paciente. Ela tenta ler as anotações sobre a cirurgia, mas elas não são completamente legíveis. Ela não entende a possível gravidade do quadro e não consulta um médico sênior. Durante as 24 horas seguintes, o paciente continua a piorar, mas a equipe de profissionais não entende a importância dos sintomas. Na manhã da segunda-feira, o paciente está tão mal que sofre uma parada cardíaca e acaba por morrer na segunda-feira à noite, depois de voltar, em vão, ao centro cirúrgico durante o dia.

Esse cenário descreve uma série de lapsos relativamente habituais e comuns; omissões e eventos que, quando somados, têm um efeito catastrófico. Claramente houve problemas na avaliação dos sintomas, no escalonamento do cuidado, nas anotações no prontuário, na comunicação, na coordenação do cuidado e na gestão de leitos disponíveis, possivelmente exacerbada por pressões externas. Nenhum dos lapsos e problemas

individuais representa algo fora do comum ou particularmente chocante — mas, combinados, esses elementos acabam por provocar uma catástrofe.

O impacto dos efeitos cumulativos do cuidado deficiente indica que talvez seja necessário ampliar o período de tempo das análises de eventos adversos e maus resultados. Isso será especialmente importante quando passarmos a considerar a segurança no domicílio, na comunidade e no contexto do impacto total do cuidado de saúde sobre a vida e o bem-estar de uma pessoa. Porém, no futuro, é possível que também passemos a observar uma incidência muito maior de danos causados por pequenas falhas cumulativas devido ao número e à complexidade das transições de cuidado ao longo da trajetória seguida pelo paciente.

A consideração dos efeitos cumulativos do cuidado deficiente também tem implicações sobre a forma como avaliamos as prioridades de segurança do paciente. Incidentes dramáticos, como óbitos após a injeção intratecal de vincristina (Franklin et al. 2014), atraem bastante atenção e são trágicos para as pessoas implicadas, mas tendem a deformar as iniciativas de segurança do paciente em direção a eventos comparativamente raros. Na área cirúrgica, os casos que atraem mais atenção são aqueles com resultados súbitos e dramáticos, com causas razoavelmente imediatas, tais como uma operação no paciente errado ou a retenção de um corpo estranho no paciente, que são raros, mas geralmente desastrosos quando de fato ocorrem; na linguagem da psicologia dos riscos, são eventos de baixo risco mas de “alto medo”. Entretanto, pacientes cirúrgicos correm riscos muito maiores decorrentes de um cuidado que é simplesmente de baixa qualidade, por qualquer razão. Por exemplo, há uma enorme variação na taxa de mortalidade pós-cirúrgica na Europa. Num importante estudo de revisão realizado recentemente, que incluiu 46.539 pacientes, 1.855 (4%) pacientes morreram antes da alta hospitalar (Pearse et al. 2012). As taxas brutas de mortalidade variaram amplamente entre os países, de 1,2% na Islândia a 21,5% na Letônia. Diferenças substanciais permaneceram mesmo depois do ajuste com base em variáveis de confusão. Isso sugere que boa parte do cuidado prestado encontra-se, nos termos usados aqui, nos níveis 3, 4 e 5, até mesmo ao considerarmos países individuais. Quando começamos a enxergar a segurança nesses termos, fica claro que os danos causados pela má gestão das complicações pós-operatórias superam amplamente o problema dos eventos cirúrgicos catastróficos, embora estes recebam muito mais atenção.

Por isso, devemos refletir sobre as nossas prioridades mais amplas sob a perspectiva da saúde da população. Esse processo já começou com a maior atenção dada a programas destinados a reduzir quedas, úlceras por pressão, lesões renais agudas e infecções de todas as formas. O alcance da segurança do paciente deve se expandir para além disso, de modo a considerar o cuidado deficiente em todas as suas formas e se integrar com aqueles que buscam entender e reduzir as fontes de variabilidade. Também devemos nos lembrar de que a maior parte dos estudos realizados em âmbito hospitalar se concentra num determinado tipo de evento adverso (como infecções adquiridas no hospital) ou serviço (como cirurgia). Muito poucos estudos avaliam todo o espectro de incidentes que afetam os pacientes ou seu impacto cumulativo ao longo do tempo.

É fundamental discutir explicitamente os verdadeiros padrões de cuidado

Chegamos agora a um problema e um desafio central, que é a dificuldade em discutir explicitamente os padrões de cuidado habituais. Naturalmente, esses padrões são entendidos implicitamente dentro das equipes clínicas, e cada novo membro é socializado para aceitar os padrões de cuidado naquele determinado ambiente, que podem ser mais altos ou mais baixos do que eles estão acostumados. Quando as pessoas entram num serviço ou passam tempo em outro serviço, podem ter um choque súbito ao identificar normas muito diferentes, assim como grandes diferenças nos níveis de tolerância ao incumprimento dessas normas. Há uma enorme variação entre diferentes equipes clínicas sobre o que elas consideram ser um cuidado suficientemente bom, e isso é influenciado pelas normas sociais e pelos valores daquele determinado local. O cuidado considerado normal numa enfermaria pode ser visto como um lapso importante em outra. Em sua maioria, os profissionais da saúde sabem que boa parte do cuidado se encontra no intervalo do “ilegal normal” e reconhecem imediatamente esse conceito quando apresentados a ele. Eles reconhecem que o cuidado que prestam muitas vezes fica aquém do que gostariam de prestar, mas são peritos em navegar o sistema de saúde para prestar o melhor cuidado possível dentro daquelas circunstâncias.

Porém, as organizações, e mais ainda os governos, não podem reconhecer abertamente que boa parte do cuidado está no nível 3 e que habitualmente mergulha aos níveis 4 e 5. Isso tem algumas consequências importantes para a gestão de riscos.

Em primeiro lugar, torna-se muito difícil estudar ou valorizar as diversas adaptações feitas pelos profissionais para lidar com um ambiente difícil a fim de evitar que os pacientes sofram dano. Em segundo lugar, e o mais importante para a nossa argumentação, as tentativas de melhorar a segurança às vezes não visam os níveis ou comportamentos corretos. Defenderemos mais adiante que, em sua maioria, as intervenções de segurança consistem essencialmente em tentativas de melhorar a confiabilidade e, no fim das contas, mover todo o cuidado em direção ao nível 1. Essa é uma estratégia importante e necessária mas, na nossa opinião, só é aplicável em algumas circunstâncias. Essa abordagem deve ser complementada por estratégias que aspirem a manter o cuidado no nível 3 e a evitar a queda para os níveis 4 e 5. Dito de outra forma, na prestação diária do cuidado de saúde, o mais urgente é priorizar a manutenção de padrões básicos confiáveis, em vez de aspirar a ideais irrealizáveis. Se o cuidado está geralmente no nível 3, então o objetivo principal pode ser melhorar a confiabilidade e avançar para o nível 2. Porém, se o cuidado muitas vezes cair para os níveis 4 ou 5, o que é francamente perigoso, então a detecção e a resposta diante de possíveis perigos podem ser uma prioridade mais importante (Fig. 2.2).

As aspirações à excelência são importantes e não devem ser ridicularizadas ou taxadas de ilusórias. O problema é que a retórica da excelência mascara a discussão urgentemente necessária sobre as realidades do “cuidado habitual”. Se aspirarmos apenas a prestar um cuidado “suficientemente bom”, corremos o risco de aumentar a variabilidade, deteriorar os padrões de cuidado e ampliar os riscos. A definição e a aspiração pela qualidade ideal continuam a ser fundamentais — mas o mesmo pode ser dito sobre uma discussão explícita acerca da realidade atual.

Qual é o impacto da melhoria nos padrões de qualidade?

A inovação e a aspiração a melhorar constantemente são elementos centrais para a medicina. Porém, a introdução de novos tratamentos ou novos padrões de cuidado pode criar exigências pouco realistas sobre os profissionais e as organizações. O acidente vascular e cerebral (AVC), por exemplo, já foi considerado intratável. Pensava-se que as células cerebrais morriam minutos após o início do AVC. O tratamento médico consistia basicamente em cuidar do paciente e “esperar para ver”. Sabemos há uma década que o tratamento depois de um AVC, especialmente se iniciado até 3 horas após o início do evento, pode conservar o tecido cerebral. As diretrizes tipicamente recomendam um “tempo porta-agulha” de 60 minutos. Entretanto, em 2011, só um terço dos pacientes americanos foi tratado dentro dos tempos porta-agulha recomendados pelas diretrizes (Fonarow et al. 2013). Muitos países instituíram grandes programas para melhorar a eficiência do tratamento do AVC, que levaram a importantes melhorias nos resultados.

Fig. 2.2 Otimização e gestão de riscos

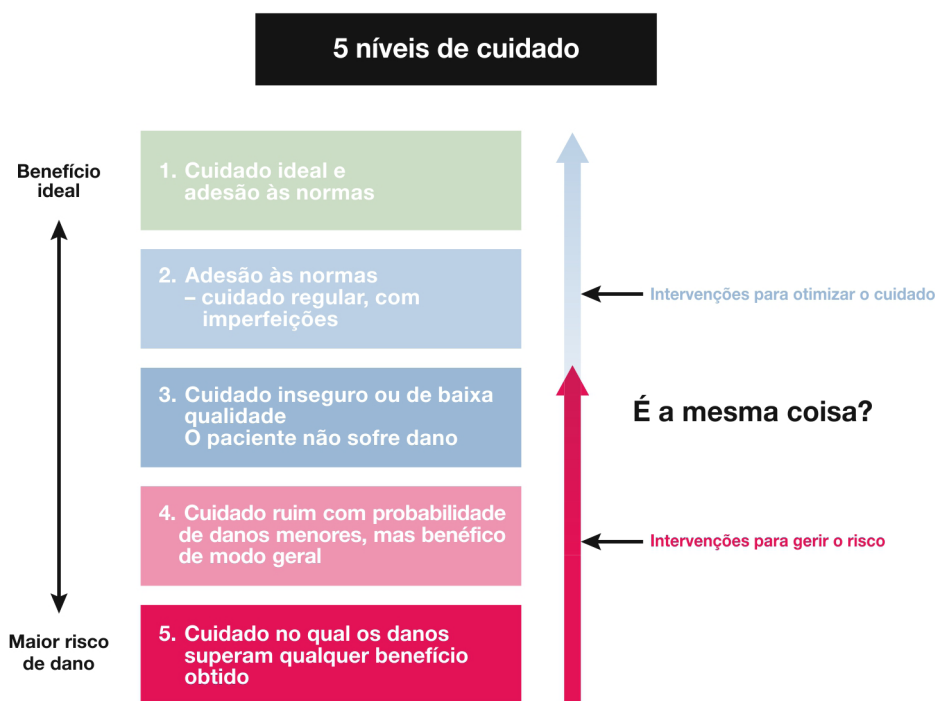


Fig. 2.2 Otimização e gestão de riscos

Não estamos criticando o cuidado prestado ou os atrasos na introdução de novos padrões. Em vez disso, estamos apontando para o fato de que, quando um novo padrão é especificado, haverá inevitavelmente um maior distanciamento em relação às diretrizes. Dez anos atrás, teria havido poucos “incidentes” relacionados a falhas no tratamento precoce do AVC, uma vez que os padrões de cuidado não tinham sido introduzidos. Atualmente, devido às melhorias no cuidado, podemos apontar vários incidentes graves,

pois muitos pacientes não têm acesso ao cuidado até 3 horas após o AVC devido a falhas no sistema de saúde. À medida em que os padrões melhoram, provavelmente teremos um número crescente de incidentes relacionados a omissões de cuidado. O que consideramos como um ‘incidente’ em 2015 pode simplesmente ter sido a prática habitual em 2005; essa é uma consideração muito comum em processos judiciais que são julgados alguns anos após o evento inicial. Os novos padrões, que são muito benéficos para pacientes, criam novos tipos de incidentes e problemas relacionados à segurança. (Vincent e Amalberti 2015).

Níveis de cuidado e estratégias para a melhoria da segurança

O desejo de melhorar os padrões de cuidado e de introduzir gradualmente padrões mais altos é, naturalmente, positivo e necessário. Porém, ao fazê-lo, temos de reconhecer que estamos redefinindo tanto a qualidade como a segurança e aumentando a pressão sobre as pessoas e as organizações. Vão surgir defensores dos novos padrões que promoverão mudanças, mas muitas organizações levarão tempo para alcançá-los; as organizações mais frágeis podem até se desestabilizar devido às demandas crescentes.

Atualmente, temos pouquíssimas estratégias para gerir o período de transição ou para responder construtivamente à inevitável disparidade entre os padrões esperados e a realidade organizacional. Durante esses períodos de transição, não basta apenas exortar e atormentar as organizações para que atinjam os novos padrões — também precisamos reconhecer essa inevitável defasagem, empregar estratégias centradas na detecção de problemas, estar cientes das condições que degradam a segurança e promover a gestão do cuidado potencialmente perigo, tomando a equipe de saúde como base. Estes argumentos serão desenvolvidos de forma mais plena no Capítulo 7.

Pontos principais

- Muitos pacientes não recebem o cuidado preconizado. Podemos fazer muito para aumentar a confiabilidade e alcançar padrões mais altos de cuidado. Porém, acreditamos que, no cuidado de saúde, sempre haverá uma disparidade entre o ideal e o real.
- Identificamos cinco níveis de cuidado, cada um deles um pouco mais afastado do ideal e, como sugerimos, com probabilidade crescente de causar dano:
 - O Nível 1 corresponde ao cuidado ideal preconizado pelas normas. Este nível serve como uma referência ideal do que seria o cuidado excelente, embora raramente seja alcançado ao longo de toda a trajetória seguida pelo do paciente.
 - O Nível 2 representa um padrão de cuidado que, segundo os especialistas, irá produzir um bom resultados para o paciente e, ao mesmo tempo, pode ser atingido na prática diária.

— O Nível 3 é o primeiro em que a segurança do paciente pode ser comprometida. Neste nível, o distanciamento em relação às melhores práticas é frequente e ocorre por vários motivos.

— O Nível 4 representa um distanciamento das normas que é suficiente para produzir danos evitáveis, mas não para afetar consideravelmente o resultado final.

— O Nível 5 diz respeito a um cuidado que é deficiente durante um período mais longo e que coloca o paciente em risco de dano substancial e persistente.

- Sugerimos que as organizações e os governos têm dificuldade em discutir abertamente as ameaças diárias e as variações nos padrões de cuidado. Isso tem consequências importantes. Em primeiro lugar, torna-se muito difícil estudar ou valorizar as diversas adaptações feitas pelos profissionais a fim de evitar que os pacientes sofram dano. Em segundo lugar, as tentativas de melhorar a segurança às vezes não visam os níveis ou comportamentos corretos.

- As aspirações à excelência são importantes e não devem ser ridicularizadas ou taxadas de ilusórias. O problema é que a retórica da excelência mascara a discussão urgentemente necessária sobre as realidades do “cuidado habitual”, que é um primeiro passo fundamental para a gestão eficaz dos riscos.

- Propomos que, em sua maioria, as intervenções de segurança consistem essencialmente em tentativas de melhorar a confiabilidade. Essa é uma abordagem importante e necessária, mas deve ser complementada por estratégias adicionais que aspirem a gerir os riscos e a proteger os pacientes de falhas graves no cuidado.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Amalberti R, Vincent C, Auroy Y, de Saint Maurice G (2006) Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Saf Health Care* 15(suppl 1):i66–i71

Bratzler DW, Houck PM, Richards C, Steele L, Dellinger EP, Fry DE, Red L (2005) Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project. *Arch Surg* 140(2):174–182

Burke JP (2003) Infection control—a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 348(7):651–656

Burnett S, Franklin BD, Moorthy K, Cooke MW, Vincent C (2012) How reliable are clinical systems in the UK NHS? A study of seven NHS organisations. *BMJ Qual Saf*. doi: 10.1136/ bmjqs-2011-000442

Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, Huang W, Zayaruzny M, Emery L, Anderson FA Jr, Endorse Investigators (2008) Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 371(9610):387–394

Fonarow GC, Liang L, Smith EE, Reeves MJ, Saver JL, Xian Y et al (2013) Comparison of performance achievement award recognition with primary stroke centre certification for acute ischemic stroke care. *J Am Heart Assoc* 2(5), e00045

Franklin BD, Panesar S, Vincent C, Donaldson L (2014) Identifying systems failures in the pathway to a catastrophic event: an analysis of national incident report data relating to vinca alkaloids. *BMJ Qual Saf* 23(9):765–772

Hale AR, Swuste PHJJ (1998) Safety rules: procedural freedom or action constraint? *Saf Sci* 29(3):163–177

Hutchinson A, Coster JE, Cooper KL, Pearson M, McIntosh A, Bath PA (2013) A structured judgement method to enhance mortality case note review: development and evaluation. *BMJ Qual Saf* 22(12):1032–1040

McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 348(26):2635–2645

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) (2015) In-patient suicide under observation. University of Manchester, Manchester

Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Rhodes A (2012) Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 380(9847):1059–1065

Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV (2004) Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 141(1):1–8

Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW, Braithwaite J (2012) Care Track: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust* 197(10):549

Taxis K, Barber N (2003) Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Qual Saf Health Care* 12(5):343–347

Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, Carbo A, Bergmann M, Davis RB, Weingart SN (2008) Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Med Care* 46(2):224–228

Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV (2004) Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 351(27):2870–2874

Vincent C, Amalberti R (2015) Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf*. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004403



Capítulo 3 - Abordagens de Segurança: Não Existe Solução Única

No capítulo anterior estabelecemos cinco níveis de cuidado, definidos segundo sua capacidade de atender aos padrões esperados. Defendemos que o cuidado prestado aos pacientes muitas vezes se distancia dos padrões esperados e que isso tem implicações importantes para a gestão da segurança. A maior parte das estratégias de melhoria da segurança aspira a aumentar a confiabilidade e se aproximar do cuidado ideal. Sugerimos que essas estratégias devem ser complementadas por outras que estejam mais preocupadas em identificar e responder aos riscos e que partam do pressuposto de que o cuidado muitas vezes será prestado em condições de trabalho difíceis.

Com esse argumento, pode parecer que estamos simplesmente “jogando a toalha” — como se disséssemos que o cuidado de saúde nunca alcançará os níveis de segurança da aviação comercial, que devemos aceitar esse fato e gerir as imperfeições da melhor maneira possível. Inevitavelmente ocorrerão erros, os pacientes às vezes sofrerão dano e, na melhor das hipóteses, conseguiremos responder rapidamente para minimizar as consequências. Estaríamos aceitando que as condições de trabalho e os níveis de confiabilidade muitas vezes são desnecessariamente ruins e que precisamos de estratégias para gerir esses riscos. Entretanto, há razões mais fundamentais para ampliar a nossa visão sobre as estratégias de segurança para além das iniciativas de melhoria da confiabilidade. O ponto mais fundamental é que diferentes desafios e diferentes formas de trabalho exigem estratégias de segurança distintas. Não existe solução única na área da segurança.

Abordagens diante dos riscos e perigos: aceitar, gerir ou evitar

A metáfora do alpinista e da montanha serve como referencial ou modelo explicativo para introduzir a nossa discussão sobre as diferentes abordagens de segurança. Os perigos associados ao cuidado de saúde são como a face da montanha para um alpinista: uma parte inevitável da vida diária. É preciso encarar esses perigos, mas isso pode ser feito de maneiras muito diferentes. Podemos minimizar os riscos recusando-nos a escalar a menos que as condições sejam perfeitas (plano A). Ou então, podemos aceitar níveis mais elevados de risco, preparando-nos para geri-los de forma efetiva. Um alpinista ou uma equipe de alpinistas podem tentar escalar uma face perigosa da montanha, mas só depois de uma preparação cuidadosa, definindo procedimentos de segurança claros e planos para lidar com situações de emergência. Uma equipe bem preparada e coordenada pode alcançar níveis muito mais altos de segurança do que uma pessoa sozinha (plano B). Por fim, um alpinista pode simplesmente aceitar os riscos e confiar em sua habilidade pessoal e resiliência para lidar com qualquer situação. Ele pode escalar sem equipamento adequado, sem treinamento ou em condições climáticas desfavoráveis; ou então, arriscando-se ainda

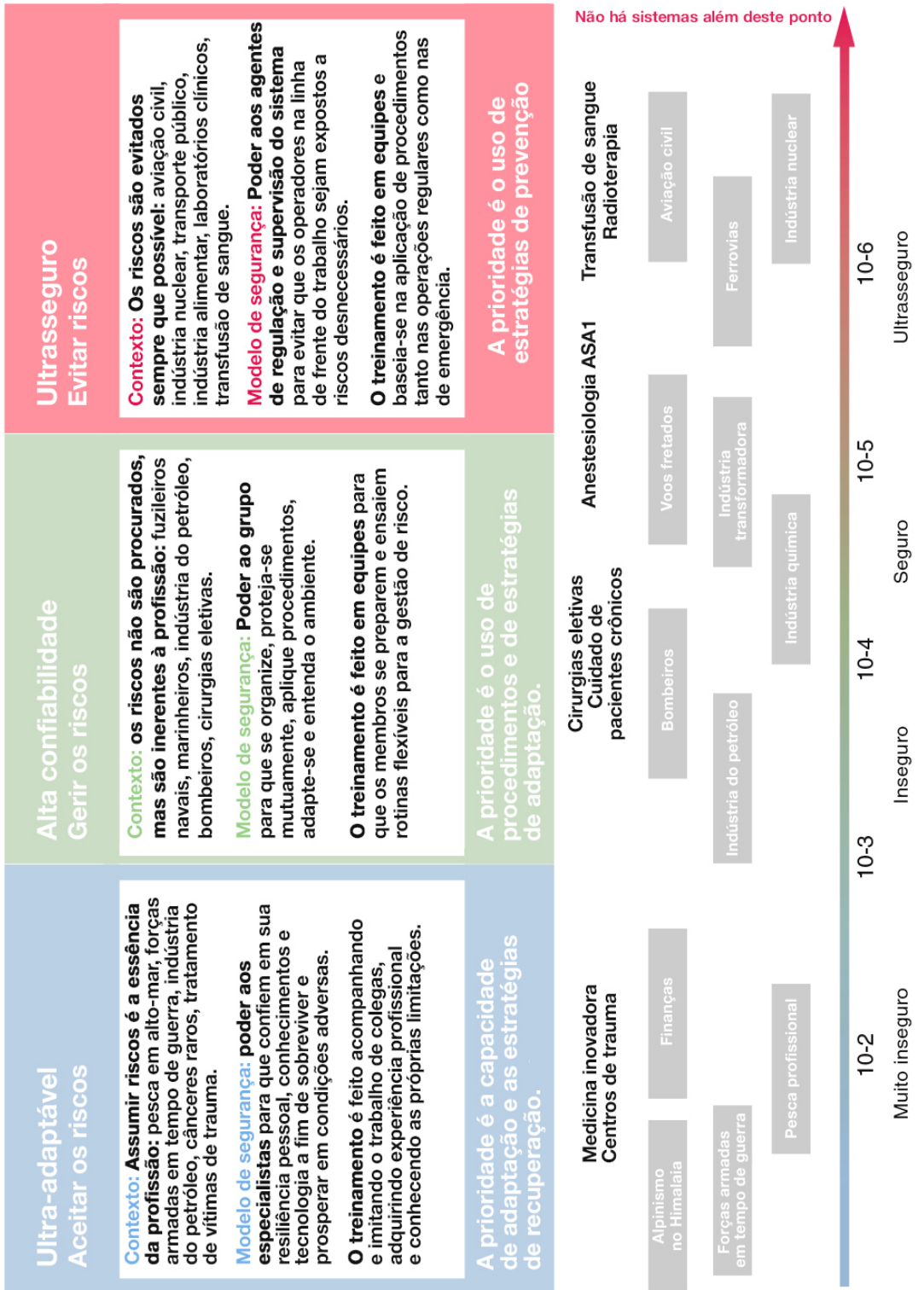
mais, pode se atrever a escalar faces desconhecidas da montanha, enfrentando grandes riscos, num espírito de desafio pessoal e realização competitiva (plano C). Todos esses alpinistas estão preocupados com a segurança, mas divergem em relação ao nível de risco que estão dispostos a assumir e às estratégias que adotam (Amalberti 2013).

Algumas profissões, como os pilotos de caça, os pescadores em alto mar e os alpinistas profissionais, literalmente ganham a vida expondo-se ao risco. Nessas profissões, aceitar o risco, e até mesmo procurá-lo, é a essência do trabalho. Mesmo assim, esses profissionais realmente pretendem melhorar a segurança. Vários estudos conduzidos entre pilotos de caça (Amalberti e Deblon 1992) e pescadores em alto mar (Morel et al. 2008, 2009) mostram que eles têm um verdadeiro desejo por segurança. Os pescadores, por exemplo, gostariam de ter um sistema inteligente contra colisões que lhes oferecesse melhor proteção no mar aberto e em situações de baixa visibilidade, o que lhes daria maior mobilidade para a pesca de arrasto. Os pilotos de caça gostariam de ter uma rede de segurança eletrônica que lhes oferecesse melhor proteção ao executar manobras que podem fazer com que eles percam a consciência.

As pessoas que confiam em sua habilidade pessoal e resiliência não são descuidadas; algumas talvez sejam, mas elas provavelmente não sobreviverão por muito tempo. Essas pessoas normalmente possuem um conjunto central de procedimentos de segurança que encaram com muita seriedade. O problema é que o ambiente em que trabalham sofre alterações constantes, o que não permite gerir os riscos por meio de regras e procedimentos. (Se isso fosse possível, eles adotariam a abordagem do plano B). Em vez disso, a resposta é necessariamente ad hoc, porque o ambiente se modifica constantemente e as considerações econômicas muitas vezes as levam a assumir riscos maiores. As soluções do plano C são têm um caráter essencialmente resiliente: precisamos aprender mais, ser capazes de julgar a dificuldade da tarefa, ser realistas sobre as nossas próprias habilidades e adquirir experiência para poder nos adaptar a condições incertas ou perigosas.

Por outro lado, os altos níveis da segurança na aviação civil são atingidos de maneira muito diferente. Lá, a solução é radicalmente diferente e muitas vezes implica não expor as tripulações a condições arriscadas que aumentem o risco de acidentes. Por exemplo, a erupção do vulcão Eyjafjallajökull na Islândia em 2010 fez com que toda a frota europeia fosse mantida no solo, com base numa abordagem simples: não deve haver nenhuma exposição a riscos desnecessários. A pesca em alto mar e a aviação comercial adotam estratégias contrastantes para lidar com os riscos. A primeira, típica de atividades muito competitivas e perigosas, envolve a confiança na inteligência e na resiliência dos operadores na linha de frente do trabalho, dando-lhes recursos para lidar com os riscos; a outra depende de organização, controle e supervisão e assegura que os operadores não sejam expostos a riscos. Ambos os modelos encaram a segurança com muita seriedade, mas gerem os riscos de maneiras muito diferentes (Fig. 3.1).

Fig. 3.1 Três abordagens contrastantes para a segurança



Três abordagens para a gestão de risco

Podemos assim distinguir três grandes abordagens para a gestão de risco, cada uma com suas características próprias. Cada uma dá origem a um modo autêntico de organizar a segurança, com seus métodos característicos e suas possibilidades de melhoria (Grote 2012; Amalberti 2013). Na prática, as distinções podem não ser tão claras, mas a divisão em três modelos ilustra as principais dimensões e fatores em jogo (Quadro 3.1).

Quadro 3.1 Um comentário sobre a terminologia

Escolhemos três termos para descrever os diferentes modelos de segurança: “ultra-adaptável”, alta confiabilidade e “ultrasseguro”. Todos esses termos, em particular os dois primeiros, estão associados a uma série de teorias e conceitos. Neste livro, usamos os termos num sentido mais descritivo. “Ultra-adaptável” significa simplesmente que essa abordagem se baseia fortemente na avaliação, na adaptabilidade e na resiliência das pessoas; a expressão “alta confiabilidade” é utilizada na literatura sobre as organizações de alta confiabilidade (OACs), mas aqui indica principalmente uma resposta flexível, porém bem preparada, por parte das equipes na gestão dos riscos; “ultrasseguro” refere-se à prioridade absoluta dada à segurança nesses ambientes e às formas de alcançá-la.

Aceitar os riscos: o modelo ultra-adaptável

Esta abordagem está associada às profissões nas quais a exposição aos riscos é inerente à atividade e muitas vezes também está prevista no modelo econômico da profissão. Os profissionais experientes vendem seus serviços com base em sua perícia e em sua disposição para assumir riscos, dominar novos contextos, perseverar e vencer, colhendo benefícios onde os outros fracassam ou têm medo de ir. Essa é a cultura dos campeões e vencedores; naturalmente, alguns não conseguem encarar os desafios e podem se ferir ou morrer na tentativa. Isso tende a ser explicado em termos pessoais: eles não tinham o conhecimento ou a habilidade dos campeões; não tinham “o que era preciso” para fazer parte desses grupos de elite (Wolfe 1979). Os pescadores em alto mar, por exemplo, estão dispostos a procurar as condições mais arriscadas para pegar os peixes mais lucrativos no melhor momento. Essas profissões são muito perigosas e têm estatísticas de acidentes apavorantes. Entretanto, seus profissionais não são insensíveis aos riscos que correm. Eles contam com estratégias de segurança e de treinamento que são muito bem pensadas, mas confiam muito em suas habilidades individuais e são bastante influenciados por sua cultura específica.

Dentro do modelo ultra-adaptável, autonomia individual e perícia têm prioridade sobre a organização hierárquica do grupo. Em muitos casos, o grupo é muito pequeno

(composto de duas a oito pessoas) e trabalha num ambiente extremamente competitivo. O líder é reconhecido mais por sua capacidade técnica, desempenho passado e carisma que por sua posição oficial. Todos os envolvidos precisam assumir um alto grau de iniciativa. A habilidade, a coragem e a experiência acumulada, combinadas a uma clara consciência das forças e limitações pessoais, são as chaves para o reconhecimento como um bom profissional. O êxito é visto em termos de vitória e sobrevivência; só os vencedores têm a chance de passar adiante sua expertise em segurança na forma de histórias de campeões.

Em resumo, temos um pequeno número de procedimentos, um nível de autonomia bastante elevado e um número muito grande de acidentes. Os profissionais aprendem a se tornar mais eficazes e a gerir o risco trabalhando ao lado de especialistas, aprendendo com as experiências e ampliando sua capacidade de adaptação e resposta, até nas situações mais difíceis. O desempenho dos operadores menos seguros e dos mais seguros dentro de uma única atividade que depende de resiliência e experiência difere por um fator de 10; por exemplo, a taxa de acidentes fatais na pesca profissional em alto mar varia por um fator de 4 entre proprietários de embarcações na França e por um fator de 9 em âmbito global (Morel et al. 2009). Isso sugere que as intervenções de segurança certamente têm a possibilidade de promover o progresso dentro deste modelo em particular; porém, pode haver um limite ao que pode ser alcançado sem que passemos a um modelo de segurança diferente, que, por sua vez, exigiria uma abordagem radicalmente diferente diante das atividades em questão (Amalberti 2013).

Gerir os riscos: a abordagem da alta confiabilidade

Os termos “alta confiabilidade” ou “organização de alta confiabilidade” (OAC) são utilizados principalmente numa série de estudos sobre indústrias nas quais atividades de alto risco, como a energia nuclear e o transporte aéreo, são geridas de forma segura e confiável. As OACs se caracterizam por uma grande variedade de fatores, mas todas têm como base trabalho de equipe disciplinado, mas flexível (Vincent et al. 2010). Essa abordagem também se baseia fortemente na habilidade pessoal e na resiliência, mas de forma mais preparada e organizada; a iniciativa individual não deve ser exercida em detrimento da segurança e do êxito da equipe como um todo (Weick e Sutcliffe 2007).

Esta abordagem também está associada a ambientes arriscados, mas os riscos, embora não sejam completamente previsíveis, são conhecidos e entendidos. Nessas profissões, a gestão dos riscos é um assunto diário, embora o objetivo primário seja manejá-los e evitar a exposição desnecessária. Os bombeiros, a marinha mercante, as equipes cirúrgicas e os operadores de fábricas químicas encaram riscos e incertezas diariamente e costumam depender de um modelo de alta confiabilidade.

A abordagem das OACs se baseia na liderança e numa equipe profissional experiente, que normalmente envolve papéis e habilidades distintos. Todos os membros do grupo cumprem um papel na detecção e na supervisão dos perigos (compreensão dos perigos), trazendo-os à atenção do grupo, adaptando os procedimentos se necessário, mas apenas se isso faz sentido dentro do grupo e se é comunicado a todos. Na verdade, o modelo das OACs é relativamente avesso a proezas individuais que não façam parte do

repertório habitual da equipe. A resiliência e a flexibilidade da abordagem dependem de uma equipe dinâmica e bem coordenada, e não da ação individual. Todos os membros do grupo demonstram solidariedade quanto aos objetivos de segurança, e a equipe fomenta a tomada de decisões coletivas e prudentes.

As equipes que trabalham dentro desse modelo dão grande importância à análise das falhas e procuram entender as razões por trás delas. As lições extraídas dessas análises dizem respeito principalmente à melhor forma de gerir cenários semelhantes no futuro. Assim, este é um modelo baseado principalmente em melhorar a detecção e a recuperação diante de situações arriscadas e, em segundo lugar, em melhorar a prevenção — isto é, evitar a exposição a situações difíceis quando possível. O treinamento se baseia na aquisição coletiva de experiência. Mais uma vez, o desempenho dos melhores operadores e dos menos eficazes dentro de uma única atividade difere aproximadamente por um fator de 10.

Evitar os riscos: a abordagem ultrassegura

Nesta abordagem, afastamo-nos radicalmente da dependência nas habilidades e na inventividade humana e passamos a depender da padronização, da automação e da rejeição aos riscos sempre que possível. O profissionalismo nestes contextos ainda requer níveis muito elevados de habilidade, mas esta consiste principalmente na execução de rotinas conhecidas e praticadas, cobrindo tanto as operações regulares como as emergências. O ideal é que não precisemos depender de conhecimentos ou habilidades excepcionais nem mesmo numa emergência, como quando um motor explode num avião comercial. Pelo contrário: a preparação e o treinamento aprofundados permitem a todos os operadores atingir os padrões de desempenho necessários e ter experiência suficiente para que possam até mesmo permutar suas funções. Esta abordagem depende muito da supervisão externa e do controle de perigos para evitar situações nas quais os profissionais da linha de frente sejam expostos a riscos excepcionais. Ao limitar a exposição a um conjunto finito de falhas e situações difíceis, a indústria pode se basear quase inteiramente em procedimentos, tanto em condições normais como nas situações mais difíceis. As companhias aéreas, a indústria nuclear, os laboratórios médicos e a radioterapia são excelentes exemplos desta categoria. Os acidentes são analisados para detectar e eliminar as causas, a fim de reduzir ou eliminar a exposição a essas condições arriscadas no futuro. O treinamento dos operadores da linha de frente se concentra no respeito aos seus respectivos papéis e na colaboração para implementar procedimentos e responder de maneira bem preparada a qualquer emergência, de modo que a necessidade de procedimentos improvisados ad hoc seja a menor possível. Mais uma vez, a diferença entre os melhores e piores operadores dentro de uma única atividade situa-se em torno de um fator de 10.

Regras e adaptação

Em geral, pressupomos que a segurança seja alcançada impondo-se regras e limitando-se a autonomia dos gestores e dos trabalhadores. Entretanto, sabemos que a

existência de um plano de segurança que especifique regras e cumpra as exigências legais não oferece nenhuma garantia de que ele será posto em prática. Temos muitas evidências sobre a não adesão a regras e normas de segurança e uma lista recorrente de razões para isso — há regras demais, elas não são compreendidas, não são conhecidas, não se aplicam a casos atípicos, são contraditórias etc. (Lawton 1998; Carthey et al. 2011). Além disso, em diversas organizações, os funcionários consideram que muitas vezes é preciso contornar ou ignorar as regras para realizar o trabalho num tempo razoável; essas são as chamadas “violações otimizadoras”, na frase memorável de James Reason (Reason 1997).

As três abordagens de segurança descritas aqui encaram de forma radicalmente diferente as regras e procedimentos por um lado e a flexibilidade e a adaptação por outro. Cada abordagem tem suas formas próprias de treinamento, aprendizagem e melhoria, cada uma com suas vantagens e limitações (Amalberti 2001; Amalberti et al. 2005). Elas podem ser plotadas numa curva na qual temos um equilíbrio entre flexibilidade e adaptabilidade por um lado e padronização e adesão a procedimentos por outro. É importante reconhecer que, embora essas abordagens possuam formas muito distintas de gerir os riscos, todas compartilham a mesma ambição de ser o mais seguras possível nas circunstâncias em que operam.

Assim, os resultados de segurança concretos são o produto de ações aparentemente contraditórias: de um lado, as regras e restrições que orientam o trabalho; de outro, a confiança na capacidade de adaptação dos profissionais em cenários que fogem às diretrizes, regras e regulamentações. Os profissionais às vezes deixam de seguir as regras por imprudência ou desatenção (ou seja, sem nenhuma boa razão), mas muitas vezes as regras são ignoradas porque elas prejudicam o trabalho em si. No cuidado de saúde, vivemos uma situação muito indesejável na qual temos um grande número de procedimentos e normas (mais do que os funcionários poderiam seguir ou até mesmo conhecer), mas eles são seguidos de forma inconsistente (Carthey et al. 2011). Uma tarefa fundamental para o cuidado de saúde em todos os ambientes, sejam eles adaptáveis ou padronizados, é identificar o conjunto principal de procedimentos que realmente devem ser seguidos de forma consistente.

Quantos modelos para o cuidado de saúde?

Para simplificar, consideramos que cada indústria está associada principalmente a um determinado modelo. A realidade é mais complicada. Por exemplo, a perfuração de petróleo necessariamente implica aceitar os riscos; o processamento do petróleo, por outro lado, embora arriscado, pode ser gerido de forma a minimizar o risco.

O cuidado de saúde é um ambiente particularmente complexo. Já fizemos alusão a isso ao comentar que ele engloba “vinte indústrias diferentes”. Considere o ambiente

A taxa de acidentes aéreos varia de 0,63 por milhão de voos em países ocidentais a 7,41 por milhão em países africanos. Portanto, os resultados diferem por um fator de 12 (fonte: Estatísticas da IATA, 23 de fevereiro de 2011, <http://www.iata.org/pressroom/pr/pages/2011-02-23-01.aspx>).

hospitalar, com suas diversas atividades, muitas profissões diferentes e distintas condições de trabalho nos ambientes clínicos. Há áreas nas quais o cuidado é altamente padronizado, que se aproximam muito do modelo ultrasseguro — por exemplo, a farmácia, a radioterapia, a medicina nuclear e a maior parte do processo da transfusão de sangue. Todas são altamente padronizadas e dependem muito da automação e da tecnologia da informação. São ilhas de confiabilidade dentro de um ambiente hospitalar que é muito mais caótico. Por outro lado, boa parte do cuidado nas enfermarias corresponde ao modelo intermediário, com um cuidado baseado na equipe, nas quais os padrões e protocolos servem como controles importantes para os perigos (como as infecções causadas pela má higienização das mãos), mas onde o juízo profissional e a flexibilidade são essenciais para a prestação de um cuidado seguro e de alta qualidade.

Outras áreas hospitalares, como as cirurgias de emergência, lidam constantemente com casos complexos e precisam trabalhar em condições muito difíceis. O trabalho pode ser planejado, mas são necessárias muitas adaptações a cada momento devido à enorme variedade de pacientes, casos complexos e problemas imprevistos. Porém, devemos enfatizar que todas as áreas clínicas, por mais adaptáveis que sejam, baseiam-se num conjunto central de procedimentos; o termo “adaptável” é relativo e não deve ser visto como um convite para abandonar todas as diretrizes e fazer as coisas à nossa própria maneira. Além disso, boa parte da atividade clínica poderia ser muito mais controlada do que é atualmente. Em muitos hospitais, cirurgias eletivas e de emergência ainda são executadas pelas mesmas equipes no mesmo dia, o que provoca perturbações constantes aos procedimentos de rotina e não permite que os profissionais se concentrem o suficiente nos pacientes de emergência, movendo todo o sistema para um modo altamente adaptável. Separar o trabalho eletivo do de emergência e alocar equipes separadas para lidar com cada tipo de paciente permite que ambas as áreas funcionem num modo de alta confiabilidade.

Todas essas atividades profissionais devem se adaptar a variações nos contingentes de pessoal e a outras pressões sobre o sistema. Na terça-feira pela manhã (condições de trabalho ideais), uma equipe de cirurgia de emergência pode conseguir adotar as características de um sistema de alta confiabilidade. Por outro lado, no domingo à noite (poucos recursos humanos, ausência de profissionais mais experientes, menos serviços laboratoriais), a equipe é forçada a adotar uma abordagem mais adaptável. O cuidado de saúde é uma área fantástica para o estudo da segurança, possivelmente muito melhor que qualquer outro ambiente, porque toda a gama de abordagens e estratégias pode ser encontrada dentro de uma mesma indústria.

Passando de um modelo a outro

Às vezes supomos que o ideal de segurança seja o modelo ultrasseguro da aviação comercial e de outros processos altamente padronizados. De certa forma isso é verdade, no sentido de que esse modelo realmente é muito seguro; porém, defendemos que ele só é aplicável em condições muito específicas, nas quais são impostas grandes restrições sobre atividades arriscadas. Em outros ambientes esse modelo talvez não seja apropriado,

ou nem mesmo viável. No entanto, em certas atividades, é possível passar de um modelo a outro segundo as circunstâncias.

Os pilotos de caça são um caso especial e interessante em que existem dois contextos distintos: em tempos de paz, a força aérea precisa que eles trabalhem num modo essencialmente ultrasseguro; porém, quando os aviões são usados no serviço ativo, o modelo operacional imediatamente passa a depender de adaptação e resiliência. A mudança entre esses modos de operação pode gerar surpresas em ambas as direções. Depois de voltar de campanhas militares, os pilotos podem insistir no comportamento resiliente e fora dos padrões, até conseguirem se readaptar às condições dos tempos de paz. Por outro lado, quando os pilotos são repentinamente empurrados da situação de paz para as operações ativas, podem perder oportunidades importantes durante primeiros dias de atividade militar devido à falta de prática no modelo resiliente.

Em cirurgia temos paralelos semelhantes, pois diferentes tipos de cirurgia correspondem a modelos diferentes, e os mesmos cirurgiões precisam se adaptar a distintas abordagens. Cirurgias muito inovadoras, como os primeiros transplantes ou aquelas conduzidas em ambientes excepcionais (como hospitais de campanha), claramente precisam de uma abordagem muito adaptável que aceite os riscos. A frase “cirurgia heroica” trata exatamente desse tipo de intervenção, aludindo às qualidades pessoais que o cirurgião deve ter, embora o maior heroísmo seja provavelmente o do paciente. Podemos ver que os pacientes também podem escolher estratégias muito arriscadas, mas que ainda assim se justificam pela gravidade da doença e pelos possíveis benefícios.

Depois de algum tempo, certos tipos de cirurgia podem evoluir para modelos diferentes, começando como um procedimento experimental de altíssimo risco, passando para uma fase na qual é possível gerir os riscos, até atingir um estágio de cuidado muito consistente, seguro e altamente padronizado. Em grande medida, os procedimentos cirúrgicos dependem de abordagens em equipe usando o modelo intermediário, mas alguns procedimentos muito bem compreendidos podem se encaixar na categoria ultrassegura. As unidades que se concentram somente num único tipo de cirurgia, como catarata ou hérnia, alcançam resultados muito consistentes e altos níveis de segurança, embora isso talvez se deva, em parte, a uma seleção cuidadosa dos pacientes. Devemos reconhecer que essa abordagem não depende apenas de uma decisão da equipe; a cirurgia ultrassegura requer um ambiente extremamente estável e controlado, amparado por processos básicos muito confiáveis.

Em circunstâncias excepcionais, mesmo em ambientes nos quais os procedimentos estão muito bem especificados, qualquer equipe precisa se adaptar, responder e se recuperar. Por outro lado, equipes altamente adaptáveis ainda precisam de um conjunto central de procedimentos extremamente sólidos aos quais devem aderir de forma rigorosa. Uma equipe de saúde pode, ao longo de uma tarde, trabalhar de maneira ultrassegura em alguns momentos (como quando os itinerários do cuidado clínico estão bem definidos e perfeitamente adequados para o paciente), passar a um modo de alta confiabilidade durante boa parte do dia e, durante períodos mais curtos, funcionar num modo ultra-adaptável. Entretanto, abordagens de longo prazo exigem ajustes consideráveis, não só dentro da equipe, mas também na organização como um todo, e possivelmente também

no ambiente regulatório.

Em algumas circunstâncias é possível passar a utilizar uma nova abordagem de segurança, mas, com frequência, isso só ocorre depois de um evento que afete uma profissão inteira e a sua economia. A indústria química, por exemplo, que em alguns casos ainda se baseia em modelos adaptáveis que datam das décadas de 1960 e 1970, fez uma mudança definitiva para o modelo de alta confiabilidade depois dos eventos ocorridos em Seveso, na Itália, em 1976 e da Diretiva europeia de 1982. Nesse caso e em muitos outros, a transição para uma nova abordagem não é conduzida de dentro da indústria, mas sim forçada por autoridades reguladoras e pelo governo. Quando isso acontece, é necessário um período prolongado de ajuste, durante o qual o sistema migra gradualmente, perdendo os benefícios do modelo anterior (um nível mais elevado de adaptação e flexibilidade), mas ganhando as vantagens do novo modelo (principalmente em relação à segurança). Não é possível migrar permanentemente para uma nova abordagem de segurança sem modificar as condições de trabalho impostas pelo ambiente externo. As modificações no modelo também devem ser aceitas pelos operadores da linha de frente e ser compatíveis com os valores e a cultura tanto da equipe como da organização como um todo. Se essas condições não forem modificadas, as melhorias de segurança serão modestas e limitadas a melhorias locais. Se ficarmos “dentro do modelo”, podemos melhorar a segurança por um fator de 10, mas se o sistema puder ser protegido e estabilizado, poderá passar a uma categoria diferente, com ganhos de segurança impressionantes.

Reflexões sobre o ideal de segurança

A ideia de um modelo de segurança ideal e único, que seja aplicado a todos os casos e que pretenda abolir os acidentes, é demasiadamente simples. A segurança só pode ser considerada em relação a outros objetivos, que podem ser valiosos, mas também arriscados. Nunca estamos numa posição que nos permita aspirar à segurança absoluta; só o que podemos fazer é procurar manter o máximo possível de segurança dentro dos nossos objetivos e de nossa tolerância aos riscos. Diferentes contextos provocam diferentes abordagens de segurança, cada uma com suas vantagens e limitações. As diferenças entre esses modelos estão no equilíbrio entre os benefícios da adaptabilidade por um lado e os benefícios do controle e da segurança por outro. Um modelo diferente pode ser intrinsecamente mais seguro, mas talvez não seja viável no contexto em questão. Muitos aspectos do cuidado de saúde, por exemplo, baseiam-se principalmente em abordagens de alta confiabilidade, mas podem avançar para um modelo ultrasseguros e contarem com recursos adicionais e se a demanda for controlada. Porém, embora seja possível efetuar certas mudanças dentro do cuidado de saúde, ajustes mais aprofundados provavelmente exigiriam uma abordagem radicalmente diferente em relação à gestão da demanda, o que, atualmente, não é viável do ponto de vista político. Em última análise, os modelos de segurança dependem do contexto e variam segundo a disciplina, a organização, a governança e a jurisdição.

Pontos principais

- A segurança é abordada de forma muito diferente em ambientes distintos. Alguns ambientes e profissões aceitam os riscos, outros os gerem e outros os controlam.
- Distinguimos três modelos de segurança: a abordagem ultra-adaptável, que aceita os riscos, a abordagem de alta confiabilidade, que os gere, e a abordagem ultrasegura, que procura evitá-los.
- Os três modelos refletem o grau de instabilidade e imprevisibilidade do ambiente. Níveis muito elevados de segurança só podem ser alcançados em ambientes muito controlados.
- As estratégias de intervenção devem ser adaptadas a esses modelos, dando importância aos especialistas nos contextos ultra-adaptáveis, ao trabalho em equipe nos contextos de alta confiabilidade e à padronização, supervisão e controle nos contextos ultraseguros.
- O cuidado de saúde envolve muitas atividades e ambientes clínicos diferentes. As áreas nas quais o cuidado é extremamente padronizado, como a radioterapia, adotam um modelo ultraseguro. Por outro lado, boa parte do cuidado em enfermarias corresponde a um modelo intermediário de trabalho baseado na equipe de saúde, utilizando uma combinação de normas e protocolos, juízo profissional e flexibilidade.
- Algumas atividades clínicas, como uma cirurgia de emergência, são necessariamente mais adaptáveis. O trabalho pode ser planejado, mas são necessárias muitas adaptações a cada momento devido à enorme variedade de pacientes, à complexidade dos casos e às complicações imprevistas.
- Todas as áreas clínicas, por mais adaptáveis que sejam, dependem de um conjunto central de procedimentos; o termo “adaptável” é relativo e não deve ser visto como um convite para abandonar todas as diretrizes e fazer as coisas da nossa própria maneira.
- Não é possível migrar permanentemente para uma nova abordagem de segurança sem modificar as condições de trabalho impostas pelo ambiente externo. As modificações no modelo também devem ser aceitas pelos operadores da linha de frente e ser compatíveis com os valores e a cultura tanto da equipe como da organização como um todo.
- Diferentes contextos provocam diferentes abordagens de segurança, cada uma com suas vantagens e limitações. As diferenças entre esses modelos estão no equilíbrio entre os benefícios da adaptabilidade por um lado e os benefícios do controle e da segurança por outro. Um modelo diferente pode ser intrinsecamente mais seguro, mas talvez não seja viável no contexto em questão.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

- Amalberti R (2001) The paradoxes of almost totally safe transportation systems. *Saf Sci* 37(2):109–126
- Amalberti R (2013) *Navigating safety: necessary compromises and trade-offs – theory and practice*. Springer, Heidelberg
- Amalberti R, Deblon F (1992) Cognitive modelling of fighter aircraft process control: a step towards an intelligent on-board assistance system. *Int J Man Mach Stud* 36(5):639–671
- Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P (2005) Five system barriers to achieving ultra-safe health care. *Ann Intern Med* 142(9):756–764
- Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH (2011) Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 343:d5283
- Grote G (2012) Safety management in different high-risk domains—all the same? *Saf Sci* 50(10):1983–1992
- Lawton R (1998) Not working to rule: understanding procedural violations at work. *Saf Sci* 28(2):77–95
- Morel G, Amalberti R, Chauvin C (2008) Articulating the differences between safety and resilience: the decision-making process of professional sea-fishing skippers. *Hum Factors* 50(1):1–16
- Morel G, Amalberti R, Chauvin C (2009) How good micro/macro ergonomics may improve resilience, but not necessarily safety. *Saf Sci* 47(2):285–294
- Reason JT (1997) *Managing the risks of organizational accidents* (Vol. 6). Aldershot: Ashgate.
- Vincent C, Benn J, Hanna GB (2010) High reliability in health care. *BMJ* 340:c84
- Weick KE, Sutcliffe KM (2007) *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. Wiley, San Francisco
- Wolfe T (1979) *The right stuff*. Random House, Nova York



Capítulo 4 - Enxergando a Segurança Pelos Olhos do Paciente

Os pacientes podem sofrer dano em qualquer ambiente de cuidado de saúde: em casa durante a convalescença; numa instituição de longa permanência durante a fisioterapia; num centro cirúrgico, sob anestesia; no corredor do hospital, sozinho em uma maca; na clínica ambulatorial, com o pediatra; no serviço de emergência, esperando a avaliação médica. O dano ocorre em consequência de falhas no tratamento e não do progresso natural da doença. Ele pode resultar de diagnósticos errados ou doenças não diagnosticadas, atrasos no agendamento, má higienização, identificação errada do paciente, sintomas despercebidos, comportamento hostil, defeitos em equipamentos, instruções confusas, linguagem insensível e ambiente perigosos.

O processo começa com a experiência inesperada de dano resultante ou associado à prestação do cuidado, incluindo tanto ações como omissões. As consequências iniciais do dano podem ser passageiras, temporárias ou permanentes, incluindo a morte. O dano também pode continuar mesmo depois que a causa é interrompida. O paciente pode sofrer dano durante o episódio de cuidado, no momento em que a falha ocorre, ou algum tempo depois. O dano sofrido inicialmente pode evoluir, se transformar e disseminar. Depois de algum tempo, um dano não tratado pode causar prejuízos adicionais, temporários ou permanentes, à vítima inicial e a muitas outras vítimas. (Canfield 2013)

Considere essas reflexões sobre o dano escritas por Carolyn Canfield, cujo marido recebeu um cuidado muito inadequado ao fim de sua vida. Essa é uma descrição do dano escrita sob o ponto de vista do paciente; em vários aspectos, ela é surpreendentemente diferente das descrições de incidentes e eventos adversos feitas por profissionais de saúde. Três pontos merecem destaque especial:

- Em primeiro lugar, o dano é percebido de forma bastante ampla, abrangendo tanto interferências graves no tratamento como eventos menores que são mais estressantes do que prejudiciais.
- Em segundo lugar, o conceito de dano inclui também os casos em que o paciente deixa de receber o tratamento adequado e os problemas causados por fatores externos ao tratamento em si. Dessa forma, o cuidado de qualidade muito baixa é visto como prejudicial e é incluído nas considerações sobre a segurança do paciente.
- Em terceiro lugar, e possivelmente o mais importante, o dano é visto não como incidente, mas como uma trajetória dentro da vida da pessoa. Tanto a gênese como as consequências do dano ocorrem ao longo do tempo, e a cronologia é muito mais longa do que normalmente consideramos. Os incidentes são simplesmente os aspectos do dano que são observados pelos profissionais de saúde e, embora sejam importantes, representam

apenas uma parte do problema.

Partiremos agora para uma visão bastante diferente da segurança do paciente. A visão que apresentamos anteriormente poderia ser descrita como um cuidado de saúde de qualidade geralmente alta, pontuado por incidentes a ele relacionados e eventos adversos ocasionais. A partir de agora, vamos redefinir a segurança como o exame das falhas e do dano grave ao longo da trajetória do paciente, que devem ser naturalmente entendidos sob o pano de fundo dos benefícios do cuidado de saúde recebido. Assim, precisaremos examinar tanto benefícios como dano sob a perspectiva do paciente, não porque isso seja ideológica ou politicamente correto, mas porque é a realidade que precisamos apreender.

O que queremos dizer com “dano”?

No início, a segurança do paciente estava centrada em eventos raros e frequentemente trágicos. Porém, quando ela passou a ser estudada de forma mais sistemática, ficou claro que a frequência de erros e dano era muito maior do que se imaginava inicialmente e que a segurança de todos os pacientes precisava ser abordada. A maior parte dos pacientes é ligeiramente vulnerável a infecções, eventos adversos de medicamentos, quedas, complicações cirúrgicas e complicações de outros tratamentos. Pacientes mais idosos, mais fragilizados ou que têm várias doenças podem sofrer efeitos adversos da sobre utilização de procedimentos terapêuticos, da polifarmácia e de outros problemas como delírio, desidratação ou desnutrição. Além disso, os pacientes podem sofrer dano causado por eventos raros (e possivelmente imprevisíveis) decorrentes do uso de novos tratamentos, novos equipamentos ou combinações raras de problemas que são difíceis de prever. Se quisermos avaliar o dano decorrente do cuidado de saúde, precisamos considerar todos esses tipos de eventos.

Podemos definir o dano de várias maneiras, e não é possível estabelecer uma definição absoluta, especialmente porque os limites de atuação da segurança do paciente se expandem constantemente, como já discutimos. Certos eventos, como uma superdosagem com consequências para o paciente, podem claramente ser descritos como eventos nocivos causados pelo cuidado de saúde. Dano causado quando um paciente deixa de receber um tratamento necessário é mais difícil de definir. Por exemplo, se um paciente não recebeu a medicação profilática adequada e depois sofreu um tromboembolismo, o dano, ou pelo menos onexo causal, não é tão claro. Nos casos de atraso no diagnóstico, a noção de dano é ainda mais difícil. Entretanto, os casos em que a deterioração do estado de saúde do paciente não é reconhecida e em que o tratamento não é iniciado a tempo têm sido cada vez mais descritos como problemas relacionados à segurança do paciente (Brady et al. 2013). Independentemente de considerarmos que esses eventos representam dano ou não, concordamos que eles são indesejáveis e representam falhas sérias no cuidado de saúde (Quadro 4.1).

Quadro 4.1 Exemplos de danos no cuidado de saúde

Dano genérico causado pelo cuidado de saúde

Infecções relacionadas à assistência à saúde, quedas, delírio e desidratação são exemplos de problemas que podem afetar qualquer paciente portador de uma doença grave.

Dano causado por tratamentos específicos

Dano, evitável ou não, associado a um tratamento específico ou à conduta diante de uma doença específica. Isto incluiria eventos adversos de medicamentos, complicações cirúrgicas, cirurgia em sítio cirúrgico errado e efeitos adversos da quimioterapia.

Dano causado pela sobre utilização de procedimentos terapêuticos

Os pacientes também podem sofrer dano ao receberem procedimentos terapêuticos sem excesso, seja por erro (por exemplo, superdosagem de um medicamento) ou por intervenções bem intencionadas, porém excessivas. Por exemplo, o uso exagerado de sedativos aumenta o risco de queda; pessoas perto do final da vida podem receber tratamentos dolorosos que não lhes trazem nenhum benefício.

Dano causado pela não prestação do tratamento adequado

Muitos pacientes não recebem o tratamento padrão baseado em evidências e, em alguns casos, isso faz com que a doença progrida mais rápido do que de costume. Como exemplos, podemos citar os casos em que o paciente não recebe tratamento trombolítico rápido após um acidente vascular cerebral, não recebe tratamento para um infarto do miocárdio ou não recebe antibióticos profiláticos antes de uma cirurgia.

Dano causado por um diagnóstico tardio ou inadequado

Alguns danos decorrem do fato de que a doença do paciente não foi identificada ou foi diagnosticada incorretamente. Por exemplo, um paciente ser incorretamente diagnosticado por seu médico de atenção primária, que não o encaminha para um especialista; o câncer avança e o prognóstico piora.

Dano psicológico e sensação de insegurança

Atitudes grosseiras podem ficar gravadas na memória de pessoas vulneráveis e afetar a forma como encaram os encontros subsequentes com profissionais de saúde. A consciência de ter recebido um cuidado inseguro pode ter consequências maiores se levar a uma perda de confiança. Por exemplo, as pessoas podem não aceitar vacinas ou se recusar a doar sangue ou órgãos.

Adaptado de Vincent et al. (2013)

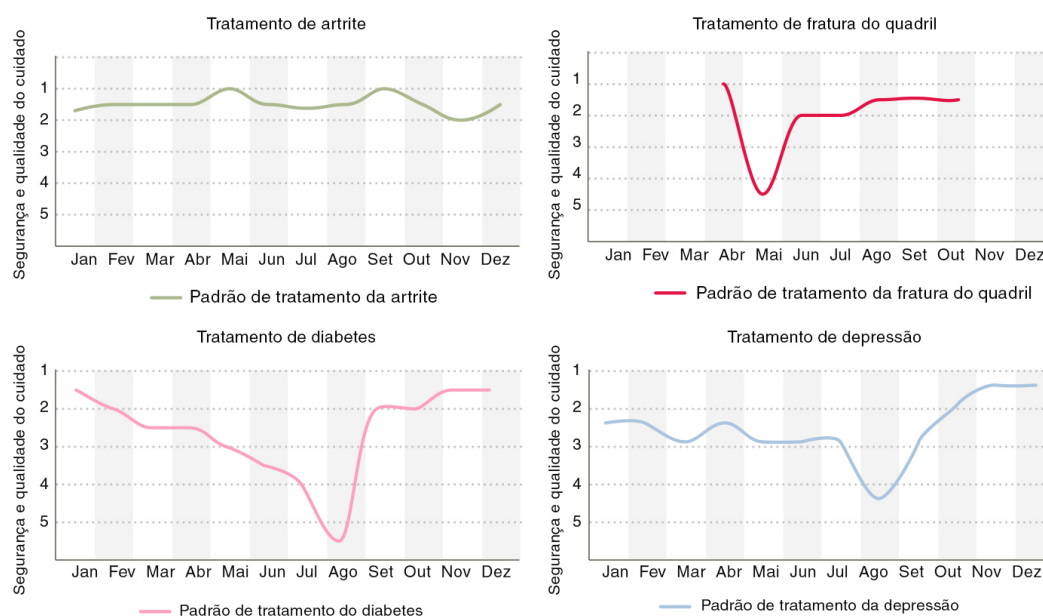
Ao refletirmos sobre as várias maneiras pelas quais o cuidado de saúde pode falhar ou causar dano aos pacientes, fica claro que boa parte desse dano é insidiosa, desenvolve-se lentamente e, se não for abordada, pode resultar numa crise que exige uma internação ou outro tratamento urgente. Uma pessoa internada e fragilizada que gradualmente passa a apresentar delírios está recebendo um cuidado abaixo do padrão, a ponto de ser

nocivo, mas não conseguimos apreender plenamente essa realidade se pensamos apenas em termos de erros ou incidentes. Quando consideramos o cuidado fora do ambiente hospitalar, o conceito de “incidente” se torna ainda mais complexo. Considere, por exemplo, um paciente com reação adversa a um medicamento antidepressivo prescrito durante vários meses, culminando numa internação. Sabemos que as reações adversas a medicamentos estão relacionadas a aproximadamente 5% das internações (Winterstein et al. 2002; Stausberg et al. 2011), mas o dano que precede tais eventos dura meses. Além disso, danos desse tipo não podem ser encarados como “erros” — pelo menos não como um erro numa ocasião específica.

Segurança e qualidade do cuidado na perspectiva do paciente

Quando examinamos o cuidado que recebemos como pacientes, consideramos o curso da nossa doença e o cuidado recebido ao longo de um intervalo de tempo e no contexto das nossas vidas. Naturalmente, esse cuidado é prestado em etapas, mas nós avaliamos as nossas experiências e o impacto do cuidado de saúde com base no tratamento como um todo e no equilíbrio total entre benefícios e danos. Como podemos representar essa avaliação em termos da segurança e qualidade do cuidado e dos diversos cenários que desejamos abranger?

Fig. 4.1 Quatro trajetórias de pacientes

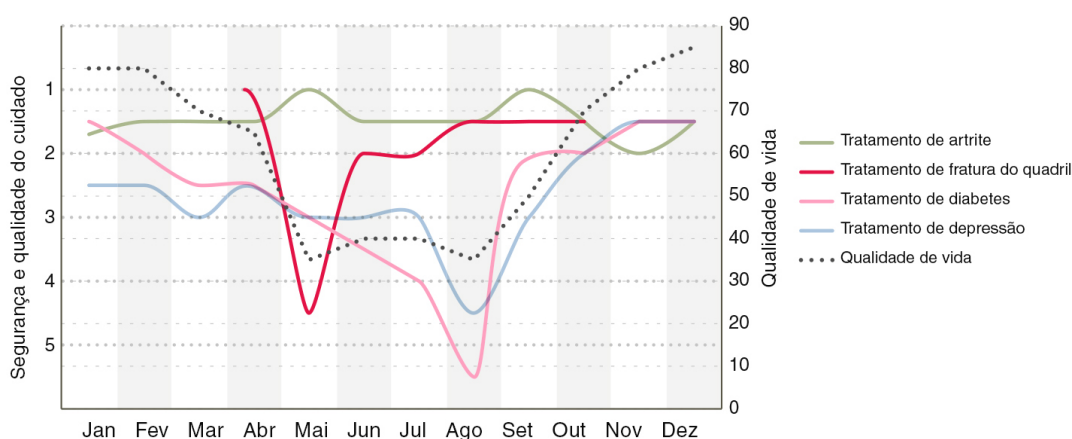


Considere as quatro trajetórias de pacientes representadas na Fig. 4.1. Em cada caso, o gráfico ilustra uma representação simples da qualidade do cuidado que cada paciente recebe ao longo de um ano no tratamento de diferentes doenças. O eixo horizontal representa o tempo e o eixo vertical mostra o padrão do cuidado prestado

(e não a condição de saúde do paciente ou a gravidade da doença). Os cinco níveis discutidos no Capítulo 2 são mostrados à esquerda: o cuidado de boa qualidade está situado na parte superior de cada gráfico, e o cuidado deteriora e se torna mais perigoso à medida que descemos pelo eixo vertical.

- A primeira pessoa recebe tratamento de longo prazo para osteoartrite. Tanto o tratamento como o monitoramento são de alta qualidade e consistentes ao longo do tempo; a qualidade total do cuidado é excelente.
- Em abril, a segunda pessoa sofre uma fratura do quadril. O tratamento inicial é excelente, com internação imediata e uma cirurgia rápida e eficaz. Porém, no pós-operatório, o paciente adquire uma infecção grave no sítio cirúrgico, que não é identificada imediatamente pelo enfermeiro que o visita em casa. A infecção piora, faz-se necessária uma segunda internação, mas o problema é tratado de forma eficaz e a recuperação ocorre sem complicações. A qualidade total do cuidado é boa, com um lapso sério durante o mês de maio.
- A terceira pessoa está sendo tratada para diabetes, inicialmente de forma eficaz. Contudo, a partir do começo do ano o tratamento piora, pois o monitoramento não é eficaz e torna-se progressivamente mais esporádico, resultando numa internação com complicações potencialmente fatais em agosto. No entanto, o cuidado hospitalar é excelente e o paciente tem uma boa recuperação.
- A quarta pessoa recebe um tratamento parcialmente eficaz para depressão. O monitoramento é pouco frequente, o tratamento não é ideal, mas o paciente não sofre grandes crises ao longo do ano. A qualidade do cuidado se mantém em torno do nível 3 — deficiente, mas ainda razoavelmente seguro.

Fig. 4.2 Variações nos padrões de cuidado ao longo do tempo



Esses quatro cenários são relativamente simples e, em muitos ambientes de cuidado de saúde, o cuidado prestado e a evolução do paciente podem ser monitorados em certa medida. Podemos avaliar o resultado da artroplastia de quadril, registrar a infecção pós-operatória e monitorar a frequência do tratamento da osteoartrite, diabetes e depressão na

atenção primária. Porém, devemos considerar agora um cenário diferente, mais realista, que representa melhor o equilíbrio entre benefícios e danos que gostaríamos de observar, compreender e influenciar. É o caso do paciente com múltiplas comorbidades e que recebe tratamento para todas ao mesmo tempo.

Considere uma pessoa com artrite, diabetes e depressão, que sofreu uma fratura de quadril durante o ano. A Figura 4.2 apresenta os quatro gráficos combinados para esse paciente, com uma nova linha para avaliar a qualidade de vida total do paciente ao longo desse ano difícil. Como antes, o cuidado da artrite continua a ser de alta qualidade ao longo do ano, e o cuidado da fratura de quadril foi geralmente muito bom, embora tenha sido interrompido por uma infecção pós-operatória inicialmente não identificada. O tratamento do diabetes continua problemático, e podemos suspeitar, ao observar o declínio na qualidade do cuidado a partir de abril, que a internação e as infecções subsequentes podem ter interrompido o monitoramento habitual. Também podemos ver muito claramente que o cuidado de saúde, quando visto da perspectiva do paciente, é muito complexo, e provavelmente muito poucos profissionais de saúde envolvidos no tratamento entenderão o impacto do cuidado de saúde de alta ou baixa qualidade na vida dessa pessoa.

A segurança vista pelos olhos do paciente

Neste capítulo, conceituamos a segurança no contexto da trajetória de cuidado de saúde de um paciente mostrando o cuidado de alta qualidade, mas abrangendo também vários tipos de falhas e danos graves. As implicações desta forma de abordar a segurança serão exploradas detalhadamente na segunda seção do livro, mas será útil apresentar algumas orientações gerais neste momento.

Potencialmente, o paciente tem a visão mais completa

O ponto mais evidente que surge do estudo do tratamento ao longo do tempo é que o paciente, ainda mais que o hospital, é uma testemunha privilegiada dos eventos. Naturalmente, as medidas de resultado informadas pelo paciente já são consideradas muito prioritárias, mas está claro que precisamos começar a encontrar formas de acompanhar as experiências do paciente com o cuidado de saúde ao longo do tempo e integrar esses dados às informações clínicas disponíveis. Falar é fácil, mas provavelmente será bastante difícil colocar esse conceito em prática.

A visão do profissional de saúde é necessariamente incompleta

Cada profissional de saúde envolvido com um paciente terá apenas uma visão parcial de sua trajetória. Mesmo dentro do hospital, seja através de prontuários eletrônicos ou em papel, pode ser difícil entender a trajetória de cuidado de saúde de um paciente.

O problema é ainda pior fora do ambiente hospitalar. Um bom médico de família ou médico generalista está na melhor posição para entender a trajetória do paciente como um todo, mas precisaremos desenvolver métodos para representar uma perspectiva integral do cuidado, que possa ser compartilhada em diferentes ambientes.

Os recursos do paciente e da família são essenciais para o cuidado seguro

Cada vez mais, os pacientes e suas famílias gerem o trabalho complexo de coordenar o próprio cuidado. A avaliação formal desses recursos financeiros, emocionais e práticos está se tornando essencial para a coordenação do cuidado, e a ideia de que o paciente é um membro da equipe de saúde deixará de ser uma aspiração e passará a ser uma necessidade. Isso certamente pode trazer benefícios em termos de envolvimento e empoderamento do paciente, mas também envolve riscos, pois quando os pacientes assumem a responsabilidade sobre a organização e a prestação do cuidado, o lócus dos erros no cuidado de saúde passa dos profissionais para os pacientes e suas famílias.

A coordenação do cuidado é uma importante questão de segurança

Pacientes com várias comorbidades já contam com diversos profissionais em seu cuidado, e a coordenação desse cuidado enfrenta grandes dificuldades. Estudos sobre eventos adversos no ambiente hospitalar e inquéritos sobre falhas importantes no cuidado prestado na comunidade apontam problemas de comunicação entre os diferentes ambientes de cuidado. Ao realizar intervenções de segurança nesses locais, pode ser menos importante implementar pacotes de intervenções de cuidado e mais importante aplicar intervenções organizacionais amplas para assegurar uma resposta rápida diante de crises e uma melhor coordenação entre diferentes serviços.

Repensando a segurança do paciente

No início deste capítulo, sustentamos que a forma como examinamos atualmente a segurança do paciente pressupõe que a qualidade do cuidado de saúde geralmente é alta, sendo pontuada por incidentes e eventos adversos ocasionais. Cada vez mais, isso é entendido como uma visão da segurança pela perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de uma visão sincera, na qual os profissionais naturalmente supõem que, na maior parte do tempo, o cuidado de saúde prestado por eles seja de boa qualidade, embora saibam da existência de lapsos ocasionais.

Em contraste a esse ponto de vista, nós ampliamos aqui a nossa visão sobre o dano e redefinimos a segurança do paciente como o exame da totalidade das falhas e danos graves ao longo da trajetória do paciente, que devem necessariamente ser comparados aos benefícios gerados pelo cuidado de saúde recebido. Essa é uma visão da segurança pela perspectiva dos pacientes, seus cuidadores e suas famílias.

Acreditamos que o progresso nesta área depende de uma conceptualização da segurança de forma mais ampla, conectando a nossa compreensão sobre a segurança com as ambições e os objetivos gerais do sistema de saúde. Isto é, precisamos examinar os riscos e os benefícios dos tratamentos durante um intervalo mais longo e em diferentes contextos, analisando-os criticamente dentro das realidades de um sistema fragmentado que apresenta múltiplas vulnerabilidades. Para isso, precisaremos retirar o foco dos erros e incidentes específicos e passar a examinar as origens das falhas mais fundamentais no cuidado de saúde, como as internações evitáveis devido à deterioração não detectada numa doença crônica. O objetivo de longo prazo, tanto para os pacientes como para a segurança, é encontrar formas de minimizar os riscos e danos ao longo da trajetória do paciente, em busca dos benefícios ideais do cuidado de saúde. Nos próximos capítulos, vamos desenvolver essas ideias de forma mais detalhada e considerar as formas de implementar esse programa ambicioso, porém necessário.

Pontos principais

- A visão que os pacientes têm do dano é diferente da dos profissionais. O dano é percebido de forma bastante ampla, abrangendo tanto perturbações sérias ao tratamento quanto eventos menores que são mais estressantes do que prejudiciais.
- O conceito de dano inclui também os casos em que o paciente deixa de receber o tratamento adequado e os danos causados por fatores externos ao tratamento em si. Os benefícios e danos não são vistos em termos de incidentes, e sim de uma trajetória ao longo da vida de uma pessoa.
- Muitos eventos identificados pelos pacientes não são captados pelos sistemas de notificação de incidentes nem registrados nos prontuários.
- Propomos que a segurança do paciente deve se concentrar na totalidade do dano ocorrido ao longo da trajetória do paciente e que esses danos devem ser necessariamente comparados aos benefícios advindos do cuidado de saúde. Essa é uma visão da segurança pela perspectiva dos pacientes, seus cuidadores e suas famílias.
- Os pacientes e suas famílias precisarão se envolver cada vez mais ativamente na promoção da segurança. Isso certamente pode trazer benefícios em termos de envolvimento e empoderamento do paciente, mas também envolve riscos, pois quando os pacientes assumem a responsabilidade sobre a organização e a prestação do cuidado, o lócus dos erros no cuidado de saúde se move dos profissionais para os pacientes e suas famílias.
- Precisamos examinar os riscos e os benefícios dos tratamentos durante um intervalo mais longo e em diferentes contextos, analisando-os criticamente dentro das realidades de um sistema fragmentado que apresenta múltiplas vulnerabilidades. Para isso, precisaremos retirar o foco dos erros e incidentes específicos e passar a

examinar as origens das falhas mais fundamentais no cuidado de saúde, como as internações evitáveis devido à deterioração não detectada numa doença crônica.

- Acreditamos que o progresso nesta área depende de uma conceptualização da segurança de forma mais ampla, conectando a nossa compreensão sobre a segurança com as ambições e os objetivos gerais do sistema de saúde.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Brady PW, Muething S, Kotagal U, Ashby M, Gallagher R, Hall D, Goodfriend M, White C, Bracke TM, DeCastro V, Geiser M, Simon J, Tucker KM, Olivea J, Conway PH, Wheeler DS (2013) Improving situation awareness to reduce unrecognized clinical deterioration and serious safety events. *Pediatrics* 131(1):e298–e308

Canfield C (2013) It's a matter of trust: a framework for patient harm. Manuscrito não publicado.

Stausberg J, Halim A, Färber R (2011) Concordance and robustness of quality indicator sets for hospitals: an analysis of routine data. *BMC Health Serv Res* 11(1):106. doi: 10.1186/1472-6963-11-106

Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. Health Foundation, Londres

Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C (2002) Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 36(7–8):1238–1248



Capítulo 5 - As Consequências para a Análise de Incidentes

Toda indústria de alto risco dedica tempo e recursos consideráveis à investigação e à análise de acidentes, incidentes e near misses. Essas indústrias utilizam muitos outros métodos para avaliar a segurança, mas a identificação e a análise de incidentes e eventos adversos graves continuam sendo um estímulo e um guia fundamental para a melhoria da segurança. A análise de problemas relacionados à segurança sempre envolve a revisão de uma série de informações, e geralmente não devemos fazer recomendações com base num evento isolado. No entanto, uma estratégia de segurança global eficaz deve ser baseada, em parte, numa compreensão dos eventos desfavoráveis, sua frequência, gravidade, causas e fatores contribuintes. Neste capítulo, vamos considerar as razões pelas quais talvez seja preciso ampliar essas análises à luz dos argumentos apresentados nos capítulos anteriores.

O que tentamos aprender quando analisamos incidentes?

Um cenário clínico pode ser examinado de diversas perspectivas, das quais cada uma ilumina certas facetas do caso. Os casos clínicos sempre foram utilizados para educar e refletir sobre a natureza das doenças. Eles também servem para ilustrar o processo de tomada de decisões clínicas, a avaliação das opções terapêuticas e, especialmente nas discussões sobre erros, o impacto pessoal dos incidentes e reverses. A análise de incidentes, que tem por objetivo melhorar a segurança do cuidado de saúde, pode abranger todas essas perspectivas, mas também inclui a fundamental reflexão sobre o sistema de saúde como um todo.

Um desafio fundamental para a segurança do paciente em seus primeiros anos foi desenvolver uma abordagem mais cuidadosa em relação ao erro e ao dano sofridos pelos pacientes. O erro humano muitas vezes é culpado por acidentes no transporte aéreo ou ferroviário, em cirurgias complexas e no cuidado de saúde de modo geral. Imediatamente depois de um acidente, as pessoas fazem juízos rápidos e, com muita frequência, culpam a pessoa ligada de forma mais evidente ao desastre. O piloto do avião, o médico que aplicou a injeção, o condutor do trem que cruzou um sinal vermelho são logo isolados como os culpados pelo incidente (Vincent et al. 1998). Essa reação rápida e irrefletida foi descrita por Richard Cook e David Woods como a “primeira história” (Quadro 5.1). No entanto, embora uma determinada ação ou omissão possa ser a causa imediata de um incidente, a análise mais cautelosa geralmente revela uma série de eventos e desvios em relação às práticas seguras, todas elas influenciadas pelo ambiente de trabalho e pelo contexto organizacional como um todo (Reason 1997; Vincent et al. 2000). Ao formular a segunda história, procuramos evitar que o viés de examinarmos o caso de forma retrospectiva enturbe a nossa visão — assim, procuramos captar a riqueza do evento analisando-o sob

a perspectiva de todos os envolvidos, o que, de preferência, deve incluir a perspectiva do paciente e sua família.

Quadro 5.1 Primeiras e segundas histórias

A primeira história representa a forma como as pessoas, conhecendo o resultado de um evento e suas consequências para as vítimas e para as organizações, respondem inicialmente a falhas em sistemas dos quais elas dependem. Esse é um processo social e político que geralmente nos diz pouco sobre os fatores que influenciaram o desempenho humano antes do evento.

As primeiras histórias são explicações excessivamente simplificados para a causa aparente de um resultado indesejado. O viés retrospectivo estreita e altera a nossa visão sobre o cuidado prestado após a ocorrência do evento. Consequentemente, surgem conclusões prematuras sobre o grupo de fatores contribuintes que levaram ao problema.

Quando começamos a buscar a segunda história, nossa atenção se volta para as pessoas que trabalham na linha de frente do sistema de saúde e para a forma como os fatores humanos, organizacionais, tecnológicos e econômicos atuam para gerar os resultados. Temos que entender as pressões e dilemas que motivam o desempenho humano e o modo como as pessoas e organizações trabalham ativamente para superar os perigos (Adaptado de Woods e Cook 2002)

Anteriormente nós ampliamos o referencial de Reason e o adaptamos para o cuidado de saúde, classificando as condições e os fatores organizacionais que levam a erros num referencial único e abrangente de fatores que afetam a prática clínica (Vincent et al. 1998; Vincent 2003). O referencial dos “sete níveis de segurança” descreve os elementos que influenciam a segurança em sete grandes categorias: fatores ligados ao paciente, à tarefa, aos profissionais individuais, à equipe, às condições de trabalho, à organização e ao contexto institucional mais amplo (Tabela 5.1).

Isso deu origem a um método de análise de incidentes publicado no ano 2000, conhecido como ALARM, porque foi produzido por membros da Association of Litigation and Risk Management (Vincent et al. 2000). A abordagem ALARM destinava-se principalmente ao cuidado de pacientes agudos. Uma revisão posterior e uma ampliação feita em 2004, conhecida como o protocolo de Londres, foram traduzidas para várias línguas e podem ser aplicadas a todas as áreas do cuidado de saúde, como o cuidado de pacientes agudos, a saúde mental e a atenção primária. O método de análise é conhecido por diferentes nomes segundo o país: alguns o conhecem como ALARM e outros como o protocolo de Londres. Usamos o termo ALARM/LONDRES para descrever os elementos essenciais das versões anteriores; o termo não é muito bonito,

mas evita confusões. Também propomos um novo modelo estendido, que chamamos de ALARME.

Tabela 5.1 O referencial ALARM/LONDRES de fatores contribuintes

Tipos de fatores	Exemplos de fatores contribuintes
Fatores ligados ao paciente	Complexidade e gravidade da doença
	Idioma e comunicação
	Personalidade e fatores sociais
Fatores ligados à tarefa e à tecnologia	Desenho e clareza da tarefa
	Disponibilidade e uso de protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados de exames
	Métodos de apoio à tomada de decisões
Fatores individuais (ligados aos profissionais)	Atitudes, conhecimentos e habilidades
	Competência
	Saúde física e mental
Fatores ligados à equipe	Comunicação verbal
	Comunicação escrita
	Supervisão e pedidos de ajuda
	Estrutura de equipe (congruência, consistência, liderança)
Fatores ligados ao ambiente de trabalho	Contingente de pessoal e conjunto de habilidades
	Carga de trabalho e turnos de trabalho
	Desenho, disponibilidade e manutenção dos equipamentos
	Suporte administrativo
	Ambiente físico
Fatores organizacionais e administrativos	Recursos financeiros e restrições
	Estrutura organizacional
	Políticas, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores ligados ao contexto institucional	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde
	Relações com organizações externas

A abordagem desenvolvida por James Reason e outros foi incrivelmente frutífera, ampliando nossa compreensão tanto das causas do dano como de sua prevenção. A questão agora é se essa perspectiva precisa ser adaptada ou ampliada à luz dos argumentos que apresentamos aqui. O modelo atual foi considerado eficaz em muitos ambientes de cuidado diferentes, mas destina-se principalmente à análise de eventos relativamente isolados; talvez seja preciso revê-lo se decidirmos examinar também as falhas e danos graves que se desenvolvem ao longo de meses, ou até mesmo anos. É possível que tenhamos que ampliar a nossa abordagem de investigação e análise de incidentes de várias maneiras.

Conceitos essenciais do modelo ALARME

O protocolo ALARM/LONDRES estabeleceu uma metodologia e uma abordagem estruturada para a reflexão sobre os diversos fatores que podem contribuir para um incidente. Durante uma investigação, são coletadas informações de diversas fontes: é feita a revisão de prontuários, declarações e outros documentos relevantes e são conduzidas entrevistas com profissionais e, se possível, com o paciente e sua família. Uma vez estabelecida a cronologia dos eventos, há três considerações principais a fazer: os problemas na prestação de cuidado de saúde identificados dentro dessa cronologia, o contexto clínico de cada um deles e os fatores que contribuem para a ocorrência dos problemas na prestação do cuidado. As perguntas-chave são: O que aconteceu? (desfecho e cronologia); Como aconteceu? (problemas na prestação do cuidado); Por que aconteceu? (fatores contribuintes) (Vincent et al. 2000).

No contexto deste livro, temos quatro novas questões a considerar:

- Em primeiro lugar, precisamos analisar um conjunto mais amplo de eventos que afetam o paciente. Alguns eventos a ser analisados precisam ser selecionados com base na perspectiva do paciente, além daqueles identificados pelos profissionais.
- Em segundo lugar, precisamos ampliar a análise para examinar cada episódio no contexto da trajetória do paciente, e não como um incidente único. O período é ampliado para incluir toda a “trajetória do evento”. O modelo ALARME propõe uma abordagem ampliada que aplica o modelo clássico de fatores contribuintes a cada um dos problemas identificados na prestação do cuidado ao longo da história do “dano emergente” considerado para a análise inicial.
- Em terceiro lugar, precisamos prestar mais atenção tanto aos êxitos como às falhas na detecção, antecipação e recuperação. Devemos considerar não só os problemas, mas também os êxitos, a detecção e a recuperação e como eles se combinam para produzir a proporção total de benefícios e danos ao paciente. Isso, por sua vez, afeta a natureza da aprendizagem e das intervenções de segurança subsequentes que iremos recomendar.
- Em quarto lugar, é possível que tenhamos que adaptar tanto os métodos de análise como as recomendações com base nos diferentes contextos e modelos da segurança.

Nosso processo de investigação ampliado mantém a abordagem básica do sistema ALARM/LONDRES e a tabela original de fatores contribuintes, mas estende o período de tempo e inclui a análise e a reflexão sobre os êxitos, a detecção e a recuperação (Fig. 5.1 e Tabela 5.2). As modificações que propomos vão exigir muita pesquisa e investimentos no desenvolvimento de novos métodos, mas acreditamos que sejam essenciais se quisermos gerir a segurança de forma efetiva em diferentes contextos clínicos.

Os problemas escolhidos para análise devem ser importantes para os pacientes

Já sabemos que os pacientes e suas famílias são capazes de identificar, de forma confiável, eventos adversos que não foram detectados pelos profissionais. Vários estudos mostram que os pacientes informam erros e eventos adversos com exatidão e fornecem informações adicionais não disponíveis para os profissionais da saúde. Muitos eventos identificados pelos pacientes não são captados pelos sistemas de notificação de incidentes do hospital ou registrados no prontuário (Weingart et al. 2005; Weissman et al. 2008).

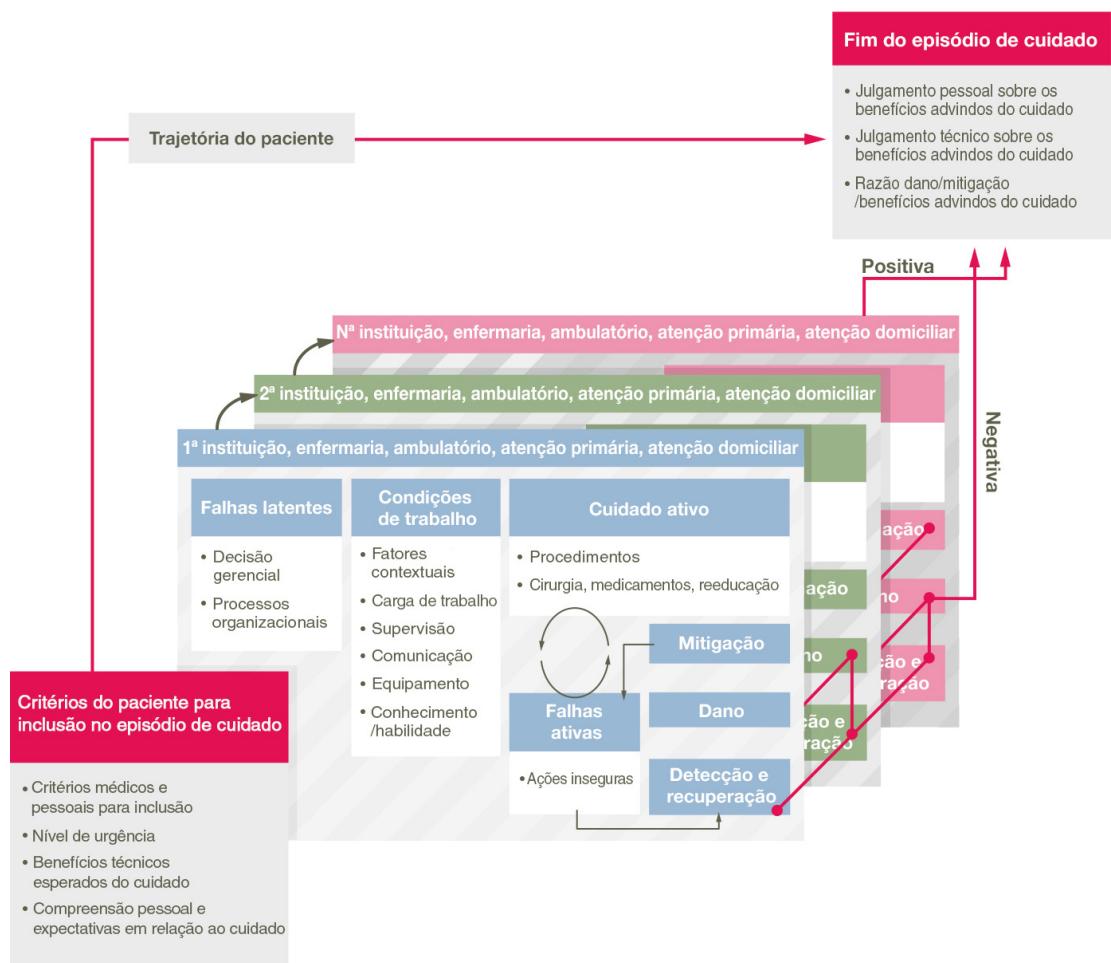


Fig. 5.1 Análise da segurança ao longo da trajetória do paciente

Os resultados de várias pesquisas com pacientes sugerem que eles informam uma taxa muito mais alta de erros e eventos adversos do que as publicadas, que se baseiam na revisão de prontuários (King et al. 2010; Lehmann et al. 2010). Assim, já existem justificativas para selecionar alguns incidentes identificados por pacientes para analisá-los, até mesmo em hospitais; fora do ambiente hospitalar, onde os pacientes e cuidadores provavelmente são as pessoas que têm a visão mais abrangente do cuidado, o argumento é ainda mais forte.

Sugerimos que os eventos considerados para análise devam ser selecionados tanto do ponto de vista do paciente como dos profissionais. Obviamente, as tragédias devem ser amplamente investigadas, mas as lições de segurança podem surgir de vários tipos de eventos. Ainda não sabemos que outros eventos poderiam ser identificados pelos pacientes e seus familiares como sendo dignos de investigação. O que torna um evento “anormal” (e, portanto, um possível candidato para a análise) é uma combinação complexa de surpresa, raridade, intensidade, gravidade e possivelmente também uma sensação de injustiça, de ter sido prejudicado num local que deveria ser seguro. Os eventos identificados pelos pacientes e familiares podem ser bastante diferentes daqueles identificados pelos profissionais.

Tabela 5.2 Novas características do modelo ALARME

ALARM/LONDRES	ALARME
Identificação e decisão de investigar	Pedir aos pacientes que contem a sua história sobre o episódio de cuidado, enfatizando tanto os aspectos positivos quanto os negativos; alguns desses casos são selecionados para análise
Escolher as pessoas que formarão a equipe de investigação	Incluir o paciente e a família sempre que possível
Organização e coleta de dados	Pedir aos pacientes e famílias que contem sua história e reflitam sobre os fatores contribuintes
Determinar a cronologia do acidente	Ampliar o período a toda a trajetória do paciente
Identificar problemas na prestação do cuidado	Identificar os benefícios do cuidado bem como os problemas, incluindo a detecção e a recuperação diante dos problemas
Identificar os fatores contribuintes	Identificar os fatores contribuintes de cada problema, assim como da detecção e da recuperação
O apoio a pacientes, familiares e profissionais não é considerado explicitamente	Refletir e comentar o processo de abertura de informação e apoio aos pacientes, familiares e profissionais
Fazer recomendações e desenvolver um plano de ação	Fazer uma seleção a partir do conjunto completo de estratégias e intervenções

Os futuros sistemas de notificação que procurem envolver pacientes e familiares precisarão encontrar um equilíbrio entre narrativas abertas e perguntas fechadas para a análise e classificação das causas (King et al. 2010). Os estudos sobre incidentes notificados por pacientes na atenção primária usam uma combinação de métodos, tais como a notificação escrita, online ou por telefone e o recrutamento telefônico, seguidos de uma entrevista presencial. Tais entrevistas são especialmente eficazes no acompanhamento de pacientes hospitalares; em estudos publicados, a taxa de resposta mais alta foi de 96%, obtida em entrevistas com defensores de pacientes numa unidade hospitalar específica. Porém, ainda há muitas barreiras ao uso de informações provenientes de pacientes — em particular, a falta de apoio aos valores do cuidado centrado no paciente e o consequente risco de que o envolvimento do paciente não seja valorizado (Davies e Cleary 2005).

O período de tempo da análise deve ser ampliado: revisão da trajetória do paciente

Muitos eventos graves decorrem de uma série de pequenas falhas no cuidado de um paciente, e não de uma falha única e dramática. Às vezes, essas falhas isoladas se combinam num momento específico quando, por exemplo, um médico jovem não é supervisionado à noite e trabalha com equipamento inadequado, uma equipe difícil e um paciente muito doente. Entretanto, no cuidado de um paciente ao longo do tempo, muitas vezes observamos uma degradação progressiva do cuidado devido a uma combinação de erros e vulnerabilidade sistêmicas e, às vezes, negligência. Um dos grandes obstáculos aos avanços na segurança do paciente é o pouco tempo dedicado à detecção e análise de incidentes.

Já entendemos que, depois de um incidente, precisamos reavaliar a série de eventos que conduziram ao problema e que estão direta ou indiretamente ligados a ele. Amalberti et al. (2011) sustentaram que devemos ampliar a duração da análise para considerar a “trajetória do evento” (Amalberti et al. 2011). Porém, para examinar a segurança por períodos mais longos, em particular no cuidado prestado na comunidade, acreditamos agora ser necessário falar simplesmente da trajetória do paciente. Ou seja, temos que reavaliar sua história clínica, procurando todos os eventos que definiram a trajetória e contribuíram para o resultado final, não importando se esses eventos foram percebidos como graves quando ocorreram ou não, e avaliando se o problema foi detectado e resolvido. E, acima de tudo, é importante que o evento seja examinado pela perspectiva do paciente e sua família, bem como dos profissionais.

A escolha do período de tempo para a análise depende das doenças do paciente, da natureza dos problemas identificados e da complexidade de sua trajetória. É fácil identificar os episódios de cuidado típicos; uma artroplastia de quadril, por exemplo, poderia cobrir o período entre a decisão inicial de operar e o fim do processo de reabilitação. Ou então, dependendo da natureza dos problemas relacionado à segurança identificados, podemos nos concentrar num período em particular, como desde a operação original até o fim da reabilitação em casa. O mais importante é começar examinando um período de cuidado,

em vez de um incidente específico e seus antecedentes. Consideremos três períodos distintos para detectar e analisar eventos associados à ocorrência de complicações. O período mais curto (A) cobriria problemas simples nos quais observamos a relação direta entre uma ação incorreta e a consequência imediata para o paciente (por exemplo, quando o paciente não é identificado corretamente). Um período um pouco mais longo (B) cobriria os eventos que conduzem a uma complicação clínica e à sua gestão subsequente, o que poderia abranger todo um episódio de cuidado agudo, desde a internação inicial até a alta hospitalar e a reabilitação. O período mais longo (C) cobriria os vários meses que antecederam uma internação evitável, o tempo passado no hospital e a subsequente recuperação. A mortalidade intra-hospitalar ou no curto prazo pós alta (30 ou 60 dias), poderia ser usada como ponto de partida para investigar oportunidades para focar ações, a mortalidade evitável e outros indicadores de complicações.

O protocolo ALARM/LONDRES original propunha que, depois de identificados os problemas iniciais na prestação do cuidado, cada um fosse analisado separadamente para considerar os fatores contribuintes (Vincent et al. 2000). Em uma sequência de problemas, diferentes conjuntos de fatores contribuintes podem estar associados a cada problema específico. Por exemplo, um enfermeiro ou médico jovem pode não pedir aconselhamento sobre um paciente que está piorando devido à sua inexperiência, supervisão inadequada e deficiências no trabalho em equipe; por outro lado, o mesmo paciente pode posteriormente não receber a medicação correta, o que pode ser causado por sub-dimensionamento de pessoal e por uma organização inadequada do cuidado. Na prática, raramente é feita uma análise completa em que todos os fatores contribuintes são considerados em conjunto, como se todos fossem relevantes para o evento específico. No entanto, essa perspectiva mais sutil se torna muito mais importante numa cronologia mais longa, pois nesse caso podemos identificar uma série de problemas que estão claramente separados no tempo e segundo o contexto. Podemos analisar separadamente cada um desses problemas usando o modelo ALARM para vislumbrar um quadro muito mais detalhado das vulnerabilidades sistêmicas.

A Figura 5.2, que descreve as causas e respostas a um evento adverso relacionado a um medicamento, apresenta um exemplo dessa nova abordagem. O exemplo mostra a tripla importância do modelo ALARME: em primeiro lugar, por apresentar a trajetória do evento a partir da perspectiva do paciente, criando uma narrativa mais completa; em segundo lugar, por expandir o alcance da análise a toda a trajetória do paciente, incluindo os eventos antes da internação e após a alta hospitalar; finalmente, por identificar e analisar eventos normalmente desconsiderados, revelando o impacto cumulativo do cuidado deficiente, da deterioração inicial e da recuperação subsequente.

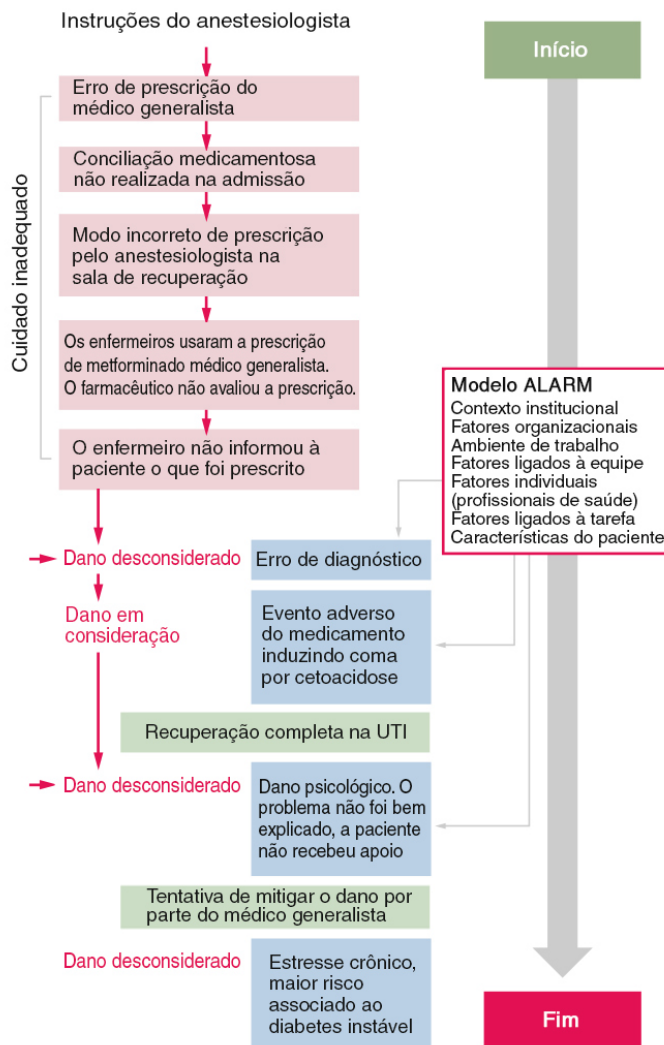


Fig. 5.2 Um caso analisado pelo protocolo ALARME

A história como percebida pelos profissionais

A Sra. X, de 58 anos, foi encaminhada ao hospital por seu médico generalista para uma cirurgia de hálux valgo. Ela tomava, havia muitos anos, 1000 mg de metformina duas vezes ao dia para controlar seu diabetes.

A cirurgia transcorreu bem. Na sala de recuperação, o anestesista prescreveu profilaxia para tromboembolismo venoso, analgésicos, teste de glicemia capilar e “reiniciar o tratamento pessoal à noite”. As instruções foram seguidas, mas não foram inteiramente registradas no prontuário da paciente.

Sua glicemia caiu progressivamente de 1,2 para 0,8 na noite do terceiro dia, sem causar preocupação entre os enfermeiros (0,7 era o valor aceito como motivo para alertar os médicos).

A alta hospitalar estava planejada para o quarto dia, mas ela se sentiu mal às 5 da manhã naquele dia e logo entrou em coma.

Ela foi transferida para a UTI e diagnosticada com cetoacidose diabética muito grave. Na revisão da medicação, ficou claro que ela tinha tomado metformina seis vezes ao dia durante três dias.

Quatro dias depois, ela se recuperou e saiu da UTI; recebeu alta no décimo terceiro dia, nove dias depois da data prevista.

A história contada pela paciente

A Sra. X foi atendida pelo anesthesiologista duas semanas antes da cirurgia. Ele a instruiu a retornar ao hospital com uma nova prescrição de seu médico generalista, pois tudo o que ela tinha era um papel amassado.

Ela foi atendida pelo médico generalista um dia antes da cirurgia, sem hora marcada. Ele a atendeu no corredor e logo escreveu uma nova prescrição. Apressado, o médico escreveu incorretamente “metformina 1000 mg x 2 x 3”.

A Sra. X não percebeu que também tinha recebido de metformina na enfermaria, pois as pílulas que recebeu (genéricas) eram diferentes das que tomava, e ninguém a informou sobre os medicamentos que ela estava recebendo.

A família da Sra. X informou que ela se sentiu mal no segundo dia e ficou cansada e irritada no terceiro dia. A enfermeira disse que isso era normal depois da cirurgia, deu-lhe um sedativo e recomendou repouso.

Os profissionais do hospital nunca explicaram porque ela ficou tão doente; disseram apenas que seu diabetes estava descompensado devido à cirurgia e a uma reação à metformina. Só o médico generalista pediu desculpas, duas semanas depois.

Ela ainda fica muito ansiosa em relação ao diabetes. Levou seis meses depois da alta hospitalar para recuperar seu bem-estar. Agora, precisará ver um endocrinologista a cada três meses durante um período de dois anos.

A trajetória do evento

Essa abordagem mais ampla precisará de um novo tipo de reunião (provavelmente videoconferências) cobrindo períodos mais longos na história clínica do paciente e envolvendo a participação de profissionais hospitalares e da comunidade. Ela também exigirá novos indicadores e rastreadores eletrônicos, tais como instrumentos para monitorar os resultados laboratoriais de cada paciente e para registrar a natureza e a duração de todas as falhas na continuidade do cuidado. Para termos uma imagem completa da situação, será preciso rastrear o tratamento de todas as doenças sofridas pelo paciente, e não cada doença separadamente.

Êxitos e falhas na detecção e na recuperação

Na maior parte dos sistemas, os erros são relativamente frequentes, mas poucos afetam a segurança, devido à capacidade dos seres humanos e organizações de se recuperar dos erros. Na aviação, por exemplo, vários estudos mostram que os pilotos profissionais cometem pelo menos um erro evidente por hora, independentemente das circunstâncias e da qualidade do desenho do local de trabalho (Helmreich 2000; Amalberti 2001). A grande maioria desses erros é rapidamente detectada pela pessoa que os cometeu, e os erros rotineiros são mais fáceis de detectar que os enganos mais incomuns. Evidentemente, os profissionais mais experientes cometem menos erros que os novatos, mas o melhor indicador de que um profissional é um perito de alto nível é a sua capacidade de detectar erros, e não de deixar de cometê-los. A detecção e a recuperação são afetadas pela alta carga de trabalho, pelas interrupções durante a execução de uma tarefa e pela gestão sistêmica do tempo (Amalberti et al. 2011; Degos et al. 2009).

Quais são as implicações para a segurança e a análise de incidentes? Em geral, pressupomos que a melhor maneira de tornar um sistema mais seguro é reduzir o número de erros e falhas. Em muitos casos, isso é perfeitamente razoável. Por exemplo, a automatização ou os sistemas de lembretes podem ter um impacto enorme sobre os erros menores. Um processo mais organizado de passagem de casos poderia melhorar a transferência de informações essenciais. No entanto, a eliminação de todos os erros, o que exigiria restringir consideravelmente o comportamento humano, não é possível e talvez nem seja desejável.

Na prática, devemos distinguir erros que têm consequências imediatas para o paciente daqueles que podem ser considerados desvios menores no processo de trabalho, que podem ser observados e corrigidos. Para proteger os pacientes da primeira classe de erros, realmente precisamos de regras formais e rigorosas, tais como protocolos claros para a gestão de eletrólitos ou checagens múltiplas e redundantes da identificação do paciente. Para os outros milhões de erros menores, é mais eficiente e eficaz confiar na detecção e recuperação por meio da autoconsciência e da boa coordenação e comunicação dentro da equipe. Estes resultados também sugerem que a melhor maneira de promover uma interação pessoa-sistema confiável será criando interfaces que minimizem o potencial de interferência e que ajudem na recuperação diante dos erros. Em outras palavras, o foco deve estar no controle do efeito dos erros, e não na eliminação dos erros em si (Rasmussen e Vicente 1989).

A abordagem padrão da análise de incidentes no cuidado de saúde concentrou-se principalmente em identificar as causas e fatores contribuintes dos eventos, com base na ideia de que isso nos permitiria intervir para eliminar esses problemas e melhorar a segurança. Tais estratégias fazem perfeito sentido em qualquer sistema altamente padronizado, ou pelo menos razoavelmente bem controlado, desde que seja claramente possível implementar modificações que abordem essas vulnerabilidades. Muitas análises de incidentes no cuidado de saúde recomendam essencialmente melhorar a confiabilidade (com mais treinamento ou mais procedimentos) ou abordar os principais fatores contribuintes, como comunicação deficiente ou condições de trabalho inadequadas. Em

todos os casos, tentamos, de forma bastante razoável, tornar o sistema mais confiável, e consequentemente mais seguro.

Porém, podemos ampliar o alcance da investigação e da análise. Temos muito a aprender com a capacidade do sistema de detectar falhas e near misses e se recuperar deles (Wu 2011). Por exemplo, além de identificar falhas e fatores contribuintes, podemos nos perguntar: “Que falhas de recuperação ocorreram no cuidado deste paciente?” e “Como podemos melhorar a detecção e a recuperação em ambientes como estes?”. Isso teria implicações tanto para nossa compreensão sobre os eventos como (o que é mais importante) para as recomendações que decorrem de tais análises, que poderiam ser ampliadas para incluir um foco muito mais forte no desenvolvimento de estratégias de recuperação e detecção.

Adaptando a análise ao contexto

Além dos desenvolvimentos descritos acima, acreditamos que também seja necessário ampliar o nosso pensamento, adaptando os métodos de análise aos diferentes contextos e modelos da segurança que apresentamos aqui. Neste ponto, devemos deixar claro que não sabemos, até o momento, como fazê-lo. Muitos autores, em particular Erik Hollnagel, chamaram atenção para a necessidade de um conjunto maior de modelos de acidentes, mais adaptado a ambientes fluidos e dinâmicos (Hollnagel 2014). No entanto, atualmente ainda não sabemos o suficiente para correlacionar modelos a ambientes, e certamente ainda não desenvolvemos métodos práticos de análise que sejam personalizados a distintos contextos.

Por outro lado, podemos começar a pensar em como fazer tal análise. Suponha que analisemos um acidente num ambiente não estruturado e muito arriscado — como a pesca em alto mar ou um incidente na atenção domiciliar, envolvendo um paciente com problemas graves de saúde mental. Devemos procurar os mesmos tipos de causas e fatores contribuintes que observaríamos num ambiente muito mais estruturado? Os fatores podem ser diferentes, bem como o equilíbrio entre eles. Por exemplo, o referencial de fatores contribuintes (Vincent et al. 1998) identifica os fatores relacionados aos pacientes como possíveis contribuintes para um incidente. Em um ambiente altamente padronizado, como um serviço de radioterapia, as características pessoais têm um papel muito menos importante que nas situações em que uma pessoa é responsável pelo seu próprio cuidado. Pessoas com problemas graves de saúde mental ou cognitivos também estão claramente sob maior risco de cometer erros durante a administração de medicamentos em seu próprio cuidado. Desse modo, a relevância e a influência dos diversos tipos de fatores contribuintes devem ser diferentes em contextos distintos. Até onde sabemos, isso ainda não foi abordado empiricamente, embora deva ser perfeitamente viável. O próximo passo é perguntar se devemos identificar diferentes tipos de recomendações dependendo do contexto clínico. Isso, por sua vez, depende de como acreditamos que a segurança deva ser alcançada em diferentes ambientes. Entretanto, antes de considerarmos plenamente essa questão, devemos estabelecer nossas propostas para uma abordagem estratégica para as intervenções de segurança, que serão discutidas nos próximos capítulos.

Pontos principais

- Toda indústria de alto risco dedica tempo e recursos consideráveis à investigação e à análise de acidentes, incidentes e near misses.
- A análise efetiva de incidentes requer um referencial que inclua orientações sobre a seleção dos incidentes e a forma de conduzir a investigação e a análise.
- Nosso referencial atual (conhecido como ALARM ou Protocolo de Londres) para a análise de incidentes em medicina: (i) identifica eventos para análise escolhidos pelos profissionais, (ii) baseia-se num modelo de segurança subjacente que examina as causas e os fatores contribuintes e (iii) usa o referencial dos “sete níveis de segurança” para orientar a identificação dos fatores contribuintes e as possíveis intervenções.
- O referencial atual continua a ser relevante, mas precisará ser consideravelmente adaptado para refletir os novos desafios de segurança.
- Devemos incluir eventos que reflitam o dano do ponto de vista dos pacientes, que são capazes de identificar problemas que não necessariamente serão identificados pelos profissionais.
- Precisamos desenvolver uma abordagem que reflita a importância das deficiências no cuidado ao longo do tempo, o que, por sua vez, afetará a natureza da aprendizagem e as subsequentes estratégias de segurança a ser implementadas.
- Propomos uma nova abordagem para a análise de incidentes (ALARME) que considera os fatores contribuintes ao longo de toda a trajetória do paciente e que dedica atenção aos êxitos, às falhas, à recuperação e à mitigação do dano.
- Essa nova abordagem para a análise de incidentes envolve a participação dos pacientes e suas famílias, bem como dos profissionais da comunidade e do hospital. Pode ser necessário incluir novas informações, como a versão do paciente sobre a história de sua doença e os diferentes resultados laboratoriais ao longo do tempo.
- As modificações que propomos vão exigir muita pesquisa e investimentos no desenvolvimento de novos métodos, mas acreditamos que sejam essenciais se quisermos gerir a segurança de forma efetiva em diferentes contextos clínicos.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

- Amalberti R (2001) The paradoxes of almost totally safe transportation systems. *Saf Sci* 37(2):109–126
- Amalberti R, Benhamou D, Auroy Y, Degos L (2011) Adverse events in medicine: easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *J Biomed Inform* 44(3):390–394
- Davies E, Cleary PD (2005) Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Qual Saf Health Care* 14(6):428–432
- Degos L, Amalberti R, Bacou J, Bruneau C, Carlet J (2009) The frontiers of patient safety: breaking the traditional mould. *BMJ* 338:b2585
- Helmreich RL (2000) On error management: lessons from aviation. *BMJ* 320(7237):781
- Hollnagel E (2014) *Safety-I and safety-II: the past and future of safety management*. Ashgate Publishing, Guildford
- King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM (2010) Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care* 19(2):148–157
- Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH (2010) Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *J Clin Anesth* 22(1):13–21
- Rasmussen J, Vicente KJ (1989) Coping with human errors through system design: implications for ecological interface design. *Int J Man Mach Stud* 31(5):517–534
- Reason J (1997) *Managing the risk of organizational accidents*. Ashgate, Aldershot
- Vincent C (2003) Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 348(11):1051–1056
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 316(7138):1154–1157
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A (2000) How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *Br Med J* 320(7237):777
- Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, Bates DW, Phillips RS (2005) What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from

patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 20(9):830–836

Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman S, Annas CL, Ridley N, Kirle L, Gatsonis C (2008) Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 149(2):100–108

Woods DD, Cook RI (2002) Nine steps to move forward from error. *Cogn Technol Work* 4(2): 137–144

Wu AW (2011) The value of close calls in improving patient safety: learning how to avoid and mitigate patient harm. Joint Commission Resources, Washington



Capítulo 6 - Estratégias de Segurança

Suponha que você seja o líder de uma unidade ou organização de saúde. Você está preocupado com a segurança, mas, como sempre, conta com tempo e recursos limitados. Você planeja um programa que deve durar inicialmente um ano e possivelmente se estenderá a cinco anos.

- O que você deve fazer para melhorar a segurança?
- Quais estratégias de segurança estão disponíveis?
- Como combinar essas estratégias da forma mais efetiva?

Você poderia inicialmente rever as normas de segurança de sua organização e as evidências para a melhoria da segurança. Então, como sustentamos nos capítulos anteriores, você provavelmente concluiria que há muitos lapsos nas normas básicas e que a tarefa primordial é melhorar a adesão aos procedimentos de segurança mais importantes. Obviamente, é mais fácil falar do que fazer, mas essa é a base da maior parte das intervenções de segurança no cuidado de saúde, seja para reduzir infecções, melhorar a avaliação de riscos, evitar cirurgias em sítio cirúrgico errado ou melhorar a segurança da administração de medicamentos. Porém, a esta altura do livro, você já deve ter percebido que a prestação de um cuidado ideal, que cumpra todas as normas o tempo todo, é praticamente impossível em muitos ambientes de cuidado de saúde, e talvez na maior parte deles. A adesão às normas serve como uma base essencial, mas não representa o quadro completo da situação. Temos que pensar de uma forma um pouco mais ampla.

Que opções temos para melhorar a segurança?

Devemos ter cuidado ao modelar todas as futuras intervenções com base em nossos êxitos mais visíveis. Em algumas áreas altamente padronizadas, como a radioterapia ou hemoterapia, automação e procedimentos altamente padronizados se combinam para criar sistemas genuinamente ultrasseguros. Porém, no extremo oposto, considere o cuidado na comunidade de um paciente com psicose. Não podemos (e não devemos) forçar a aplicação de normas e procedimentos no cuidado prestado pelos pacientes e suas famílias. A gestão de riscos em tais ambientes claramente requer uma abordagem diferente, mais baseada na antecipação e detecção de problemas incipientes e em respostas rápidas. Precisamos aceitar e valorizar uma maior autonomia, sabendo que, com essa maior liberdade, o risco será maior. Isso significa que as estratégias de segurança precisam depender menos de normas e padrões e basear-se mais na detecção de problemas e na resposta rápida diante de sua ocorrência.

No restante desse capítulo, vamos delinear as principais estratégias de melhoria da segurança no cuidado de saúde que podem ser usadas por nosso líder/gestor imaginário. Esperamos que a apresentação de um conjunto abrangente de estratégias de segurança de ajude as organizações e os líderes que trabalham na linha de frente do cuidado a criar programas de segurança efetivos. Em vez de adotar soluções fragmentadas, acreditamos primeiro ser necessário articular uma visão abrangente para as estratégias disponíveis e como elas poderiam ser empregadas em cada ambiente. Veremos que algumas estratégias são mais úteis em ambientes de trabalho altamente padronizados, enquanto outras funcionam melhor em ambientes mais fluidos e dinâmicos. Isoladamente, nenhuma estratégia garante um alto nível de segurança do paciente. O objetivo é encontrar uma combinação apropriada de estratégias e intervenções segundo o contexto e a organização.

Cinco estratégias de segurança

Apresentamos cinco estratégias de segurança abrangentes (Quadro 6.1), cada uma delas associada a um conjunto de intervenções. Acreditamos que essas estratégias podem ser aplicadas em todos os níveis, desde a linha de frente do cuidado até a regulamentação e a governança do sistema de saúde. Duas das estratégias que discutiremos têm por objetivo otimizar o cuidado prestado ao paciente. As demais abordagens se concentram na gestão de riscos e na prevenção de dano.

Quadro 6.1 Cinco estratégias de segurança

Segurança como melhor prática: aspirar aos padrões — Reduzir danos específicos e melhorar os processos clínicos

Melhorar os processos e sistemas de saúde — Intervir para apoiar pessoas e equipes, melhorar as condições de trabalho e as práticas organizacionais

Controle de riscos — Impor restrições ao desempenho, à demanda ou às condições de trabalho

Melhorar a capacidade de monitoramento, adaptação e resposta.

Mitigar o dano — Planejamento para os possíveis danos e a recuperação diante deles.

Em termos gerais, as duas primeiras estratégias têm por objetivo alcançar a segurança otimizando o cuidado prestado aos pacientes. De certa forma, a segurança e a qualidade são iguais; o objetivo é prestar o cuidado nos níveis 1 e 2. Dentro dessa abordagem geral, distinguimos programas de segurança centrados em dano ou processos clínicos específicos (Segurança como melhor prática) de tentativas mais gerais de melhorar os sistemas e processos de trabalho em vários ambientes de cuidado (Melhorar o sistema). Tais abordagens são bem descritas na literatura de segurança do paciente, por isso vamos apenas resumir suas principais características, uma vez que nosso objetivo principal é

chamar atenção para outras abordagens importantes e complementares.

De fato, o ideal é a otimização de processos e sistemas, se ela puder ser implementada. O problema é que, no mundo real, geralmente não é possível alcançar o cuidado ideal, por pelo menos parte do tempo. Quando há evidências de um distanciamento considerável em relação às melhores práticas, então a pergunta passa a ser como melhor gerir tais distanciamentos e o risco associado a eles. As outras três abordagens são estratégias de gestão de riscos: controle de riscos, monitoramento, adaptação e resposta e, por último, mitigação. As estratégias de otimização melhoram a eficiência e outros aspectos da qualidade na mesma medida em que melhoram a segurança. Por outro lado, no controle de riscos, as estratégias de adaptação e recuperação estão mais preocupadas em melhorar a segurança.

Às vezes, os problemas relacionados à segurança também são resolvidos pela introdução de uma forma completamente nova de investigar ou tratar uma doença. O desenvolvimento e a adoção rápida da cirurgia laparoscópica, por exemplo, fez com que os pacientes já não tenham grandes feridas cirúrgicas, estejam menos vulneráveis a infecções e tenham um tempo de internação muito menor. A redução de infecções é um dos principais objetivos de segurança, que neste caso foi atingido indiretamente devido a uma importante inovação cirúrgica. Embora reconheçamos que as inovações muitas vezes melhorem a segurança, não as consideramos como uma estratégia, como um plano que possa ser implementado de forma relativamente rápida, porque as grandes inovações geralmente ocorrem ao longo de períodos prolongados e só podem ser implementadas uma vez que tenham sido testadas.

Estratégia I: Segurança como melhor prática

As melhorias de segurança mais relevantes até agora foram aquelas que se concentraram firmemente num problema clínico central ou num processo clínico específico. Elas podem estar centradas na redução de um tipo específico de dano, como queda ou infecção associada a cateter venoso central, ou no aumento da confiabilidade de processos clínicos específicos, como as verificações pré-operatórias. Originalmente, conceituamos essa abordagem como “aspirar aos padrões”, já que consideramos que as normas e procedimentos básicos são a base dos sistemas seguros, embora reconheçamos que, para um paciente individual, o cuidado ideal vai muito além das normas. Em nossa aceção, o termo “melhores práticas” sugere que uma equipe ou organização pretende e acredita ser capaz de prestar o cuidado nos níveis 1 e 2 (Tabela 6.1)

Intervenções	Exemplos
Programa focal de segurança focal: redução de dano	Intervenções para reduzir infecção associada a cateter venoso central
	Programas de redução de queda de pacientes internados
	Intervenções para reduzir o uso e a infecção de trato urinário associada a sonda vesical de demora
	Intervenções para reduzir úlcera por pressão
Aumento da confiabilidade de processos específicos	Uso da lista de verificação da OMS para a segurança cirúrgica e outras
	Conciliação medicamentosa
	Pacote de intervenções para a pneumonia associada à ventilação mecânica

Tabela 6.1 Segurança como melhor prática: aspirar aos padrões

Uma revisão recente da literatura de segurança do paciente (Shekelle et al. 2011) encontrou apenas dez intervenções cuja implementação poderia ser recomendada atualmente; nos nossos termos, quase todas seriam descritas como intervenções focais de segurança. A ideia essencial é que atuar de acordo com as evidências e normas comprovadas levará à qualidade e à segurança ideais. Muitos pacientes sofrem dano porque certas normas estabelecidas e cientificamente comprovadas não são seguidas de forma confiável. As intervenções de segurança desse tipo procuram inicialmente reunir evidências científicas, identificar as práticas centrais e então se esforçam para adotá-las de forma confiável.

Quadro 6.2 Melhorar a segurança atingindo as melhores práticas clínicas

- Descreva explicitamente a teoria por trás da intervenção escolhida ou apresente um modelo lógico claro que explique porque essa prática de segurança do paciente deveria funcionar;
- Descreva a prática de segurança do paciente com detalhes suficientes para que ela possa ser replicada, inclusive o efeito esperado sobre as funções dos profissionais;
- Detalhe o processo de implementação, os efeitos reais sobre as funções dos profissionais e como a implementação ou a intervenção se modificaram ao longo do tempo;
- Avalie os efeitos da prática de segurança do paciente sobre os resultados e os possíveis efeitos inesperados, incluindo dados sobre custos, quando disponíveis;
- Para estudos com múltiplos locais de intervenção, avalie a influência do contexto na efetividade da intervenção e da implementação.

Adaptado de Shekelle et al. (2011)

Parece simples; identificamos um conjunto de procedimentos essenciais de segurança, e os profissionais da saúde recebem apoio para segui-los. Porém, na prática, essas intervenções sempre são complexas e multifacetadas, abrangendo técnicas, organização e liderança (Pronovost et al. 2008). Obviamente, essas intervenções não são nada simples e só são bem sucedidas devido a uma abordagem sofisticada de engajamento dos profissionais clínicos e implementação (Quadro 6.2). Por exemplo, para reduzir a infecção associada a cateter venoso central foi necessário modificar a organização do cuidado e o equipamento utilizado, simplificar as diretrizes, envolver equipes multidisciplinares locais e criar um programa educacional para os profissionais, um sistema técnico de apoio à medição e um importante programa de implementação.

Estratégia II: Melhoria de processos e sistemas de trabalho

A análise de acidentes e incidentes, juntamente com outros métodos, revela muito sobre as vulnerabilidades dos sistemas e mostram a variedade de fatores que devem ser abordados ao projetar um sistema de saúde mais seguro e de alta qualidade. As análises criteriosas de incidentes graves revelam uma série de fatores contribuintes relacionados com o paciente, a tarefa, a tecnologia, o profissional, a equipe, o ambiente de trabalho e os fatores ambientais, organizacionais e institucionais (Vincent et al. 1998). Esse é o território clássico do acidente organizacional, no qual são identificados erros e falhas imediatos que são fortemente influenciados por fatores organizacionais mais amplos. Esses mesmos fatores também indicam quais devem ser as intervenções e as diferentes formas de otimizar o sistema de saúde. Por exemplo, a abordagem da engenharia de sistemas de Pascale Carayon para a segurança do paciente destaca as interações entre as pessoas e seu ambiente que contribuem para o desempenho, a saúde e a segurança, a qualidade da vida no trabalho e os produtos ou serviços produzidos (Carayon et al. 2006) (Tabela 6.2)

Intervenções	Exemplos
Profissionais individuais	Treinamento em processos clínicos essenciais
	Feedback sobre o desempenho
Intervenções sobre tarefas	Padronização e simplificação de processos
	Automação de processos-chave
	Desenho melhorado e disponibilidade de equipamento
Padronização e especificação de equipes	Passagem de casos estruturada
	Formalização dos papéis e responsabilidades
	Clareza de liderança e subordinação
	Organização do cuidado na enfermaria

Condições de trabalho	Melhor iluminação
	Redução de ruídos e distrações
	Melhor desenho dos locais de trabalho
Intervenções organizacionais	Melhorias no dimensionamento e organização de pessoal
	Criação de novos postos de trabalho para melhorar a coordenação do cuidado

Tabela 6.2 Melhoria de sistemas e processos no cuidado de saúde

Como exemplos de melhorias sistêmicas que, entre outros objetivos, tiveram impactos importantes sobre a segurança, podemos citar:

- A introdução de códigos de barras e do apoio à tomada de decisões na coleta e transfusão de sangue (Murphy et al. 2009).
- A melhoria da comunicação e da passagem de casos ao longo dos itinerários cirúrgicos (de Vries et al. 2010)
- O uso da tecnologia da informação para reduzir a ocorrência de erros de medicação (Bates 2000; Avery et al. 2012)
- O uso de listas de objetivos diários do cuidado para melhorar a confiabilidade do cuidado nas enfermarias (Pronovost et al. 2003)

A melhoria dos sistemas de saúde é um tópico imenso e há vários exemplos de análises e, em menor grau, intervenções que seguem essa tradição. Não podemos descrevê-los detalhadamente aqui e, de qualquer forma, eles já são discutidos em profundidade em outras fontes (Carayon 2011). A engenharia de sistemas, os fatores humanos e disciplinas associadas não se restringem a abordagens de otimização, pois às vezes também consideram o controle de riscos, o monitoramento, a adaptação e a recuperação. Porém, sugerimos que sua motivação e foco principais são a otimização do sistema de saúde.

Estratégia III: Controle de riscos

Esta estratégia e o conjunto de intervenções associadas a ela são bastante diferentes da abordagem de otimização descrita acima. Em muitas indústrias, a segurança é alcançada evitando-se os riscos desnecessários ou impondo-se restrições às condições de operação. No entanto, o cuidado de saúde raramente impõe limites à autonomia profissional ou à produtividade, mesmo quando a segurança está profundamente comprometida. O controle dos riscos pode parecer uma solução para todos os riscos, mas evitá-los às

vezes significa perder os benefícios em potencial advindos da atitude arriscada. Aumentar o controle dos riscos em hospitais pode fazer com que os profissionais evitem tratar doenças mais arriscadas, preferindo pacientes que representam um risco mais baixo (McGivern e Fischer 2012). Evitar os riscos também não é necessariamente uma boa opção para os pacientes, já que, em muitas circunstâncias, é completamente razoável fazer uma escolha arriscada. Entretanto, o controle de riscos não tem por objetivo evitar as decisões bem ponderadas, ainda que arriscadas, e sim aumentar a probabilidade de chegarmos a um bom resultado uma vez que a decisão tenha sido tomada.

O controle de riscos é amplamente utilizado em outras indústrias de alto risco. Os sistemas de segurança em instalações nucleares, por exemplo, contam com diversos sistemas que interrompem o processo se as condições se tornarem potencialmente perigosas. A aviação comercial utiliza uma abordagem semelhante em muitas circunstâncias. Por exemplo, uma tempestade em Miami fará com que todos os voos para essa cidade não decolem ou sejam encaminhados a outros aeroportos. Os casos de segurança [safety cases], o processo pelo qual potenciais instalações de petróleo e outras instalações são avaliadas, são praticamente desconhecidos no cuidado de saúde. Novas instalações clínicas são abertas, e até mesmo fechadas, com base na necessidade e nos custos, sem qualquer avaliação formal dos riscos. Os casos de segurança são projetados para fazer uma avaliação e oferecer uma garantia formal de que a instalação pode funcionar com segurança; esses casos também são projetados para estabelecer as condições nas quais a instalação pode funcionar e desenvolver processos e automações que restrinjam a atividade quando necessário. Todos esses são exemplos de como o controle dos riscos impõe limites ou restrições à atividade produtiva com o objetivo de aumentar a segurança (Tabela 6.3).

Intervenções	Exemplos
Interrupção dos serviços	Fechar as instalações se houver evidências de problemas graves de segurança
	Fechar as instalações temporariamente durante as avaliações de segurança
Redução da demanda	Reduzir a demanda total
	Reduzir o fluxo de pacientes de forma temporária ou permanente
Imposição de restrições aos serviços	Limitar os serviços de forma temporária ou permanente
Imposição de restrições às pessoas ou às condições de operação	Definir as condições nas quais exames e tratamentos definitivamente não devem ser realizados
	Remover ou restringir profissionais individuais de forma temporária ou permanente
Priorização	Selecionar e enfatizar normas fundamentais de segurança, permitindo uma certa redução de outras funções de forma temporária ou permanente

Tabela 6.3 Controle de riscos

Existem exemplos de controle de riscos no cuidado de saúde, mas eles raramente são discutidos no contexto da segurança do paciente. Por exemplo, em 2013, o diretor médico do NHS britânico decidiu fechar temporariamente uma importante unidade de cirurgia cardíaca, pois havia indícios de mortalidade excessiva. Ele deixou bem claro que isso foi apenas uma precaução. O caso foi investigado, e a unidade reabriu algumas semanas depois. A intervenção foi considerada muito incomum, o que causou um tumulto considerável. Por outro lado, na aviação, os aeroportos são fechados sempre que for identificado qualquer risco considerável.

O controle dos riscos também pode ser alcançado limitando-se rigorosamente as circunstâncias nas quais uma unidade pode operar. Considere, por exemplo, a imposição de limites muito rigorosos para a atuação de algumas clínicas no sistema de saúde australiano (New South Wales Government Private Facilities 2007). Algumas clínicas só são autorizadas a trabalhar numa área clínica muito específica e só contam com os profissionais e equipamentos necessários para essas atividades. Dentro dessa área, a clínica deve aceitar os pacientes e prestar um cuidado seguro; ela não tem autorização para atender pacientes fora dessa área, devendo transferi-los para uma unidade que tenha tal competência.

No controle dos riscos, pode ser necessário deixar de prestar certos serviços ou até mesmo fechar certas unidades quando elas se tornam perigosas. Entretanto, o objetivo principal da abordagem é restringir as condições nas quais podem ser realizados certos exames ou tratamentos. Por exemplo, existem normas muito estritas sobre os serviços de radioterapia, mas quase nenhuma restrição em relação às condições nas quais uma cirurgia pode ser realizada. Acreditamos ser necessário prestar muito mais atenção ao controle de riscos, para proteger tanto os pacientes como os profissionais de atividades desnecessariamente arriscadas.

Estratégia IV: Monitoramento, adaptação e resposta

A segurança é alcançada em parte pela redução dos erros, mas também pela gestão ativa dos problemas e desvios que inevitavelmente acontecem. Quando reconhecemos que os erros e falhas são frequentes em qualquer sistema, vemos a necessidade de desenvolver métodos de monitoramento, adaptação, resposta e recuperação diante das falhas. A prática de adaptação e resposta diante dos problemas é frequente no cuidado de saúde e é tão relevante para os gestores quanto para os profissionais da linha de frente. Em particular, os administradores estão constantemente “apagando incêndios” e resolvendo problemas, mas isso tende a ser feito de forma isolada e ad hoc. A pergunta que tentamos responder aqui é se tais adaptações, muitas vezes improvisadas, podem evoluir para estratégias de segurança formais no sentido de integrar ativamente essa capacidade de recuperação nos sistemas de saúde. O ideal seria que os profissionais clínicos e gestores sêniores mantivessem a segurança num nível adequado utilizando um conjunto conhecido e praticado de ajustes organizacionais e culturais.

A adaptação e a resposta são muito mais importantes na pesca em alto mar que

numa linha de produção, mas, em certa medida, todo tipo de trabalho precisa desenvolver essa capacidade. Estar atento aos problemas, adaptando-se às dificuldades, faz parte de qualquer ofício. Em indústrias de alto risco, como o cuidado de saúde, o modelo é o mesmo, mas o que está em jogo é muito mais valioso, e a capacidade de resposta e recuperação rápida pode ser literalmente uma questão de vida ou morte. Esta família de intervenções é paradoxalmente a mais usada na rotina diária do cuidado de saúde, mas não tem sido adequadamente desenvolvida como uma realidade estratégica para segurança do paciente.

A capacidade de adaptação e resposta como um todo tem sido muito discutida na literatura de segurança e se tornou a pedra angular de algumas abordagens, como a engenharia da resiliência (Hollnagel et al. 2007). O termo resiliência é usado de maneiras muito diferentes (Macrae 2014): pode ser empregado de forma muito ampla, numa tentativa de descrever e articular as qualidades de uma organização segura, ou num sentido mais estrito, como a capacidade de adaptação e recuperação diante de circunstâncias extremas ou excepcionais. Acreditamos que a resiliência é um conceito importante que precisa ser considerado seriamente, com mais pesquisa e exploração na prática. Porém, para evitar possíveis confusões, usamos os termos mais comuns (monitoramento, adaptação e recuperação) para denotar situações nas quais os perigos ou falhas foram detectados e estão sendo ativamente geridos ou corrigidos.

Descreveremos várias intervenções associadas a essa abordagem nos próximos capítulos; agora, vamos dar apenas alguns exemplos breves (Tabela 6.4). É muito importante que os líderes de organizações enfatizem a discussão aberta sobre os erros e falhas sistêmicas, para estimular entre os profissionais a disposição para se manifestar e intervir caso um paciente esteja em perigo. As equipes clínicas usam muitos mecanismos de adaptação, tanto formais como informais, para gerir a segurança no dia a dia. Os anestesistas, por exemplo, contam com um repertório padrão de rotinas de emergência que são usadas em certas situações. Tais rotinas raramente são utilizadas, mas são intencionalmente desenvolvidas e padronizadas para que possam ser empregadas de forma apropriada em momentos de grande estresse. Em âmbito organizacional, podemos ver os preparativos para um possível surto infeccioso da mesma maneira (Zingg et al. 2015). Os briefings e debriefings podem ser usados por profissionais de enfermarias, equipes cirúrgicas e gestores para controlar as ameaças à segurança no dia a dia. Por exemplo, os briefings realizados por equipes cirúrgicas são uma oportunidade de identificar e resolver problemas com os equipamentos, os contingentes de pessoal e a ordem dos pacientes a ser operados antes de iniciar um procedimento. Os debriefings executados após a cirurgia estimulam a aprendizagem reflexiva sobre o que correu bem e o que pode ser melhorado.

Intervenções	Exemplos
Melhorar a cultura de segurança	Envolver os pacientes e familiares
	Manter uma cultura de transparência em relação aos erros e falhas
Monitoramento, adaptação e resposta das equipes clínicas	Responder rapidamente à deterioração clínica
	Desenvolver sistemas e rotinas de resposta às emergências
	Desenvolver controles cruzados e o monitoramento da segurança nas equipes
	Adotar briefings e sistemas de antecipação de problemas nas rotinas clínicas
Melhorar a gestão das pressões e prioridades organizacionais	Desenvolver métodos para prever períodos de escassez de recursos humanos e outras pressões
	Melhorar a capacidade gerencial para lidar com situações perigosas
Acordos e adaptação da regulamentação	Negociar o tempo necessário para a adoção das novas normas
	Gerir a segurança ativamente durante o período de transição

Tabela 6.4 Melhorias na capacidade de monitoramento, adaptação e resposta

Cada vez mais, os briefings e debriefings estão sendo adotados em outras áreas do cuidado de saúde, tais como o cuidado de adultos vulneráveis e as equipes de saúde mental (Vincent et al. 2013).

Estratégia V: Mitigação

A mitigação é o ato de reduzir a gravidade ou a dor de algum evento. A estratégia reconhece que os pacientes, e até os profissionais de saúde, às vezes serão gravemente afetados ou prejudicados durante o cuidado de saúde e, o que é fundamental, que a organização tem então a responsabilidade de mitigar esse dano. Em particular, acreditamos que as organizações precisam contar com sistemas eficazes de apoio aos pacientes, aos cuidadores e aos profissionais após falhas e danos graves. Esse é, provavelmente, o aspecto mais negligenciado da segurança do paciente (Tabela 6.5).

À primeira vista, pode parecer que, ao aceitarmos os riscos do cuidado de saúde, estamos sendo derrotistas ou descuidados em relação aos pacientes. Porém, a estratégia é um pouco mais sutil e mais importante do que poderíamos pensar, tanto em âmbito

clínico como organizacional. O planejamento para essas situações pode dar a impressão de que estamos nos resignando a aceitar o dano; na verdade, planejar a recuperação é uma atitude humanitária e necessária. Qualquer abordagem completa para a segurança deve incluir a mitigação do dano, o que não quer dizer que melhoria da segurança deva priorizar a gestão das queixas e dos processos judiciais.

Todo tipo de organização deve contar com um seguro contra riscos, lidar com queixas e litígios e gerir a reação da imprensa e dos órgãos regulatórios. As organizações também precisam contratar seguros para indenizar os pacientes que tenham sofrido dano. Ao nível nacional, certos países desenvolvem sistemas de seguros médicos, como as indenizações sem culpabilidade, para apoiar esses pacientes. Na maioria dos países, as dificuldades em lidar com os erros no cuidado de saúde exigem uma reconsideração completa dos mecanismos legais atualmente utilizados.

As necessidades básicas dos pacientes que sofrem dano já são compreendidas há 20 anos (Vincent et al. 1994). Em graus variados, todos nós gostaríamos de um pedido de desculpas, de uma explicação, de saber quais medidas foram tomadas para evitar que o erro se repita e, possivelmente, de algum auxílio financeiro e prático. Acontecem erros no cuidado de muitos pacientes, quer eles percebam ou não, e alguns deles sofrem dano devido ao cuidado de saúde. O dano pode ser leve, levando apenas a inconvenientes ou desconforto, mas também podem provocar incapacidades graves ou a morte. Quase todos os resultados negativos terão consequências psicológicas tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde, desde pequenas preocupações até depressão e desespero. Em geral, as experiências dessas pessoas não são plenamente compreendidas; no entanto, entender o impacto desses danos é um pré-requisito para que possamos auxiliar os pacientes de forma útil e eficaz (Vincent 2010). As organizações de saúde geralmente contam com serviços extremamente limitados de apoio aos pacientes ou aos profissionais após eventos adversos.

Intervenções	Exemplos
Apoio aos pacientes e cuidadores	Resposta rápida e comunicação clara
	Indicar acompanhamento e apoio psicológico e físico
	Planejar serviços clínicos para responder a complicações conhecidas
Apoio aos profissionais de saúde	Criar programas de apoio entre pares
	Oferecer uma licença temporária das obrigações clínicas
	Oferecer apoio de longo prazo

Resposta financeira e jurídica e relações com a imprensa	Contratar seguros para a organização
	Assegurar a proteção legal da organização contra queixas injustificadas
	Ter a capacidade de responder de forma rápida e proativa à imprensa

Tabela 6.5 Mitigação

Sabemos também que os profissionais sofrem várias consequências por serem a “segunda vítima”, na definição eloquente de Albert Wu, o que não significa que as experiências dos profissionais sejam necessariamente comparáveis às dos pacientes que sofreram dano (Wu 2000). Também devemos considerar que um profissional que tenha sido gravemente afetado poderia estar executando suas tarefas de forma deficiente, representando assim um risco a futuros pacientes; mais uma vez, esse ponto raramente é abordado. Há alguns exemplos de programas pioneiros de apoio tanto aos pacientes como aos profissionais (Van Pelt 2008), mas essa é uma área da gestão da segurança que precisa ser muito mais desenvolvida. Consideramos que esta deve ser uma estratégia de segurança central; o planejamento da recuperação deve incluir esse importante elemento humanitário, da mesma forma que a gestão dos riscos e da reputação.

Inovação

Às vezes, os problemas relacionados à segurança são resolvidos pela introdução de uma forma completamente nova de investigar ou tratar uma doença ou uma nova forma de prestar e organizar o cuidado. A inovação no cuidado de saúde pode assumir muitas formas, desde terapias medicamentosas, procedimentos cirúrgicos, dispositivos e testes até novas formas de treinamento dos profissionais de saúde, educação dos pacientes, gestão, financiamento e modelos de prestação de serviços. Tais inovações geralmente têm por objetivo prestar um cuidado melhor ou mais eficiente, mas a segurança também pode melhorar como um efeito colateral positivo da iniciativa.

No cuidado de saúde, o alcance e a velocidade das inovações que melhoram a segurança são extraordinários e, como argumentamos anteriormente, também modificam os limites do que é considerado aceitável, criando assim novos problemas relacionados à segurança. O ritmo da inovação é tão intenso que os conhecimentos médicos ficam defasados muito rapidamente. Em 2007, o tempo mediano até que os conhecimentos médicos precisassem ser consideravelmente atualizados era de apenas cinco anos; 23% das revisões sistemáticas precisavam ser atualizadas a cada dois anos e 15% todos os anos (Shojania et al. 2007). Segundo o United Kingdom National Institute of Clinical Excellence e a American Heart Association, a maior parte das recomendações e diretrizes terapêuticas precisam passar por ajustes consideráveis a cada cinco anos (Alderson et al. 2014; Neuman et al. 2014).

Muitas inovações no diagnóstico e no tratamento tiveram um importante impacto positivo sobre a segurança. Por exemplo, a segurança na anestesia aumentou aproximadamente dez vezes nos últimos 20 anos, e o consenso é que os principais

ganhos de segurança resultaram da introdução de novos medicamentos e técnicas de monitoramento, além da anestesia local e ambulatorial (Lanier 2006). A rápida introdução e disseminação da cirurgia laparoscópica reduziu o tempo de internação, promoveu uma recuperação mais rápida e reduziu o risco de infecções e outros problemas (Shabanzadeh e Sørensen 2012).

A segurança também pode ser melhorada indiretamente por meio da reorganização do sistema de saúde, em particular ao adotarmos uma visão mais centrada no paciente. Muitas falhas no cuidado prestado na comunidade se devem a problemas de coordenação e comunicação entre diferentes agências e partes do sistema. Um aspecto da “carga do tratamento” (Mair e May 2014) sofrida pelos pacientes e suas famílias é que eles precisam organizar e coordenar o seu próprio cuidado para compensar as falhas do sistema de saúde. Se conseguirmos desenvolver sistemas de cuidado mais integrados em diferentes ambientes e populações, deve ser possível reduzir a ocorrência desses problemas. Os pacientes estarão mais seguros e sofrerão menos falhas, embora essas alterações não visem especificamente a segurança.

A inovação não é exatamente uma estratégia de segurança, embora as intervenções de segurança possam ser inovadoras. Os novos tratamentos ou tecnologias geralmente visam beneficiar os pacientes de uma forma ampla, e a redução dos riscos é um benefício secundário. O mais importante neste contexto é que a “inovação” não pode ser empregada como uma estratégia da mesma forma que a otimização, o controle e a recuperação. O nosso gestor imaginário, trabalhando num período de três a cinco anos, não pode depender da inovação para resolver problemas relacionados à segurança; ainda assim, ele deve estar atento a novos avanços que possam modificar a natureza dos problemas com os quais ele precisa lidar.

Em resumo, a inovação é um bom exemplo de uma faca de dois gumes na área da segurança. Por um lado, ela é um determinante fundamental da segurança e possivelmente seja a forma mais importante de melhorá-la a longo prazo. A inovação também pode introduzir novos riscos além de resolver riscos antigos, especialmente a curto prazo, durante o período de transição e ruptura (Dixon-Woods et al. 2011). A segurança pode piorar a curto prazo devido à rápida difusão de novos métodos que não foram suficientemente testados e de experimentos individuais não controlados.

Seleção e adaptação de estratégias ao contexto clínico

Esperamos que a apresentação das cinco estratégias e das intervenções associadas a elas seja útil como uma maneira de pensar em abordagens que podem ser adotadas para gerir os riscos em qualquer ambiente de saúde. Essas estratégias muito amplas raramente são distinguidas de forma explícita, e alguns programas de segurança combinam involuntariamente vários tipos de estratégia com objetivos um tanto diferentes. Acreditamos que muitas situações realmente precisam de uma combinação de abordagens distintas, mas é preciso deixar claro como e porque cada estratégia é utilizada (Fig. 6.1). Também devemos considerar como essas estratégias e as intervenções associadas a elas

podem ser combinadas e em que proporções. Cada ambiente clínico tem seus próprios desafios e requer uma combinação diferente. Estabelecemos três modelos amplos de trabalho clínico para ilustrar esse ponto, e talvez seja necessário delinear outros modelos. A gestão de riscos na comunidade, nos casos em que os serviços de saúde e sociais são altamente distribuídos, talvez precise de uma abordagem diferenciada.

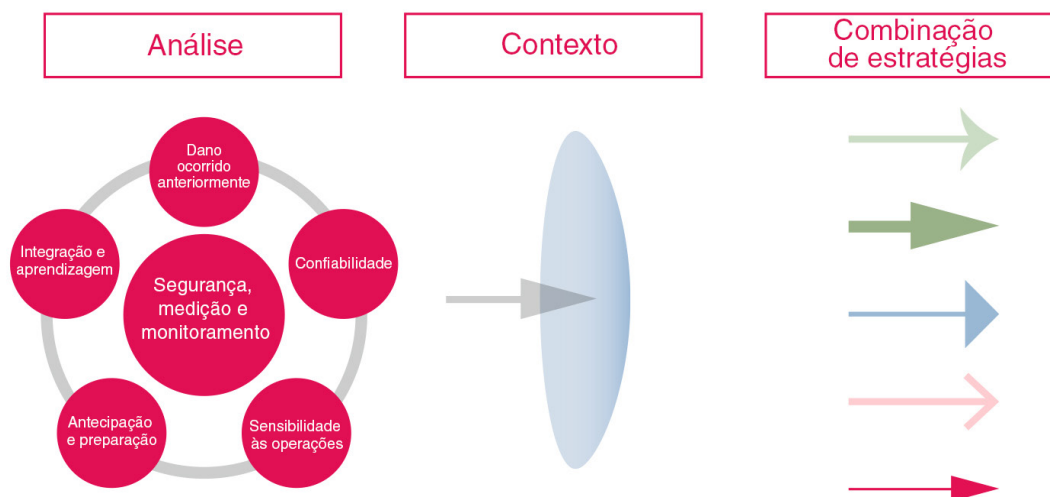


Fig. 6.1 Análise, contexto e estratégias

Nos próximos capítulos, vamos começar a explorar essas ideias de forma mais detalhada, dando exemplos de estratégias de segurança em diferentes ambientes. Porém, já podemos delinear a ideia geral de que, após a etapa inicial de diagnóstico do problema de segurança, ilustrada por nossa abordagem de medição e monitoramento da segurança, é o contexto clínico que indicará a combinação específica de estratégias necessárias (ver Fig. 6.1). Em ambientes nos quais o cuidado pode ser precisamente definido, predominarão estratégias para controlar a exposição aos riscos e garantir a adesão às normas, acompanhadas, de preferência, de estratégias simultâneas para melhorar o apoio aos profissionais de saúde e as condições de trabalho. Por outro lado, em ambientes mais fluidos e dinâmicos, pode ser mais importante adotar estratégias para melhorar o monitoramento e a adaptação, embora todos os ambientes precisem se assentar numa base sólida de procedimentos. Os três próximos capítulos vão desenvolver e ilustrar essas ideias no contexto hospitalar e domiciliar e na atenção primária.

Pontos principais

- Apresentamos um conjunto de cinco estratégias para melhorar a segurança no cuidado de saúde, cada uma delas associada a um conjunto de intervenções:
 - Segurança como melhor prática: melhorar os processos e normas clínicas.

- Melhorar os processos e sistemas de saúde: intervir para dar apoio às pessoas e equipes, melhorar as condições de trabalho e as práticas organizacionais.
- Controle de riscos: impor restrições ao desempenho, à demanda ou às condições de trabalho.
- Melhorar a capacidade de monitoramento, adaptação e resposta.
- Mitigação: planejamento para os possíveis danos e recuperação após sua ocorrência.
 - Às vezes, os problemas de segurança também são resolvidos pela introdução de uma forma completamente nova de investigar ou tratar uma doença. Tais inovações geralmente têm por objetivo prestar um cuidado melhor ou mais eficiente, mas a segurança também pode melhorar como um efeito colateral positivo da iniciativa.
 - Em ambientes nos quais o cuidado pode ser precisamente definido, predominarão estratégias para controlar a exposição aos riscos e garantir a adesão às normas. Por outro lado, em ambientes mais fluidos e dinâmicos, pode ser mais importante adotar estratégias para melhorar o monitoramento e a adaptação, embora todos os ambientes precisem se assentar numa base sólida de procedimentos.
 - Cada ambiente clínico tem seus próprios desafios e requer uma combinação de estratégias diferente. A gestão de riscos na comunidade, nos casos em que os serviços de saúde e sociais são altamente distribuídos, talvez precise de uma abordagem diferenciada.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Alderson LJ, Alderson P, Tan T (2014) Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 67(1):52–55

Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA, Armstrong S, Cresswell K, Eden M, Elliott RA, Howard R, Kendrick D, Morris CJ, Prescott RJ, Swanwick G, Franklin M, Putman K, Boyd M, Sheikh A (2012) A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 379(9823):1310–1319

Bates DW (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in

hospitals. *Br Med J* 320(7237):788

Carayon P (ed) (2011) *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. CRC Press, Nova York

Carayon P, Hundt AS, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Brennan PF (2006) Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 15(suppl 1):i50–i58

deVries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Schlack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MGW, Smorenburg SM, Boermeester MA (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 363(20):1928–1937

Dixon-Woods M, Amalberti R, Goodman S, Bergman B, Glasziou P (2011) Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Qual Saf* 20(suppl):i47–i51

Hollnagel E, Woods DD, Leveson N (eds) (2007) *Resilience engineering: concepts and precepts*. Ashgate Publishing, Guildford

Lanier WL (2006) A three-decade perspective on anesthesia safety. *Am Surg* 72(11):985–989

Macrae C (2014) *Close calls: managing risk and resilience in airline flight safety*. Palgrave Macmillan, Londres

Mair FS, May CR (2014) Thinking about the burden of treatment. *BMC Health Serv Res* 14:281

McGivern G, Fischer MD (2012) Reactivity and reactions to regulatory transparency in medicine, psychotherapy and counselling. *Soc Sci Med* 74(3):289–296

Murphy MF, Staves J, Davies A, Fraser E, Parker R, Cripps B, Kay J, Vincent C (2009) How do we approach a major change program using the example of the development, evaluation, and implementation of an electronic transfusion management system? *Transfusion* 49(5): 829–837

Neuman MD, Goldstein JN, Cirullo MA, Schwartz JS (2014) Durability of class I American College of Cardiology and American Heart Association clinical practice guideline recommendations. *JAMA* 311(20):2092–2100

New South Wales Government Private Facilities Act (2007) <http://www.health.nsw.gov>.

au/hospitals/ privatehealth/pages/default.aspx .Acessado em 2 de agosto de 2015

Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C (2003) Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 18(2):71–75

Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM (2008) Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ* 337:a1714

Shabanzadeh DM, Sørensen LT (2012) Laparoscopic surgery compared with open surgery decreases surgical site infection in obese patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 256(6):934–945

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, Hempel S, McDonald KM, Ovretveit J, Rubenstein LV, Adams AS, Angood PB, Bates DW, Bickman L, Carayon P, Donaldson L, Duan N, Farley DO, Greenhalgh T, Haughom J, Lake ET, Lilford R, Lohr KN, Meyer GS, Miller MR, Neuhauser DV, Ryan G, Saint S, Shojania KG, Shortell SM, Stevens DP, Walshe K (2011) Advancing the science of patient safety. *Ann Intern Med* 154(10):693–696

Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D (2007) How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med* 147(4):224–233

Van Pelt F (2008) Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *QualSaf Health Care* 17(4):249–252

Vincent C (2010) Patient safety, 2nd edn. Wiley Blackwell, Oxford

Vincent C, Phillips A, Young M (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343(8913):1609–1613

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 316(7138):1154–1157

Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation, Londres

Wu A (2000) Medical error: the second victim. *Br Med J* 320:726–727

Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, Allegranzi B, Magiorakos AP, Pittet D (2015) Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis* 15:212–224



Capítulo 7 - Estratégias de Segurança em Hospitais

Ao longo do livro, desenvolvemos uma série de ideias e propostas que, juntas, lançaram as bases das cinco estratégias de segurança descritas no Capítulo 6. Acreditamos que pensar nessas estratégias dessa forma tem três vantagens principais: em primeiro lugar, podemos ampliar a gama de estratégias e intervenções de segurança disponíveis; em segundo lugar, podemos utilizar diferentes combinações de estratégias segundo o contexto; por último, a arquitetura abrangente das estratégias de segurança pode nos ajudar a pensar na segurança de forma mais estratégica, tanto no dia a dia como a longo prazo.

Neste capítulo, vamos começar a explorar de que maneiras tais estratégias podem promover a segurança hospitalar. Os próximos capítulos vão se concentrar na atenção domiciliar e primária. Em cada caso, faremos uma breve introdução dos aspectos de segurança relevantes a cada contexto, mas não nos estenderemos ao tratar dos resultados bem estabelecidos. Nosso principal objetivo é apresentar exemplos de intervenções associadas a cada uma das cinco estratégias e dar uma ideia do valor em potencial de cada abordagem. Reconhecemos que, a um prazo mais longo, seria necessário fazer muitos mais estudos empíricos para desenvolver e confirmar (ou descartar) as nossas propostas.

Um pouco de história

O cuidado hospitalar tem sido o foco principal da segurança do paciente nas últimas duas décadas; podemos distinguir uma série de fases de exploração e intervenção. Cada fase trouxe alguns avanços, mas ao mesmo tempo revelou barreiras e limitações que, por sua vez, estimularam novas fases de trabalho, numa estratégia de tentativa e erro em constante evolução. Com experiência e maturidade, atualmente entendemos mais sobre o que é viável e o que é comprovadamente irreal. Estamos muito mais conscientes do quanto é difícil aumentar a segurança tanto a longo como a curto prazo.

O que foi feito nas últimas décadas? Nos últimos 15 anos, podemos distinguir três fases principais, cada uma associada a diferentes ações e intervenções. As estratégias iniciais continuaram em vigor à medida que as novas surgiram; portanto, temos agora uma série de práticas e intervenções de segurança dispostas como que em camadas, umas sobre as outras.

1995 a 2002 – O entusiasmo dos primeiros anos

O trabalho sistemático em segurança do paciente começou em meados da década de 1990 com o surgimento da demarcação entre uma preocupação geral com a qualidade e

um foco específico em dano. No Reino Unido, por exemplo, o desenvolvimento da gestão de riscos clínicos, que inicialmente visava reduzir os processos judiciais, pôs uma nova ênfase na análise e na redução de incidentes e eventos danosos (Vincent 1995). Entretanto, os métodos e pressupostos continuaram a ser os da melhoria da qualidade; o objetivo era identificar e contar os erros e incidentes para então encontrar formas de preveni-los. A estratégia consistia fundamentalmente em estabelecer sistemas de notificação para detectar e registrar incidentes. Essa abordagem foi rapidamente reconsiderada, tanto em consequência da grande subnotificação de incidentes, especialmente por parte dos médicos, como do reconhecimento gradual de que seria impossível resolver o número cada vez maior de problemas identificados nos sistemas de notificação (Stanhope et al. 1999). Tornou-se necessária uma visão mais ampla, que foi encontrada nos conceitos sistêmicos e em instrumentos importados da indústria.

2002 a 2005 – O advento do profissionalismo

No final da década 1990, James Reason serviu como inspiração para o cuidado de saúde, apresentando uma separação clara entre as abordagens tradicionais de melhoria da qualidade e os problemas específicos que surgem ao se lidar com questões relacionadas à segurança (Reason 1997; Reason et al. 2001). Pesquisadores da área da segurança, profissionais da saúde e gestores aplicaram os conceitos, técnicas e métodos da segurança industrial ao cuidado de saúde; dentre eles, uma maior ênfase no papel das condições organizacionais latentes, o que levou ao desenvolvimento de métodos de análise de incidentes derivados desse modelo (Vincent et al. 1998, 2000). Também foi dada mais atenção aos fatores humanos e à ergonomia, com base nos avanços alcançados com a melhoria do desenho de equipamentos e interfaces na indústria, o uso da tecnologia da informação e uma abordagem científica para as condições de trabalho, o estresse e a gestão de fadiga (Bates 2000; Sexton et al. 2000; Carayon 2006). Sistemas de acreditação e certificação se basearam nesses novos conhecimentos, exigindo que os hospitais estabelecessem programas de gestão de riscos e novos indicadores de segurança do paciente. A segurança e a gestão de riscos ganharam mais notoriedade, e foram desenvolvidas muitas novas iniciativas no sistema de saúde, mas o impacto sobre a segurança do paciente não foi muito claro (Pronovost et al. 2006; Wachter 2010). A falta de engajamento dos profissionais clínicos foi uma das grandes preocupações, pois limitava-se a entusiastas e especialistas — uma situação curiosa, visto que a segurança, considerada em termos de responsabilização pessoal, é possivelmente a principal preocupação dos profissionais clínicos em seu trabalho cotidiano com os pacientes.

2005 a 2011 – Cultura de segurança, intervenções multifacetadas e trabalho em equipe

Pesquisas sobre a cultura de segurança demonstraram de forma inequívoca que as atitudes e valores relacionados à segurança estavam longe do ideal em muitos hospitais

e outros ambientes de cuidado. Os resultados de muitos estudos indicaram a existência de uma cultura de culpabilização excessiva, pressão sobre o desempenho em detrimento da segurança, pouca transparência diante dos pacientes e diferentes níveis de supervisão e trabalho em equipe. Observou-se também uma grande variabilidade entre diferentes hospitais e ambientes de cuidado e dentro das especialidades clínicas (Tsai et al. 2013). Embora a cultura de segurança tenha sido vista inicialmente como algo que poderia ter um impacto direto sobre a segurança em si, atualmente temos cada vez mais consciência de que ela talvez sirva apenas como uma base necessária (Flin et al. 2006; Vincent et al. 2010)

Porém, como já discutimos, temos cada vez mais evidências de melhorias importantes em problemas específicos relacionados à segurança em âmbito local e do potencial de aplicar abordagens mais amplas, como listas de verificação, pacotes de intervenções e outras (Haynes et al. 2009; Shekelle et al. 2011). Os êxitos no âmbito da segurança demonstrados na linha de frente do cuidado estimularam a comunidade de saúde a acreditar que a segurança aumentaria progressivamente à medida que mais intervenções fossem adotadas. Entretanto, observou-se que melhorar a segurança em organizações e populações seria um desafio muito maior. A principal diferença entre os conceitos atuais e o que havia sido imaginado em meados da década de 2000 é que, atualmente, os avanços de segurança e suas recompensas são esperados do médio ao longo prazo, e não mais num prazo muito curto.

Reflexões sobre a segurança em hospitais

Apresentamos este breve panorama principalmente para destacar o fato de que, de modo geral, os hospitais procuraram otimizar abordagens específicas, dando relativamente pouca atenção à otimização do sistema como um todo. Poderíamos pensar nos sistemas de acreditação e regulamentação como exemplos de controle de riscos, e certamente existem exemplos de normas que são implementadas para minimizar ou evitar certos riscos específicos. No entanto, sugerimos que a maior parte dos sistemas de acreditação e regulamentação destina-se essencialmente a avaliar o cumprimento (ou não) das normas estabelecidas. Os reguladores às vezes são forçados a reconhecer que não é possível cumpri-las e que é preciso fazer adaptações, mas nós sugerimos que a visão dominante sobre a forma de alcançar a segurança se baseia na adesão às normas.

Segurança no hospital: distinguindo estratégias atuais e futuras

Do nosso ponto de vista, pensar em termos de uma combinação de estratégias de segurança abrangentes adaptadas sob medida a contextos diferentes é uma abordagem eficiente e eficaz tanto para a gestão da segurança no dia a dia como para a melhoria da segurança a longo prazo. Porém, antes de ilustrar como as cinco estratégias diferentes poderiam ser empregadas no hospital, devemos considerar uma questão fundamental, que é o fato de que os profissionais e as organizações de saúde muitas vezes precisam adotar uma estratégia específica, não devido às necessidades de um determinado ambiente

clínico, mas para compensar outros problemas sistêmicos subjacentes. Por exemplo, no cuidado de pacientes agudos, os serviços se baseiam fortemente no monitoramento, adaptação e recuperação para observar, corrigir e se recuperar dos desvios inevitáveis em relação às boas práticas e dos problemas imprevistos. No entanto, o fato de uma estratégia ser amplamente utilizada não significa necessariamente que ela seja desejável; na verdade, ela talvez seja usada excessivamente para compensar outras deficiências, como a baixa confiabilidade ou contingentes de pessoal inadequados (Quadro 7.1). Portanto, neste momento precisamos fazer uma distinção entre:

- O conjunto de estratégias atualmente usadas por uma organização
- O conjunto que talvez seja desejável
- As estratégias que precisariam ser desenvolvidas ou aprimoradas.

Quadro 7.1. Adaptação e ajustes nas enfermarias

Recentemente, durante um plantão no fim de semana, vi que minha equipe parecia desanimada, lutando para executar as 27 páginas de tarefas impressas que tinham sido solicitadas para pacientes em dez enfermarias. Dois médicos novatos não poderiam fazer tudo aquilo. Eles fizeram o que qualquer pessoa razoável faria: tentavam contornar aquela tarefa impossível, procurando determinar o que era essencial ou urgente e o que poderia ser omitido.

Boa parte do trabalho consistia em realizar flebotomias, coletar amostras de sangue e buscar os resultados. Esse trabalho deveria ser feito por técnicos, mas eles têm um contrato fixo de quatro horas, portanto só poderiam executar uma pequena proporção da carga de trabalho total. Os exames são solicitados pelas equipes de segunda a sexta-feira e entregues à equipe do final de semana para que verifiquem os resultados, muitas vezes sem uma indicação clara do motivo da solicitação do exame ou o que fazer com os resultados. As equipes do fim de semana só descobrem que o sangue não foi coletado quando vão buscar o resultado, o que leva a um atraso considerável no monitoramento dos pacientes. Há uma enorme variabilidade na precisão dos pedidos, nas justificativas apresentadas, na adequação dos pedidos em si e nas explicações sobre o que fazer com os resultados, somados à inexperiência e à insegurança de médicos novatos de plantão nos finais de semana.

Inada Kim (comunicação pessoal, 2015)

Os profissionais de saúde de todos os ambientes de cuidado procuram contornar os problemas, por exemplo, obtendo informações diretamente com os pacientes e não em seus prontuários ou usando luvas descartáveis como torniquetes. Em alguns casos são assumidos riscos, como ao serem tomadas decisões clínicas sem informações suficientes ou ao transferir materiais perfurocortantes usados para recipientes de descarte situados em locais distantes (Burnett et al. 2011). Muitas vezes, essas estratégias de adaptação na linha de frente geram “soluções” de curto prazo que acabam adiando soluções mais

fundamentais, de longo prazo. Tais soluções alternativas também podem fazer com que os gestores se protejam de certas verdades inconvenientes e transfiram a responsabilidade pelas falhas aos profissionais da linha de frente do cuidado (Wears e Vincent 2013).

Por isso, ao formular uma abordagem geral de segurança, devemos sempre pensar na forma como ela existe atualmente e em qual seria a estratégia mais eficaz a longo prazo. Naturalmente, acreditamos que as estratégias de adaptação devam continuar a ser desenvolvidas, no sentido de que devem ser planejadas e, em certa medida, formalizadas. Entretanto, isso é muito diferente da situação atual, na qual dependemos de improvisações ad hoc para compensar a falta de informações, equipamentos defeituosos etc. A Figura 7.1 ilustra essas ideias no contexto do cuidado de pacientes agudos, sugerindo que o aumento da confiabilidade e o controle do fluxo e da demanda reduziriam a necessidade de adaptações e improvisação. Com isto em mente, ilustraremos as cinco estratégias de segurança no contexto hospitalar; dedicaremos mais espaço ao controle de riscos, à adaptação e à mitigação do dano, uma vez que as outras duas estratégias já estão bem descritas.

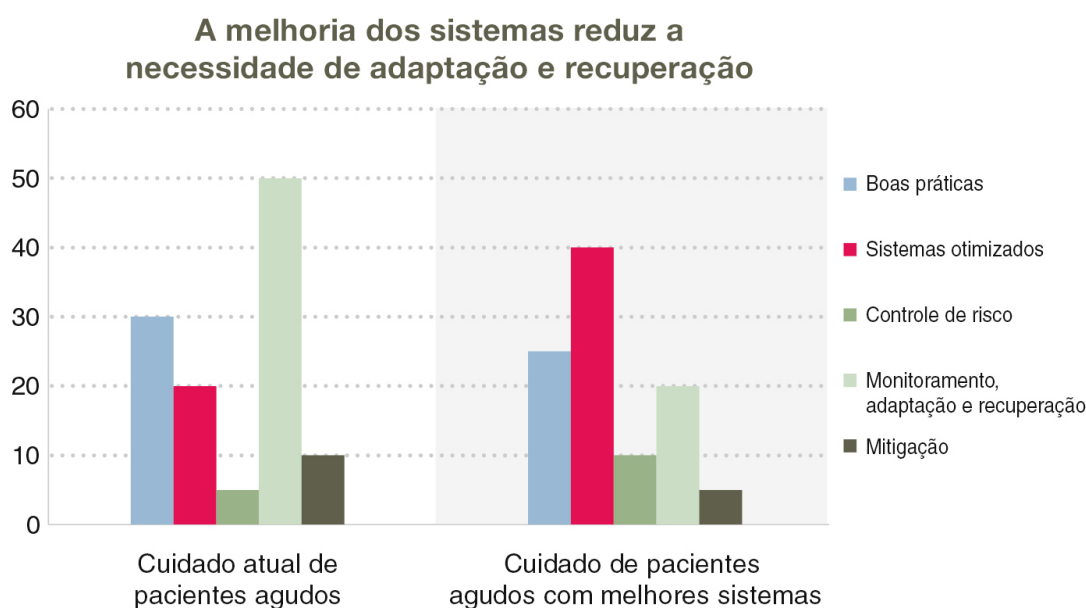


Fig 7.1 A melhoria dos sistemas reduz a necessidade de adaptação

Segurança como melhor prática

No Capítulo 6, e em capítulos anteriores, já apresentamos uma série de exemplos de estratégias de otimização em hospitais. Claramente, é preciso consolidar e desenvolver as abordagens que visam melhorar a adesão às melhores práticas clínicas, tornando o cuidado mais seguro para os pacientes. A redução da ocorrência de úlceras por pressão e de infecções associadas ao uso de cateteres e as melhorias na higienização das mãos e na identificação de pacientes, entre outras, obviamente são fundamentais. Essas tarefas e

processos padronizados podem ser auditados rotineiramente para garantir a manutenção dos padrões. Todos os ambientes hospitalares, por mais fluido e dinâmico que seja o fluxo de trabalho, contam com muitos procedimentos básicos essenciais que precisam ser seguidos. Os programas para aumentar a adesão a procedimentos básicos sempre são uma base importante para a segurança, embora nunca sejam uma solução completa.

Melhorar o sistema

Embora a área dos fatores humanos e da ergonomia seja enorme e fundamentalmente importante em ambientes hospitalares, não vamos considerá-la detalhadamente aqui, pois ela tem sido amplamente discutida em outros lugares e aceita como uma abordagem válida e essencial para aumentar a segurança, a efetividade e a experiência. Dentro deste tema amplo, incluiríamos melhorias na administração de medicamentos em termos da padronização de formulários e protocolos, a introdução da tecnologia da informação em todas suas formas, a formalização das funções e responsabilidades nas equipes clínicas, o uso de pacotes de intervenções e metas diárias para organizar o cuidado em enfermarias e todos os esforços para aprimorar as condições de trabalho básicas. Promover a segurança por meio de melhores práticas e elevação dos padrões tende a exigir um esforço adicional por parte dos profissionais da linha de frente, ao menos nas fases iniciais. Da mesma forma, é preciso dar atenção à melhoria do sistema para reduzir a carga sobre os profissionais de saúde, dando-lhes mais tempo para o monitoramento e a melhoria da segurança. A melhoria das condições de trabalho pode envolver aperfeiçoamentos no desenho das interfaces, na ergonomia dos equipamentos e no ambiente físico de trabalho ou a redução das interrupções e distrações que aumentam bastante a propensão à ocorrência de erros. Daremos um exemplo para ilustrar o potencial dessa abordagem.

Reduzir a carga sobre os profissionais: simplificação e organização

A melhoria das condições de trabalho é um objetivo central do estudo dos fatores humanos. Se quisermos que os profissionais passem tempo monitorando e melhorando a segurança, devemos criar tempo para tais atividades, em vez de depender de entusiastas que trabalhem nos fins de semana e à noite. Isto significa que será preciso alocar menos tempo a outras atividades e decidir o que pode ser excluído do processo de trabalho atual. Consideraremos resumidamente a questão de políticas e procedimentos no NHS britânico como um exemplo de como poderíamos começar a simplificar o sistema e reduzir a carga sobre os profissionais.

Dentro do National Health Service (NHS), uma enorme quantidade de políticas e diretrizes governa todos os aspectos do trabalho das organizações. Numa análise das diretrizes clínicas relacionadas ao cuidado na linha de frente, Carthey et al (2011) indicaram que, nas primeiras 24 horas de internação de um paciente para uma cirurgia de emergência por uma fratura do colo do fêmur, havia 76 diretrizes que podiam ser aplicadas. Uma breve pesquisa com 15 hospitais do NHS na Inglaterra que publicaram suas políticas em

sítios na internet mostrou que eles tinham entre 133 e 495 políticas, cobrindo desde as roupas a ser usadas pelos funcionários até a distribuição de medicamentos. Em média, cada política tinha 27 páginas, variando de 2 a 122 páginas (Fig. 7.2). Um hospital médio tem 8.000 páginas de políticas em seus sítios na internet, contendo mais de dois milhões de palavras (Green et al. 2015).



Fig. 7.2 Diretrizes para fratura de colo do fêmur nas primeiras 24 horas

Essa miríade de políticas semilegis in utilizáveis representa uma carga injustificada sobre os profissionais, um dreno de recursos e, paradoxalmente, uma ameaça à segurança. Em primeiro lugar, os procedimentos de segurança fundamentais não são distinguidos suficientemente de outras políticas triviais, o que acaba por prejudicar todas as políticas formais. Em segundo lugar, os profissionais não conseguem cumprir sequer uma fração das diretrizes e procedimentos com os quais têm de lidar. Em terceiro lugar, é dedicada uma enorme quantidade de tempo e recursos à produção de políticas que são mais ou menos inúteis na prática e que distraem a atenção de outras abordagens potencialmente mais frutíferas para a segurança. Quantos procedimentos podemos colocar em prática num ambiente, de forma razoável? É irônico que tantas políticas e procedimentos sejam escritos com o objetivo de fornecer garantias e aumentar a segurança, mas seu efeito final seja o de degradá-la. Esses procedimentos e políticas precisam ser drasticamente selecionados e simplificados, a fim de chegarmos a um conjunto utilizável de procedimentos operacionais análogos aos que são usados em outras indústrias de alto risco (Green et al. 2015).

Controle de riscos

As estratégias de controle de riscos são usadas no cuidado de saúde em ambientes altamente padronizados e regulamentados, como farmácia, hemoterapia e radioterapia, onde são aplicados controles estritos sobre os sistemas de prestação dos serviços, além de restrições sobre quem pode prestá-los e quais competências precisam ter. As estratégias de controle de riscos poderiam ser usadas de forma muito mais ampla, especialmente como uma forma de restringir as adaptações informais desnecessárias ou perigosas. O mais importante é que elas podem ser usadas de modo muito mais explícito, com maior clareza e entendidas como parte do arsenal de segurança do paciente. Nesta seção, apresentaremos exemplos de estratégias de controle de riscos tanto na linha de frente do trabalho como ao nível administrativo.

Controle de medicamentos

As restrições sobre a prescrição e a administração de medicamentos são estratégias clássicas amplamente utilizadas para o controle de riscos. Por exemplo:

- Diretrizes claras sobre quem pode ou não administrar quimioterapia intratecal (Franklin et al. 2014);
- Médicos novatos geralmente não são autorizados a prescrever certos medicamentos, como quimioterapia, metotrexato oral e outras substâncias;
- Controles legais sobre o uso de muitos medicamentos, como morfina e outros opiáceos;
- Os enfermeiros precisam passar por um teste de competência para serem autorizados a administrar medicamentos intravenosos.

Tais restrições costumam ser aceitas, mas não são consideradas como estratégias de controle de riscos ou como iniciativas de segurança do paciente. Elas foram listadas aqui simplesmente para reforçar a ideia de que o controle de riscos já é utilizado e aceito. O próximo exemplo é bastante diferente, uma vez que ilustra o potencial do controle de riscos.

Potencial dos controles do tipo “go/no go” em cirurgia

Antes de um voo, são feitos controles que exigem que seja tomada a decisão consciente de prosseguir ou não com o voo, chamadas decisões do tipo “go/no go”. As autoridades da aviação civil estabeleceram critérios claros que regem as condições aceitáveis para voar; espera-se que a tripulação reconheça as situações nas quais não é possível gerir os riscos adequadamente. Em tais circunstâncias, a tripulação está empoderada para cancelar o voo; na verdade, ela tem a responsabilidade profissional de fazê-lo. Por outro lado, no cuidado de saúde pressupõe-se que será preciso lidar com o problema e prosseguir, mesmo diante de riscos consideráveis aos pacientes. Há comparativamente poucas áreas nas quais as decisões “no go” são explicitamente entendidas e respeitadas no cuidado de saúde.

Existem diretrizes nacionais sobre os equipamentos a ser usados em anestesia. Se forem descobertas falhas num equipamento importante, ele deve ser substituído; se não for possível encontrar um substituto adequado, o procedimento não deve prosseguir, a menos que seja apresentada uma razão específica e que esta seja documentada (Hartle et al. 2012). Existem paralelos entre a aviação e um centro cirúrgico. Uma cirurgia é um processo complexo que depende do funcionamento correto de vários componentes diferentes, tanto humanos como técnicos. Frente a certas falhas em equipamentos, pressupõe-se que nenhum anestesista prosseguiria com o procedimento (por exemplo, quando o dispositivo para analisar gases respiratórios não estiver disponível); em outras, alguns prosseguiriam (ausência de ultrassonografia caso seja necessária uma punção venosa central); por último, há situações nas quais espera-se que a maior parte dos anestesistas prossiga com o procedimento (o hospital não conta com uma fonte de alimentação ininterrupta de energia, mas todos os sistemas principais estão funcionando). Porém, na prática, embora existam diretrizes específicas, temos pouquíssimas normas claras do tipo “no go”, e a decisão é deixada às equipes cirúrgicas, que são inevitavelmente influenciadas por pressões de produtividade e outros fatores (Eichhorn 2012).

As condições do tipo “no go” poderiam ser definidas em cirurgia para proteger tanto os pacientes como as equipes, impondo um limite inviolável que só possa ser contornado em casos de emergência. Tais condições são normas de segurança objetivas, absolutas e mínimas. Elas correspondem aos limiares acima dos quais as atividades de cuidado devem ser interrompidas. O “no go” corresponde a um estágio além do qual não é possível prestar um cuidado seguro, independentemente das demais estratégias.

Imposição de limites ao cuidado

Enquanto escrevíamos esta seção, em janeiro de 2015, uma série de hospitais britânicos declarou a ocorrência de um “incidente grave”. Isso não está necessariamente relacionado a um incidente específico, mas serve como uma declaração de que a instituição atingiu um ponto crítico e é incapaz de lidar com o volume ou o tipo de pacientes que recebe. Tal situação pode acontecer no inverno, quando a demanda é alta, mas também em outros momentos, como no caso de um acidente rodoviário grave ou quando há um grande número de pacientes idosos com pneumonia. Essa declaração formal permite à equipe de liderança tomar uma série de medidas:

- Uma das primeiras é adiar atividades regulares, como as cirurgias de joelho e quadril ou o atendimento ambulatorial;
- Cancelar férias e licenças e convocar mais profissionais;
- Anunciar publicamente que o hospital está sob pressão e que os pacientes não devem comparecer ao serviço de emergência a menos que seja absolutamente necessário;
- Em circunstâncias excepcionais, desviar ambulâncias para não receber nenhum paciente de emergência. Porém, esta medida só é usada como um último recurso, uma vez que aumenta a demanda nos hospitais próximos.

Essa é uma estratégia de controle de riscos clássica, semelhante à de não decolar quando um aeroporto não consegue lidar com o volume de voos ou em resposta ao mau tempo. Muitos hospitais tomam essas medidas em resposta a uma crise, mas sem ter preparado uma estratégia clara. Entretanto, o controle de riscos em seu sentido mais amplo requer uma abordagem explícita e, de preferência, pública diante do problema, permitindo uma resposta estratégica adequadamente considerada, ao invés de soluções ad hoc. Novamente, essas estratégias importantes não costumam ser consideradas no âmbito da segurança do paciente e tampouco são estudadas, categorizadas, desenvolvidas ou ensinadas.

Monitoramento, adaptação e resposta

Temos enfatizado repetidamente que as falhas e desvios em relação às normas não são a exceção, mas a realidade diária do cuidado de saúde. A segurança é alcançada em parte ao tentarmos reduzir e controlar essas falhas, mas também ao reconhecermos que essa é uma tarefa impossível, decidindo então controlar e gerir os problemas que surgirem. A questão fundamental é saber se devemos deixar que isso seja feito por meio de improvisações ad hoc ou tentar integrar essa capacidade ao próprio sistema (Vincent et al. 2013). Muitas propostas para iniciativas de segurança se encaixam nesta categoria, mas poucas foram implementadas de maneira eficaz e estratégica. Apresentamos aqui um pequeno número de exemplos, mas existe um grande potencial para o desenvolvimento, a formalização, o treinamento e a implementação de abordagens bem consideradas para o monitoramento e a adaptação.

Detecção de problemas por pacientes e famílias

O envolvimento ativo e o empoderamento dos pacientes e cuidadores num sistema cada vez mais complexo impõem enormes desafios em várias frentes. Os pacientes e cuidadores terão um papel cada vez mais importante na manutenção da segurança com a expansão da atenção domiciliar, um tema que será discutido no próximo capítulo. Neste momento, queremos apenas destacar que quase todas as intervenções de segurança destinadas aos pacientes se encaixam na categoria de monitoramento, adaptação e resposta. No contexto hospitalar, os pacientes e cuidadores muitas vezes são chamados para compensar problemas de baixa confiabilidade, criando uma defesa adicional contra possíveis danos (Davis et al. 2011).

Muitas intervenções de segurança focadas no paciente têm por objetivo encorajar as pessoas a se manifestar caso notem problemas com medicamentos, identificação do paciente ou outras questões. Ou ainda, de forma mais desafiadora, os pacientes são instados a confrontar os profissionais da saúde que não higienizem as mãos, promovendo assim o controle de infecção (Pittet et al. 2011). Algumas dessas intervenções são perfeitamente razoáveis e, de fato, necessárias; os pacientes têm uma visão privilegiada e única do seu próprio cuidado, e precisamos ouvir o que eles têm a dizer sobre os problemas que comprometem a segurança. Entretanto, é preciso deixar claro que muitas vezes pede-se aos pacientes não apenas que verifiquem problemas que surgem no cuidado complexo, mas também que detectem e compensem problemas que não foram criados por eles.

Treinamento de equipes em monitoramento, adaptação e resposta

Quando as equipes trabalham bem, têm a possibilidade de estar mais seguras que qualquer pessoa isolada, pois podem criar defesas adicionais contra os erros, controlando, reexaminando e apoiando uns aos outros: quando um membro enfrenta dificuldades, outro pode ajudá-lo; quando um comete um erro, outro pode corrigi-lo (Vincent et al. 2010). Vários autores descreveram as maneiras como as equipes de cuidado em serviços de emergência (Wears e Woods 2007) e centros cirúrgicos (Carthey et al. 2003) preveem e impedem a ocorrência de possíveis eventos relacionados à segurança. Isso pode ser ampliado, promovendo-se uma troca colaborativa de dados de maneira mais formal, onde uma pessoa, grupo ou unidade retroalimenta os outros em relação à viabilidade ou às possíveis falhas em seus planos, decisões ou atividades (Patterson et al. 2007). Isso pode ser aliado ao desenvolvimento de uma cultura de segurança que apoie e estimule os profissionais a falar abertamente sobre os erros. Ao percebermos que os erros e falhas são inevitáveis, ao menos quando o sistema está sob pressão, a justificativa para essa transparência em relação aos erros fica mais clara. Essa preparação é especialmente importante em ambientes clínicos mais fluidos e dinâmicos, onde a incerteza é comum e os lapsos são frequentes. Por exemplo, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS costuma ser vista como uma forma de verificar processos, como o uso de antibióticos, em tempo hábil. No entanto, a lista de verificação também requer um breve período de

reflexão (a “pausa”) durante o qual os membros da equipe cirúrgica destacam possíveis problemas e, ao se apresentarem uns aos outros, aumentam a possibilidade de que os membros se manifestem ao identificar problemas (Haynes et al. 2009; Kolbe et al. 2012).

Briefings e debriefings, passagens de caso e rondas nas enfermarias

As reuniões gerenciais, passagens de caso, rondas em enfermarias e reuniões com pacientes e cuidadores são fontes de informação que permitem monitorar a segurança. Por exemplo, as reuniões gerenciais realizadas pela alta direção podem desbloquear leitos e melhorar o fluxo de pacientes num hospital, identificar problemas relacionados à segurança, relacionados a surtos infecciosos e reduzir a ocorrência de altas hospitalares inseguras. Os briefings realizados por equipes cirúrgicas são uma oportunidade de identificar e resolver problemas com equipamentos, contingentes de pessoal e com ordem de pacientes do dia antes do início dos procedimentos. Os debriefings executados após o fim das cirurgias de um período promovem a aprendizagem reflexiva sobre o que correu bem e o que pode ser aprimorado. Cada vez mais os briefings e debriefings estão sendo introduzidos em outras áreas do cuidado de saúde, como nas equipes de saúde mental (Campbell et al. 2014).

Mitigação

O tratamento e a remediação de problemas físicos são obviamente necessários quando um paciente sofre algum dano ou complicação. Porém, o apoio psicológico é igualmente importante, tanto para pacientes como para profissionais de saúde. As organizações são muito diferentes em relação ao seu nível de disposição, preparação e capacidade de oferecer apoio emocional, prático e financeiro. Alguns hospitais têm sistemas muito bem estabelecidos para responder quando os pacientes sofrem dano, com estratégias de mitigação de dano altamente desenvolvidas; outros simplesmente reagem e se adaptam.

Sistemas de apoio aos profissionais de saúde e pacientes

As necessidades básicas dos pacientes que sofrem dano já são compreendidas há 20 anos. Em graus variados, todos nós gostaríamos de um pedido de desculpas, de uma explicação, de saber quais medidas foram tomadas para evitar que o problema se repita e, possivelmente, de apoio financeiro e prático (Vincent et al. 1994). Sabemos que os profissionais de saúde sofrem uma série de consequências por serem a “segunda vítima”, na definição eloquente de Albert Wu, o que não significa que as experiências dos profissionais sejam necessariamente comparáveis às dos pacientes que sofrem dano (Wu 2000). Também devemos considerar que um membro da equipe que tenha sido seriamente afetado talvez esteja executando suas funções de forma deficiente, sendo assim um risco a futuros pacientes; mais uma vez, esse ponto raramente é abordado. Existem alguns exemplos de programas pioneiros de apoio tanto para pacientes como para profissionais (Quadro 7.2), mas essa é uma área da gestão da segurança que precisa ser consideravelmente desenvolvida (Iedema et al. 2011).

Quadro 7.2. Serviços de apoio ao traumatismo induzido pelo cuidado de saúde (Medically Induced Trauma Support Services [MITSS])

Linda Kenney, fundadora do MITSS, sofreu uma crise convulsiva durante uma cirurgia enquanto sob os cuidados do anestesista, Frederick van Pelt. Em conjunto, eles fundaram o MITSS, que presta apoio tanto para pacientes como para profissionais de saúde. O Programa de Apoio por Pares (Peer Support Programme) usa os colegas como a principal fonte de apoio, seguindo o exemplo de uma abordagem que foi usada com sucesso na polícia, no corpo de bombeiros e em serviços médicos de emergência. O programa procura recrutar profissionais clínicos confiáveis e experientes, que tenham uma compreensão pessoal do impacto dos erros e que estejam imediatamente disponíveis para apoio e reflexão confidenciais. Um programa de educação e treinamento paralelo procura questionar a cultura de negação das respostas emocionais diante dos erros e eventos graves. O hospital em questão assumiu um compromisso ativo de abertura de informação e pedidos de desculpas e criou um programa de Ativação de Apoio Precoce (Early Support Activation) para pacientes e famílias. A estratégia de longo prazo é oferecer apoio emocional abrangente para pacientes, famílias e cuidadores (van Pelt 2008).

O sistema de saúde da Universidade de Michigan lançou um programa pioneiro que inclui tanto o apoio a pacientes e profissionais de saúde como uma intervenção ativa para oferecer indenizações quando apropriado e reduzir a necessidade de litígios caros que podem gerar muito ressentimento. A organização executa a vigilância ativa de erros no cuidado de saúde, revela-os aos pacientes e oferece indenizações quando culpada. A avaliação do programa revelou uma redução nos novos processos judiciais, no número de processos por mês, no tempo de resolução das queixas e nos custos após a implementação do programa de abertura de informação com oferta de indenizações. Essa abordagem não aumentou os processos judiciais e os custos nem mesmo nos Estados Unidos, um país famoso pela quantidade de litígios (Kachalia et al. 2010); na verdade, observou-se uma redução nos processos judiciais em Michigan na última parte do período de estudo. Atualmente, vários hospitais de Nova York implementam programas semelhantes de “comunicação e resolução”. Para que sejam bem sucedidos, precisam da presença de uma pessoa que atue como um forte defensor do programa na instituição e de investimento no desenvolvimento e na divulgação do programa para os profissionais que não estejam convencidos, deixando claro que os resultados dessa mudança transformadora levarão tempo (Mello et al. 2014).

Determinantes políticos e regulatórios das abordagens de segurança

Ilustramos nossas cinco estratégias dentro de hospitais a partir das perspectivas dos gestores e dos profissionais da linha de frente do cuidado. Até certo ponto, eles

podem determinar as estratégias que utilizam para aumentar a segurança. No entanto, eles também são limitados pelo ambiente regulatório e político como um todo. Os políticos e reguladores também decidem quais estratégias de segurança serão adotadas no sistema como um todo, e as suas ações também determinam a natureza e a viabilidade das estratégias de segurança dentro das organizações que influenciam. Os dois exemplos abaixo mostram que o ambiente político e regulatório tem uma influência significativa não apenas na organização do cuidado de saúde prestado, mas também nas estratégias de segurança que podem ser adotadas.

Na França, a regulamentação da radioterapia, que é da alçada da Agência de Segurança Nuclear (ASN), é muito mais rigorosa que as normas que regem o uso da quimioterapia, que é supervisionada pela Alta Autoridade de Saúde (HAS). Com isso, os radioterapeutas trabalham num modelo ultrasseguro, com muitas regras sobre as condições de operação e a exigência absoluta de minimizar todos os erros e eventos adversos. A ASN nunca hesita em conduzir auditorias e suspender a aprovação em casos de superdosagem ou outros problemas sérios. Por outro lado, os oncologistas têm uma liberdade de ação muito maior e podem partir de uma dose elevada (para obter benefícios máximos) e reduzi-la conforme necessário, dependendo da tolerância do paciente a efeitos adversos inaceitáveis. Existem controles estritos sobre a produção farmacêutica e a preparação da quimioterapia, mas comparativamente poucas restrições às decisões sobre as doses, que são determinadas segundo a avaliação dos oncologistas. Essas diferenças se devem, em grande parte, às diferentes exigências mais amplas provenientes das autoridades competentes. Na radioterapia é imposto o controle de riscos, enquanto que na quimioterapia os profissionais contam com muito mais autonomia e possibilidade de adaptação.

Diferentes contextos políticos e níveis de financiamento obviamente influenciam o cuidado de saúde que pode ser prestado, mas também afetam as estratégias de segurança que podem ser adotadas. Neste aspecto, há diferenças importantes entre as abordagens adotadas na Europa e nos Estados Unidos em relação ao tratamento cirúrgico de pacientes idosos com problemas complexos (Fig. 7.3). Na Europa, aproximadamente 8,5% dos pacientes submetidos a grandes cirurgias são internados em UTIs em algum momento da internação; a mortalidade é de 4%, considerando todos os pacientes, e de até 20% em pacientes idosos com alto risco anestésico. Nos Estados Unidos, por outro lado, 61% desses pacientes são internados em UTIs; a mortalidade é de 2,1%, considerando todos os pacientes, e entre 10 e 15% em pacientes idosos com alto risco anestésico. Essas melhorias nos resultados nos Estados Unidos são impressionantes, mas têm um custo considerável. Em 2013, os serviços de tratamento intensivo, por si sós, foram responsáveis por 4% de todas as despesas com saúde dos Estados Unidos, ou quase 1% do PIB (Neuman e Fleisher 2013). A Europa fez uma escolha diferente, que, por sua vez, implica a necessidade de adotar estratégias diferentes, com uma ênfase muito maior na detecção de problemas e na resposta rápida para reduzir os resultados desfavoráveis já esperados (Fig. 7.3). Na verdade, as diferenças de mortalidade entre hospitais de alto e baixo volume não estão associadas a grandes diferenças nas taxas de complicações. Pelo contrário, essas diferenças parecem estar ligadas à capacidade de um hospital de resgatar efetivamente os pacientes

que sofrem complicações. As estratégias centradas no rápido reconhecimento e manejo de complicações assim que elas ocorrem podem ser essenciais para a melhoria dos resultados em hospitais de baixo volume (Ghaferi et al. 2009, 2011).

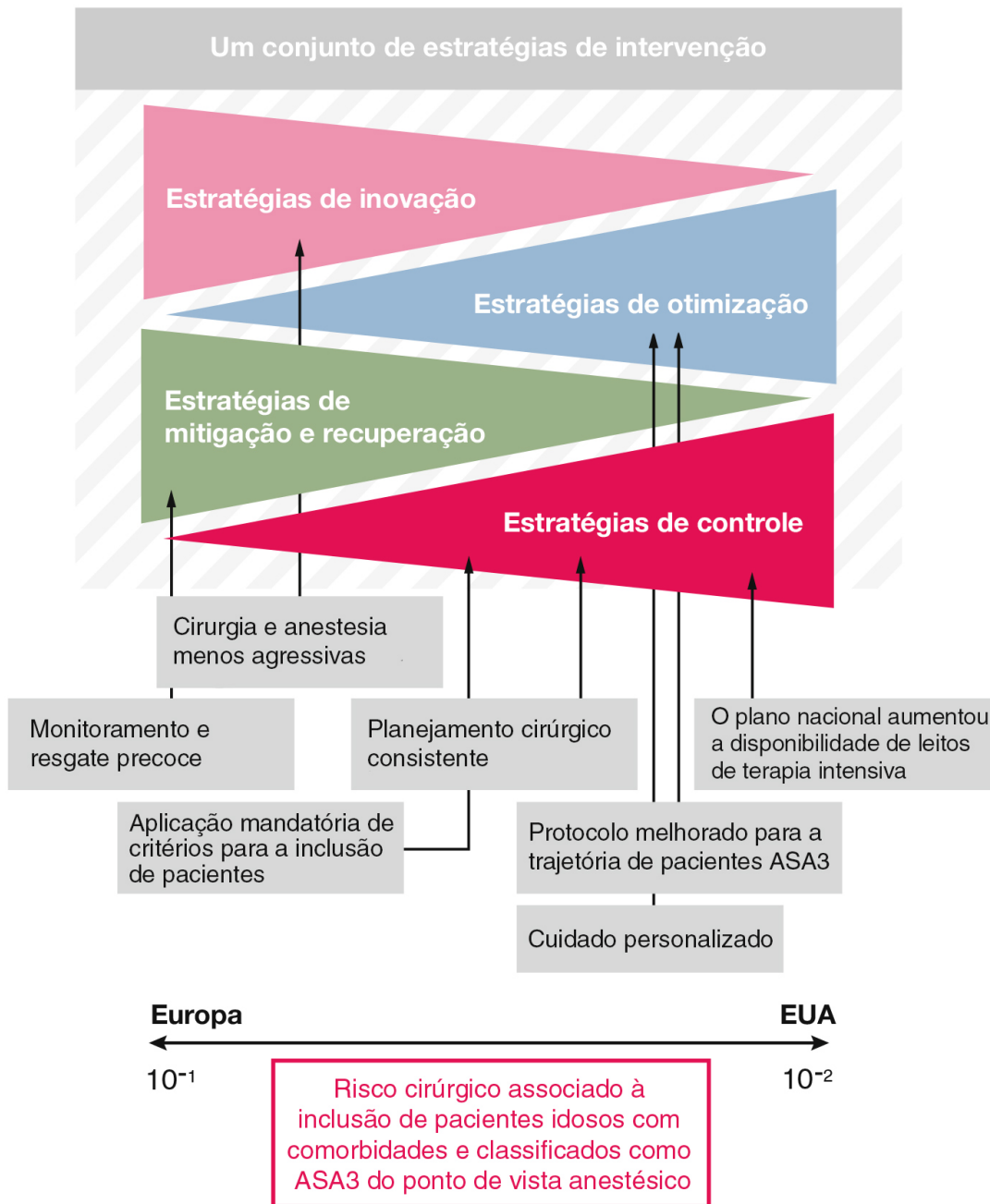


Fig. 7.3 Estratégias de segurança no cuidado perioperatório na Europa e nos Estados Unidos

Segurança em contexto: os diversos ambientes hospitalares

Começamos a estabelecer as estratégias de segurança que podem ser adotadas em hospitais, ilustrando estratégias amplas e as intervenções a elas associadas. Reconhecemos que é necessário muito trabalho para explorar esta abordagem e mapear as estratégias e intervenções de segurança efetivas e potenciais. Outra tarefa importante é considerar como escolher e adaptar as estratégias aos diferentes ambientes hospitalares à luz da complexidade crescente do cuidado e das pressões sobre os hospitais para que prestem um cuidado seguro 24 horas por dia, sete dias por semana.

Sustentamos anteriormente que algumas áreas hospitalares se encaixam no nosso modelo ultrasseguro, outras se baseiam numa abordagem de alta confiabilidade, e há algumas nas quais o cuidado é altamente adaptável, embora ainda contem com uma base central de procedimentos. Em alguns desses ambientes, é mais fácil alcançar a segurança com uma mistura de automação, equipamentos confiáveis e adesão às principais normas e procedimentos. Em outros ambientes, essas abordagens ainda são importantes, mas devem ser complementadas com uma maior ênfase no controle de riscos, adaptação e mitigação. A Tabela 7.1 apresenta um panorama de como poderíamos empregar as distintas estratégias em diferentes contextos hospitalares até encontrarmos a combinação ideal de intervenções e modos de operação. Atualmente, só o que podemos fazer é propor essas ideias. No entanto, seria possível (e, na verdade, necessário) começar a identificar e catalogar as estratégias adotadas no dia a dia, usando abordagens observacionais e etnográficas e, possivelmente, quantificando a ênfase dada a cada uma delas em diferentes contextos.

Contexto clínico	Estratégias de segurança a adotar				
	Perspectiva do paciente	Otimização	Controle	Adaptação	Inovação
<p>Pacientes complexos, protocolos limitados, muitos problemas inesperados UTIs, serviços de emergência, oncologia</p>	<p>Maiores benefícios em potencial, bem como níveis de risco mais elevados</p>	<p>Impacto limitado Aplicar estratégias de segurança bem sucedidas na linha de frente. Simplificar procedimentos e melhorar a ergonomia</p>	<p>Impacto moderado Delimitar competências. Regras claras e efetivas para a transferência a centros de referência</p>	<p>Grande impacto Adaptar o contingente de pessoal. Valorizar a experiência. Melhorar a triagem e o acesso à pessoa certa (especialista) no momento oportuno</p>	<p>Efeito defasado, grande impacto em potencial Adotar novas normas, medicamentos e tecnologias assim que estiverem disponíveis</p>
<p>Cuidado eletivo com interrupções habituais (contingente de pessoal reduzido, problemas organizacionais etc.) Cirurgia eletiva e medicamentos padronizados</p>	<p>Benefícios positivos com algum risco</p>	<p>Impacto moderado Aplicar estratégias de segurança bem sucedidas Melhorar o planejamento e a organização. Simplificar procedimentos e melhorar o ambiente</p>	<p>Impacto moderado a grande Adotar condições claras do tipo “go/no go” Impor restrições à inclusão/fluxo de pacientes</p>	<p>Grande impacto Melhorar a detecção precoce e a recuperação diante de complicações Melhorar a cultura de segurança, o trabalho em equipe e a participação dos pacientes</p>	<p>Efeito defasado, impacto moderado em potencial Adotar novas técnicas e formas de organização comprovadas</p>
<p>Cuidado altamente padronizado: radioterapia, anestesiologia</p>	<p>Pouca tolerância aos erros</p>	<p>Grande impacto Melhorar o ambiente. Impor protocolos e fazer auditorias. Monitorar a adesão e minimizar os efeitos colaterais</p>	<p>Grande impacto Controlar a seleção de pacientes. Fazer uma pré-avaliação cuidadosa. Harmonizar práticas entre cuidadores. Impor a regulamentação do setor</p>	<p>Impacto moderado a limitado Priorizar as barreiras de prevenção</p>	<p>Efeito defasado, impacto limitado Priorizar a estabilidade e os ciclos lentos de inovação</p>
<p>Serviços de apoio: laboratório, hemoterapia, farmácia</p>	<p>Nenhuma tolerância aos erros</p>	<p>Grande impacto Impor protocolos e regras com efeito legal. Aumentar o número de auditorias</p>	<p>Grande impacto Impor sistemas de certificação e a regulamentação do setor</p>	<p>Impacto limitado Priorizar as barreiras de prevenção</p>	<p>Impacto imediato limitado Considerar a estabilidade como uma prioridade absoluta para manter a segurança</p>

Tabela 7.1 Escolha de estratégias de segurança no cuidado hospitalar

Pontos principais

- Nos últimos 15 anos, podemos distinguir três fases da segurança do paciente, cada uma associada a diferentes ações e intervenções: o estabelecimento inicial da gestão de riscos clínicos e a motivação para reduzir os incidentes perigosos, uma segunda fase na qual os conceitos e métodos da segurança industrial foram aplicados ao cuidado de saúde e uma terceira fase baseada em intervenções clínicas focais e no desenvolvimento das equipes e da cultura. As estratégias iniciais continuaram em vigor à medida que as novas surgiram; portanto, temos agora uma série de práticas e intervenções de segurança dispostas como que em camadas, umas sobre as outras.
- Muitos serviços clínicos dependem fortemente da improvisação e da adaptação ad hoc para compensar as deficiências organizacionais e a baixa confiabilidade dos processos básicos. No entanto, o fato de uma estratégia ser amplamente utilizada não significa necessariamente que ela seja desejável.
- Talvez seja necessário abordar a segurança de formas diferentes nos diversos contextos hospitalares. Todas as cinco abordagens estratégicas serão necessárias no hospital.
- Segurança como melhor prática: em todos os ambientes, é fundamental reduzir a ocorrência de úlceras por pressão e de infecções associadas ao uso de cateteres e melhorar a higienização das mãos, a identificação de pacientes e a adesão a normas centrais.
- A melhoria do sistema inclui padronizar os formulários e protocolos ligados à administração de medicamentos, introduzir a tecnologia da informação em todas as suas formas, formalizar os papéis e responsabilidades nas equipes clínicas, utilizar pacotes de intervenções e metas diárias para organizar o cuidado nas enfermarias e realizar todos os esforços para melhorar as condições de trabalho básicas.
- O controle dos riscos inclui diretrizes sobre quem pode ou não administrar quimioterapia intratecal, medicamentos controlados e de uso restrito e a implementação de condições do tipo “go/no go” para procedimentos cirúrgicos e outros.
- As abordagens de monitoramento, adaptação e recuperação incluem o envolvimento de pacientes e famílias para detectar problemas, trabalho em equipe e treinamento das equipes a fim de permitir a adaptação e a recuperação diante dos problemas e o uso de briefings, debriefings e da passagem de casos para prever e responder aos problemas.
- Mitigação: as organizações são muito diferentes em relação ao seu nível de disposição, preparação e capacidade de oferecer apoio emocional, prático e financeiro. Alguns hospitais têm sistemas muito bem estabelecidos para responder quando os pacientes sofrem dano, com estratégias de mitigação altamente desenvolvidas.

- O ambiente regulatório, econômico e político tem uma grande influência sobre a natureza das estratégias de segurança que podem ser adotadas no sistema de saúde.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI), Hartle A, Anderson E, Bythell V, Gemmell L, Jones H, McIvor D, Pattinson A, Sim P, Walker I (2012) Checking anaesthetic equipment. Association of anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 67(6):660–668

Bates DW (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ* 320(7237):788

Burnett S, Franklin BD, Moorthy K, Cooke MW, Vincent C (2011) How reliable are clinical systems in the UK NHS? A study of seven NHS organisations. *BMJ QualSaf*. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000442

Campbell L, Reedy G, Tritschler C, Pathan J, Wilson C, Jabur Z, Luff A, Cross S (2014) Using simulation to promote safe and therapeutic services in mental health settings. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* 1(Suppl 1):A29

Carayon P (ed) (2006) Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety. CRC Press, Boca Raton

Carthey J, de Leval MR, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT (2003) Behavioural markers of surgical excellence. *SafSci* 41(5):409–425

Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH (2011) Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 343:d5283

Davis RE, Sevdalis N, Vincent CA (2011) Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf* 20(1):108–114

Eichhorn JH (2012) The Anesthesia Patient Safety Foundation at 25: a pioneering success in safety, 25th anniversary provokes reflection, anticipation. *Anaesth Analg* 114(4):791–800

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM (2006) Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 15(2):109–115

Franklin BD, Panesar SS, Vincent CA, Donaldson L (2014) Identifying systems failures in the pathway to a catastrophic event: an analysis of national incident report data relating to vinca alkaloids. *BMJ Qual Saf* 23(9):765–772

Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB (2009) Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 361(14):1368–1375

Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB (2011) Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Med Care* 49(12):1076–1081

Green J, Evered R, Saffer J, Vincent CA (2015) Policies: less is more. Safe healthcare requires clear and simple operating procedures. *BMJ* (manuscrito não publicado)

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360(5):491–499

Iedema R, Allen S, Britton K, Piper D, Baker A, Grbich C, Allan A, Jones L, Tuckett A, Williams A, Manias E, Gallagher TH (2011) Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the “100 patient stories” qualitative study. *BMJ* 343:d4423

Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MA (2010) Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 153(4):213–221

Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, Spahn DR, Grote G (2012) Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anaesth Analg* 115(5):1099–1108

Mello MM, Senecal SK, Kuznetsov Y, Cohn JS (2014) Implementing hospital-based communication and resolution programs: lessons learned in New York City. *Health Aff* 33(1):30–38

Neuman MD, Fleisher LA (2013) Evaluating outcomes and costs in perioperative care. *JAMA Surg* 148(10):905–906

Patterson ES, Woods DD, Cook RI, Render ML (2007) Collaborative cross-checking to enhance resilience. *Cognit Technol Work* 9(3):155–162

Pittet D, Panesar SS, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, Storr J, Cleary K, Donaldson L (2011) Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *J Hosp Infect* 77(4):299–303

Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM (2006) Tracking progress in patient safety: an elusive target. *JAMA* 296(6):696–699

Reason J (1997) *Managing the risk of organizational accidents*. Ashgate, Aldershot

Reason JT, Carthey J, De Leval MR (2001) Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 10(Suppl 2):ii21–ii25

Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL (2000) Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 320(7237):745–749

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, Hempel S, McDonald KM, Ovretveit J, Rubenstein LV, Adams AS, Angood PB, Bates DW, Bickman L, Carayon P, Donaldson L, Duan N, Farley DO, Greenhalgh T, Haughom J, Lake ET, Lilford R, Lohr KN, Meyer GS, Miller MR, Neuhauser DV, Ryan G, Saint S, Shojania KG, Shortell SM, Stevens DP, Walshe K (2011) Advancing the science of patient safety. *Ann Intern Med* 154(10):693–696

Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE (1999) An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 5(1):5–12

Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK (2013) Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med* 369(12):1134–1142

Van Pelt F (2008) Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 17(4):249–252

Vincent C (ed) (1995) *Clinical risk management*. BMJ Publishing, Londres, pp 391–410

Vincent C, Phillips A, Young M (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343(8913):1609–1613

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 316(7138):1154–1157

Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A (2000) How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 320(7237):777

Vincent C, Benn J, Hanna GB (2010) High reliability in health care. *BMJ* 340:c84

Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) *The measurement and monitoring of safety*. Health Foundation, Londres

Wachter RM (2010) Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff* 29(1):165–173

Wears R, Vincent CA (2013) Relying on Resilience: Too Much of a Good Thing? In: Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R (eds) *Resilient Health Care*. Ashgate, Farnham, pp 135–144

Wears RL, Woods DD (2007) Always adapting. *Ann Emerg Med* 50(5):517–519

Wu A (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320:726–727



Capítulo 8 - Estratégias de Segurança na Atenção Domiciliar

A segurança do paciente surgiu e se desenvolveu no contexto do cuidado hospitalar. A compreensão que temos sobre a epidemiologia dos erros e danos, suas causas e fatores contribuintes e suas possíveis soluções se baseiam quase inteiramente no cuidado hospitalar. A segurança no contexto da atenção domiciliar provavelmente precisará de conceitos, abordagens e soluções diferentes. Ela tem sido pouco estudada, apesar do fato de que a atenção domiciliar logo se tornará o contexto mais importante para a prestação do cuidado de saúde.

O termo “atenção domiciliar” pode abranger vários ambientes residenciais nos quais as pessoas são atendidas por sua família, enfermeiros e outros profissionais. Neste capítulo, usamos o termo de uma forma mais restrita para denotar o cuidado de pessoas em sua própria casa, com diferentes níveis de apoio informal e profissional. Vamos nos concentrar em pessoas com doenças geralmente crônicas que vivem independentemente ou recebem apoio da família ou de cuidadores profissionais em suas próprias casas. Boa parte do cuidado de saúde já é prestada na casa dos pacientes, e esse modelo está em franca expansão. Os benefícios da atenção domiciliar já foram amplamente discutidos, mas seus riscos ainda não foram inteiramente estabelecidos. Neste capítulo, vamos começar por resumir o cenário para essa expansão da atenção domiciliar e então consideraremos a natureza e os desafios para a segurança do paciente, além das estratégias que poderiam ajudar a gerir os riscos nesse contexto.

Envelhecimento da população e a expansão da atenção domiciliar

Mais de 20% da população de países desenvolvidos terá mais de 65 anos de idade em 2020. Essas pessoas, apesar de desfrutarem de uma melhor qualidade de vida do que as gerações anteriores, sofrerão uma série de doenças de longa duração. Como já discutimos, hoje em dia, pacientes com câncer, doença cardíaca, demência e problemas renais e respiratórios podem viver durante décadas com suas doenças. No entanto, as causas mais comuns de incapacidade são os problemas de visão e audição, que afetam um número considerável de pessoas e são especialmente pertinentes para a segurança no ambiente domiciliar. Além do aumento absoluto no número de pessoas idosas, também haverá um considerável aumento relativo. A chamada “razão de suporte” (proporção entre o número de pessoas em idade ativa e o de pessoas com mais de 65 anos) diminuirá consideravelmente. Devido à urbanização, às migrações e a outros fatores, haverá uma maior proporção de idosos fragilizados vivendo sozinhos (United Nations Population Fund 2012).

Evitar internações desnecessárias é uma grande prioridade para pessoas que vivem com doenças crônicas. Uma vez internados, os idosos estão em maior risco de resultados desfavoráveis, como reinternação, permanência prolongada, declínio funcional, complicações iatrogênicas e internação numa instituição de longa permanência (Lang et al. 2008a; Hartgerink et al. 2014). Os principais objetivos da atenção domiciliar são evitar novas internações e manter uma boa qualidade de vida.

Um aumento considerável nos serviços de atenção domiciliar parece ser inevitável. Nos últimos dez anos, os serviços de “hospital em casa” nos países ocidentais aumentaram em 50%, em média; esta taxa está crescendo rapidamente. Nos Estados Unidos, por exemplo, 1,7 milhão de pessoas estão empregadas atualmente na atenção domiciliar e 7,2 milhões de pacientes utilizam esses serviços. As projeções indicam que o número de pessoas que utilizam serviços de atenção domiciliar aumentará para dez milhões até 2018 e 34 milhões até 2030 (Gershon et al. 2012). Essa demanda crescente pela prestação de serviços de enfermagem e de reabilitação em casa como uma alternativa aos cuidados hospitalares contrasta com a escassa literatura sobre a segurança, a efetividade e a aceitabilidade dos programas de hospital em casa e com a escassez de evidências sobre seus custos relativos (Harris et al. 2005).

Os desafios à prestação do cuidado de saúde no ambiente domiciliar

O conhecido modelo de prestação do cuidado de saúde no contexto hospitalar não pode ser facilmente adaptado ao ambiente domiciliar, já que os pacientes são muito mais autônomos e a coordenação entre os profissionais é muito mais difícil. Os pacientes e cuidadores desempenham um papel muito mais ativo e assumem muitas responsabilidades que são, em outros ambientes, prerrogativas dos profissionais. Eles podem ser responsáveis por planejar o cuidado, compartilhar informações relevantes com os prestadores e então executar esses planos, o que inclui aplicar regimes domiciliares de monitoramento e tratamento (Lorincz et al. 2011).

Os pacientes e cuidadores também têm um papel importante no diagnóstico e na avaliação, pois devem julgar a gravidade de qualquer modificação na doença e decidir quando e com que rapidez devem intensificar o tratamento, envolvendo outros serviços em seu cuidado. Suas decisões podem não estar de acordo com as que são tomadas pelos profissionais envolvidos (Barber 2002). A atenção domiciliar, em todas as suas formas, deve ser muito mais negociada que o cuidado em ambientes nos quais imperam os valores profissionais e organizacionais. No contexto domiciliar, as preferências e os valores dos pacientes muitas vezes prevalecerão sobre as diretrizes e recomendações clínicas. Enfim, são os pacientes, suas famílias e cuidadores que decidem o que aceitam ou não (Stajduhar 2002).

Estar em casa reconforta os pacientes, devido à familiaridade do ambiente e à confiança nos cuidadores. Já os profissionais enxergam o ambiente domiciliar de forma bastante diferente, pois identificam vários problemas, como a falta de conhecimentos, obstáculos que podem provocar quedas, medicamentos fora da embalagem e uso inadequado de recipientes de descarte para seringas e agulhas, entre outros. Os profissionais

não podem determinar os padrões de segurança sem considerar as perspectivas dos pacientes e cuidadores, porque tais padrões terão um impacto não apenas sobre o paciente, mas também sobre a vida de todos os envolvidos.

Embora exista um consenso sobre as dificuldades ligadas à atenção domiciliar, distintos países respondem de forma bastante diferente a essas dificuldades. Num seminário recente no Institute of Healthcare Improvement (IHI 2014), os representantes dos Estados Unidos descreveram uma estratégia de investimento no rápido desenvolvimento da tecnologia da informação (por exemplo, por meio da telessaúde e de biossensores) como a solução definitiva para alcançarmos uma maior segurança e eficiência na atenção comunitária e domiciliar. De forma marcadamente diferente, muitos outros países ali presentes (especialmente Japão, Holanda e Finlândia) tinham como objetivos principais aumentar a solidariedade entre as famílias e os cidadãos, reduzir as disparidades e reorientar o papel dos médicos e enfermeiros, mantendo os preços acessíveis. O Japão vem treinando profissionais de apoio a pessoas com demência, que devem possuir os conhecimentos e habilidades necessários para apoiar os portadores da doença e criar e promover uma cultura de apoio. Essas diferentes abordagens partem de pressupostos muito divergentes sobre a melhor maneira de gerir o cuidado, mas todas enfrentarão grandes desafios na gestão dos riscos e na manutenção da segurança.

Os perigos da atenção domiciliar: novos riscos, novos desafios

Nos últimos 20 anos, uma série de estudos revelou os riscos do cuidado hospitalar. Por isso, tendemos a pressupor que os pacientes estarão mais seguros em casa; para pessoas que estão relativamente bem, não há dúvidas de que isso é verdadeiro, mas talvez não o seja para pessoas frágeis e vulneráveis. Em algumas circunstâncias, a atenção domiciliar pode gerar até mais eventos adversos do que o cuidado hospitalar. Os pacientes domiciliares típicos tendem a ter uma idade mais avançada e um maior número de comorbidades e tomam mais medicamentos, o que está associado a um maior risco de erros de medicação ou eventos adversos (Lorincz et al. 2011). Não podemos prever todos os riscos em potencial, mas alguns estudos começam a apontar alguns dos perigos para pacientes e cuidadores.

Danos acidentais no ambiente doméstico

A casa é um ambiente mais perigoso do que costumamos imaginar. As principais causas de óbito por lesões domésticas não intencionais são quedas, intoxicações, incêndios e queimaduras, obstrução das vias aéreas e afogamentos. Os idosos são afetados de forma desproporcional, representando mais de 2,3 milhões de acidentes e 7.000 óbitos ao ano nos Estados Unidos (Gershon et al. 2012). Pessoas idosas e doentes provavelmente são mais vulneráveis a lesões acidentais. Os fatores de risco incluem o declínio das funções físicas ou mentais, comportamentos perigosos (como o tabagismo), pessoas que vivem sozinhas e fatores ligados à gestão do cuidado de saúde, como polifarmácia e falta de revisão da medicação (Doran et al. 2009).

Eventos adversos na atenção domiciliar

Num dos primeiros estudos sobre a atenção domiciliar no Canadá, 5,5% de 279 pacientes em atenção domiciliar sofreram eventos adversos; lesões causadas por quedas corresponderam a quase a metade dos casos, seguidas por eventos relacionados à medicação, úlceras por pressão e danos psicológicos (Johnson 2005). Dois estudos recentes, um deles conduzido nos EUA (Madigan 2007) e o outro no Canadá (Sears et al. 2013), constataram que 13% dos pacientes em atenção domiciliar sofreram eventos adversos. Estimativas maiores, baseadas na revisão de prontuários de 1.200 pacientes que tiveram alta entre 2009 e 2010 no Canadá, indicaram uma taxa de eventos adversos de 4,4% (Blais et al. 2013). Os mais frequentes foram as lesões causadas por quedas, infecções de ferida cirúrgica, problemas de saúde comportamental ou mental e resultados adversos de erros de medicação. O número de comorbidades e o nível de dependência aumentaram consideravelmente o risco de eventos adversos. Os pacientes também podem ser vítimas de abuso por familiares, o que nem sempre é facilmente percebido pelos cuidadores (MacDonald et al. 2011).

Eventos adversos de medicamentos

Os eventos adversos de medicamentos são o problema de segurança mais estudado no ambiente domiciliar. Alguns estudos constataram que até 5% dos pacientes em atenção domiciliar tinham sofrido algum tipo de evento adverso relacionado a medicamentos durante a semana anterior (Ellenbecker et al. 2004), e 25% nos três meses anteriores (Sorensen et al. 2005). Esses problemas muitas vezes se devem à comunicação deficiente entre os profissionais do hospital, os pacientes e seus médicos de atenção primária (Ellenbecker et al. 2004). Poucos estudos avaliaram diretamente os erros de medicação causados por pacientes e familiares, embora os modelos de erro humano aplicados a profissionais da saúde devam ser igualmente aplicáveis aos pacientes e cuidadores informais (Barber 2002). Num estudo conduzido na Austrália, 35% das reinternações estiveram associadas à administração incorreta de medicamentos no ambiente domiciliar. Pacientes com grandes estoques de medicação em casa estavam mais expostos a eventos adversos (Sorensen et al. 2005). A maioria dos pacientes em atenção domiciliar toma mais de cinco medicamentos, e mais de um terço dos pacientes toma medicações de forma diferente do regime prescrito (Ellenbecker et al. 2004).

Risco para a família e outros cuidadores

Cuidadores não pagos são especialmente vulneráveis a estresse, síndrome do esgotamento de longo prazo e problemas de saúde. Embora os profissionais de apoio à atenção domiciliar possam ajudar, uma grande variedade de tarefas acaba por recair sobre os cuidadores: auxílio com a alimentação, movimentação, higiene, limpeza, conexão de sistemas, improvisação quando os sistemas falham e tomada de decisões sobre ajustes de doses da medicação e sobre como responder aos sintomas, muitas vezes sem qualquer

aconselhamento ou orientação externos.

Cuidar de uma pessoa com demência é uma ocupação em tempo integral, sem limites de horário ou supervisão das normas de saúde e segurança que protegem os profissionais. O cuidado em casa é visto positivamente como algo que reduz a carga sobre o sistema de saúde; talvez fosse mais correto dizer que essa carga está sendo transferida para a família e para os próprios pacientes. A segurança dos cuidadores profissionais também é motivo de preocupação, pois eles muitas vezes trabalham sozinhos e precisam se arriscar em áreas perigosas para cuidar de pessoas que podem, elas próprias, ser perigosas. A ampliação da atenção domiciliar provavelmente aumentará esses riscos, embora eles possam ser reduzidos com apoio e tecnologias adequados.

Problemas de transição e coordenação

O período após a alta hospitalar é um momento no qual os pacientes estão particularmente vulneráveis. Aproximadamente a metade dos adultos sofre erros no cuidado de saúde depois da alta, e entre 19% e 23% sofrem um evento adverso, dos quais os mais comuns são aqueles relacionados aos medicamentos (Greenwald et al. 2007; Kripalani et al. 2007). A alta hospitalar não é bem padronizada, sendo caracterizada pela descontinuidade e fragmentação do cuidado. No momento da primeira consulta de acompanhamento com o médico de atenção primária após a internação, até 75% dos pacientes descobrem que seus resumos de alta ainda não foram enviados, o que limita a capacidade dos médicos de prestar um cuidado de acompanhamento adequado (Schoen et al. 2012).

Os perigos mencionados acima ilustram alguns dos riscos mais óbvios para pacientes e cuidadores no ambiente domiciliar. Entretanto, a literatura não é extensa e ainda é guiada por uma visão em relação aos eventos adversos baseada principalmente no contexto hospitalar. Estamos longe de ter uma visão completa do conjunto de benefícios e riscos na atenção domiciliar em comparação com o cuidado prestado em outros ambientes.

Influências sobre a segurança na atenção domiciliar

A segurança do paciente no contexto domiciliar não pode ser concebida ou administrada da mesma forma que no contexto hospitalar, pois os dois contextos envolvem ambientes, funções, responsabilidades, normas e modelos de supervisão e regulamentação bastante distintos. Na atenção domiciliar, as pessoas recebem o cuidado em suas casas, dentro do contexto de sua família e do dia a dia de todos os envolvidos. A qualidade e a segurança do cuidado são influenciadas pela natureza da prestação formal do serviço e pelas características do paciente que recebe o cuidado, o ambiente físico e a disponibilidade da família e de outros cuidadores (Hirdes et al. 2004; Lang et al. 2008b). Delineamos aqui alguns dos principais fatores que precisarão ser avaliados e compreendidos ao projetarmos serviços de atenção domiciliar seguros.

As condições socioeconômicas assumem uma importância muito maior

Em um ambiente institucional, os pacientes recebem um certo padrão de cuidado independentemente de sua condição socioeconômica ou cognitiva. Por outro lado, os recursos e o ambiente doméstico variam enormemente de acordo com a situação socioeconômica. Pessoas mais ricas terão um nível muito mais elevado de atenção domiciliar; elas terão espaço para criar uma área “hospitalar” separada, profissionais de apoio pagos, lazer, melhor nutrição, menos interrupções na vida familiar e uma maior probabilidade de que os familiares possam “trabalhar” como cuidadores. Para atingirmos um padrão razoável em domicílios mais desfavorecidos, seria preciso alocar recursos específicos para essas famílias e para apoiar os profissionais médicos responsáveis por esses pacientes, cujo risco social é muito mais alto.

Pessoas idosas e deficientes podem receber apoio em seu próprio ambiente 24 horas por dia com o uso de diversos dispositivos “inteligentes” (Anker et al. 2011). Os avanços nas tecnologias de telecomunicações criaram novas oportunidades para a prestação do cuidado médico à distância, complementando o tratamento médico dos pacientes. Por outro lado, a sensação de segurança tem um preço, que muitas vezes é pago pela família. As casas modernas geralmente não são concebidas ou projetadas como ambientes de prestação de um cuidado de saúde complexo ou de longo prazo. O grande número de equipamentos invasivos e a presença contínua de cuidadores pode fazer com que o paciente sinta que sua casa deixou de ser um lar.

O ambiente domiciliar como fator de risco

O papel do design tanto na degradação como na promoção da segurança do paciente tem sido cada vez mais compreendido. Atualmente, novos hospitais podem ser construídos com a segurança em mente, usando um design adequado para reduzir problemas com equipamentos, auxiliar no controle de infecções e reduzir a ocorrência de erros de todos os tipos (Reiling 2006). Quando nos movemos ao ambiente domiciliar, esses ganhos, que passamos tanto tempo procurando compreender, são essencialmente perdidos. Condições estressantes e potencialmente arriscadas, como iluminação deficiente, desordem excessiva, presença de parasitas, familiares agressivos, recipientes de descarte para materiais perfurocortantes inadequados ou inexistentes e falta de equipamentos de proteção individual prontamente acessíveis podem aumentar consideravelmente (de forma direta ou indireta) o risco de eventos adversos nessa população (Gershon et al. 2009, 2012).

Em algumas casas, pode ser quase impossível executar procedimentos limpos ou estéreis. Também existe a possibilidade de que os profissionais de saúde na atenção domiciliar transmitam infecções entre diferentes casas, em particular quando os pacientes receberam alta após entrar em contato com MRSA ou *C. difficile*. A higienização das mãos oferece alguma proteção, mas é difícil higienizar equipamentos no ambiente doméstico (MacDonald et al. 2011).

A lista de verificação para a segurança domiciliar (Tabela 8.1) inclui a verificação de riscos de incêndio e elétricos, ergonômicos (risco de quedas), biológicos (condições insalubres), químicos e outros problemas tais como ruído, temperatura, baixa segurança e violência. Os itens adicionais avaliam várias características dos pacientes que influenciam a segurança, como idade, sexo, estado de saúde, capacidade de andar sem ajuda, número de pessoas na casa, medicamentos tomados diariamente, métodos usados pelo paciente para controlar os medicamentos tomados, presença de medicamentos em casa que não sejam mais tomados pelo paciente, uso de próteses auditivas e uso de equipamento médico e dispositivos de segurança de longa duração.

Aumento das responsabilidades dos cuidadores

A responsabilidade pela segurança em casa recai principalmente sobre o paciente, seus familiares e cuidadores informais. Os cuidadores são um grupo especialmente vulnerável, com um risco maior de síndrome do esgotamento, fadiga e depressão. Alguns familiares ou amigos trabalham 24 horas por dia, sete dias por semana, e boa parte deles tenta manter seu trabalho fora da casa. A família e outros cuidadores não pagos muitas vezes prometem manter o paciente em casa, por amor e por um senso de responsabilidade, sem ter consciência de que isso pode estar além de sua capacidade (Stajduhar2002).

Tabela 8.1 Lista de verificação de segurança para condições domésticas perigosas

Categorias de perigo	
Perigo de queda	Ausência de tapete antiderrapante no chuveiro
	Ausência de barras de segurança no chuveiro ou banheira
	Ausência de tapete antiderrapante no chão do banheiro
	Tapetes ou carpetes soltos/velhos
	Iluminação deficiente
	Piso irregular ou escorregadio
	Desordem excessiva
Perigos elétricos e de incêndio	Mobília disposta de forma inadequada
	Ausência de extintor de incêndio
	Ausência de alarme de monóxido de carbono
	Ausência de detector de fumaça
	Cabos elétricos danificados ou sobrecarregados
	Materiais perigosos ligados ao tabagismo
	Aquecedor perigoso
	Difícil acesso aos controles do fogão
Presença de produtos inflamáveis perto do fogão	

Perigos biológicos, higiênicos e químicos	Sinais de baratas
	Sinais de ratos ou camundongos na casa
	Excesso de pó ou pelos de animais
	Sinais de piolhos, pulgas ou percevejos
	Mofo ou fungos
	Presença de comida ou leite podre em casa
	Lixo acumulado
	Comida armazenada de forma não higiênica
	Produtos de limpeza e outros possíveis venenos fora da embalagem original (sem a etiqueta original)
Outros perigos diversos	Ausência de lista de contatos de emergência (familiares, médicos e outros)
	Ruído excessivo na casa (seja no interior ou exterior)
	Portas sem fechaduras robustas
	Risco de violência por cães ou outros animais agressivos
	Risco de violência por parte de vizinhos
	Presença de armas

Adaptado de Gershon et al. (2012)

O treinamento e a experiência dos profissionais de apoio ao cuidado domiciliar

Os profissionais de apoio à atenção domiciliar desempenham um papel importante na manutenção da segurança nesse ambiente. Por exemplo, nos Estados Unidos, onde mais de dois milhões de pessoas trabalham na atenção domiciliar (um número que deve aumentar em 48% até 2018), o setor é o que mais cresce dentro do sistema de saúde (Gershon et al. 2012). Os profissionais de apoio ajudam a manter a segurança dos pacientes (Donelan et al. 2002), mas também podem contribuir com a ocorrência de eventos adversos. Quase todos administram medicamentos, mas muitos não têm conhecimentos na área. Um estudo sueco sugeriu que profissionais de apoio ao cuidado domiciliar tinham uma baixa compreensão dos riscos dos medicamentos administrados. Apenas 55% conheciam as indicações corretas de medicamentos comuns, e só 25% conheciam as contraindicações e os sintomas de reações adversas aos medicamentos (Axelson e Elmstahl 2004).

Os pacientes, a família e até cuidadores pagos podem ter dificuldades em seguir procedimentos básicos que são muito mais facilmente supervisionados e controlados no ambiente hospitalar. Não podemos contar com procedimentos claros e com um ambiente estritamente regulado na atenção domiciliar. Tanto os pacientes como os profissionais de apoio tendem a confiar em sua capacidade de “se virar” e se recuperar dos erros. Por isso, é importante reconhecer que as estratégias de recuperação (Johnson 2005) podem ser mais importantes que a prevenção no contexto domiciliar.

Abordagem fragmentada por parte dos profissionais de saúde

A coordenação e a comunicação entre os prestadores e nas diferentes organizações e setores é uma questão complexa, sendo especialmente vulnerável nas interfaces ao longo do contínuo do cuidado (Romagnoli et al. 2013). Até dez profissionais diferentes podem estar envolvidos na atenção domiciliar de um paciente, e cada um deles pode vir de uma organização e localidade diferente. A coordenação do cuidado pode ser extremamente problemática, e é muito provável que o paciente receba recomendações conflitantes ou ambíguas que aumentem o risco de não adesão, além de outros problemas relacionados à segurança.

Num estudo recente realizado no Reino Unido, a maior parte dos pacientes expressou preferência por ser atendido por um médico específico: 52% dos pacientes entre 18 e 24 anos, e mais de 80% dos pacientes com mais de 75 anos. No entanto, mais de um quarto dos pacientes informou ser incapaz de consultar seu médico generalista preferido consistentemente, e evidências recentes sugerem que a continuidade interpessoal tem caído tanto no tratamento ambulatorial como durante as internações (Campbell et al. 2010; Sharma et al. 2009).

Estratégias e intervenções de segurança na atenção domiciliar

As intervenções de segurança na atenção domiciliar representam um desafio para os profissionais, pois questionam seus pressupostos e abordagens habituais. A prioridade é evitar a internação e aumentar a autonomia e o bem-estar mental e social. Nesse contexto, em que muitas vezes é preciso estabelecer uma troca entre autonomia e segurança, o cuidado melhor e mais seguro consiste num “acordo controlado” no qual os membros da equipe, composta pelo paciente, por profissionais de saúde e assistentes sociais e pelos familiares, trazem suas próprias perspectivas e determinam o caminho a seguir de forma conjunta. Porém, acreditamos que, além da negociação cuidadosa com pacientes e famílias, também será importante considerar abordagens estratégicas mais amplas para a segurança.

Estratégias de otimização na atenção domiciliar: melhores práticas e melhoria dos sistemas

As estratégias de otimização são difíceis de implementar no ambiente doméstico, especialmente em locais com idosos fragilizados e pessoas com problemas de saúde mental. As oportunidades para implementar diretamente a medicina baseada em evidências ou melhorar a prestação do cuidado de saúde nesses ambientes são limitadas. Pode ser difícil e demorado implementar melhorias diretas ao cuidado, e essas melhorias podem atingir apenas uma parte do público-alvo, como demonstrado no Quadro 8.1.

Quadro 8.1. Um desafio difícil para as estratégias de otimização: lições de um programa centralizado de redução do colesterol conduzido por enfermeiros

Reduzir o colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) em pacientes com diabetes mellitus (DM) e doenças cardiovasculares é fundamental para reduzir a morbimortalidade. Um programa de melhoria de qualidade baseado em equipes tentou aumentar a conformidade com a medicina baseada em evidências: enfermeiros seguiram um protocolo detalhado para ajustar os medicamentos redutores do colesterol. Médicos generalistas aceitaram incluir 74% dos pacientes potencialmente elegíveis. Ao todo, 36% dos pacientes aprovados não puderam ser contatados por telefone e 5,3% se recusaram a participar. Dos pacientes incluídos, 50% não concluíram o programa. Observou-se uma redução de 21 mg/dL na mediana do LDL nos pacientes incluídos, e 52% (33/64) alcançaram a meta de LDL.

Os recursos necessários para identificar, registrar e envolver continuamente pacientes elegíveis causam muitas preocupações em relação à sua eficiência e ilustram as dificuldades ligadas à implementação de diretrizes clínicas no ambiente domiciliar e comunitário.

Adaptado de Kadehjian et al. (2014)

Entretanto, temos importantes exemplos de iniciativas bem sucedidas que se encaixam na abordagem de otimização. Alguns estudos examinaram a efetividade de determinadas abordagens no tratamento domiciliar, cobrindo áreas como cuidado e integridade da pele, gestão do comportamento, controle da dor e incontinência. Os resultados desses estudos em instituições de longa permanência muitas vezes mostram que “o que funciona” envolve soluções simples e de baixa tecnologia, que aumentam o tempo de contato dos profissionais de saúde com os pacientes (Stadnyk et al. 2011). Em outras palavras, o tempo que os profissionais de saúde passam escutando, dando explicações e coordenando os pacientes e cuidadores pode ser uma das melhores maneiras de se aumentar a segurança na comunidade e na atenção domiciliar.

Planejamento da alta hospitalar e a trajetória do hospital para casa

As melhorias na trajetória do hospital para casa e na comunicação e coordenação entre profissionais são fundamentais para apoiar os pacientes que voltam para casa. A transmissão de informações sobre a alta hospitalar de forma clara e rápida, bem como a conciliação medicamentosa, são fundamentais para melhorar esse processo. O advento de novas profissões, como os gestores do cuidado e facilitadores, foi uma evolução importante no apoio aos pacientes na atenção primária, ajudando-os a criar planos de tratamento personalizados, coordenar os profissionais e navegar o sistema de saúde.

Os pacientes sob risco de resultados desfavoráveis após a alta podem se beneficiar de um protocolo de planejamento da alta implementado por enfermeiros com formação especializada (Tibaldi et al. 2009; Shepperd et al. 2009); uma em cada cinco internações é complicada por um evento adverso após a alta. Numa intervenção bem sucedida, um defensor dos protocolos de alta conduzidos por enfermeiros trabalhou com pacientes durante a internação para organizar consultas de acompanhamento, confirmar a conciliação medicamentosa e promover a educação dos pacientes usando um folheto de instruções personalizado que foi enviado ao médico de atenção primária. Um farmacêutico clínico entrou em contato com os pacientes por telefone dois a quatro dias após a alta para reforçar o plano de alta e rever os medicamentos. Posteriormente, os participantes do grupo de intervenção tiveram uma taxa mais baixa de utilização hospitalar (Jack et al. 2009).

Treinamento de pacientes e cuidadores

Recentemente, um familiar de um dos autores deste livro foi operado por um câncer e ficou com uma ferida operatória considerável que precisava de curativos regulares. A pessoa teve alta um dia após a operação bem sucedida; o parceiro do paciente, depois de receber instruções mínimas, ficou responsável pelo curativo da ferida operatória, pelo cuidado como dreno e por lidar com uma infecção incipiente. Naturalmente, isso seria impensável algumas horas antes, quando o paciente ainda estava no hospital. Felizmente, o parceiro do paciente estava apto para executar essas tarefas bastante difíceis. A alta precoce foi bem intencionada e feita no interesse do paciente, mas o caso ilustra com que rapidez os padrões profissionais se perdem uma vez que o paciente recebe alta.

Em alguns ambientes, particularmente na saúde mental*, há uma ênfase muito maior na responsabilidade pelo paciente após a alta, o que inclui a preparação para o regresso a casa e para a vida na comunidade. O cuidado da saúde física está sendo transferido para o ambiente doméstico e comunitário, mas muitas vezes sem esta mentalidade de antecipação, preparação e responsabilidade continuada. Se os pacientes e os cuidadores devem assumir papéis essencialmente profissionais, embora apenas em tarefas específicas, eles não deveriam receber treinamento? Na Índia, as famílias foram incluídas como parte da força de trabalho para ajudar a cuidar dos pacientes; porém, em reconhecimento ao papel que precisam desempenhar, elas são preparadas e treinadas (Quadro 8.2).

Quadro 8.2. Treinamento de famílias para a prestação do cuidado

No Narayana Health, considera-se que as famílias têm um papel crucial na recuperação de pacientes após cirurgias. Eles mantêm o “Programa de Companheiros do Cuidado” para explorar o potencial dos familiares e torná-los parte integrante da recuperação do paciente. Um programa de treinamento estruturado e gratuito, elaborado para pessoas com baixos níveis de alfabetização,

ensina habilidades clínicas simples para os familiares, como o monitoramento de sinais vitais, o estímulo à adesão ao regime de medicamentos e o apoio à reabilitação física. O programa aumenta a qualidade e as horas de cuidado, aproveita uma mão-de-obra não utilizada, reduz preços e é universalmente transferível. Cinco mil pessoas por mês estão sendo treinadas no programa. Considerando o desejo de colocar pacientes e famílias no centro do cuidado no NHS britânico, esse tipo de treinamento parece ser um modo prático de ajudar a alcançar essa meta.

Adaptado de Health Foundation (2014)

Estratégias de controle de riscos na atenção domiciliar

É difícil impor estratégias de controle de riscos no ambiente domiciliar, pois boa parte do quadro regulatório para a saúde não se aplica nesse ambiente. No entanto, talvez precisemos refletir um pouco sobre um referencial de normas e outros controles à medida que prestamos uma maior proporção do cuidado de saúde no ambiente domiciliar, especialmente no caso de pacientes que vivem em áreas isoladas ou mais pobres e precisam de apoio adicional para tornar a atenção domiciliar uma opção razoável.

Praticamente não existem normas nacionais que regulamentem o ambiente físico no qual os serviços de atenção domiciliar são prestados, em grande contraste com as exigências impostas às instituições de saúde. Foram desenvolvidas várias listas de verificação da segurança para o ambiente doméstico, a fim de avaliar a compatibilidade da casa com uma internação domiciliar (Gershon et al. 2012). Pode ser difícil impor restrições, já que qualquer controle precisaria do consentimento do paciente e da família. O desenvolvimento de normas de segurança no ambiente domiciliar é um desafio considerável, uma vez que as abordagens hospitalares podem ser pouco aplicáveis a esse contexto. Conflitos e dificuldades semelhantes podem surgir até mesmo em ambientes de atenção domiciliar institucional (Quadro 8.3).

Quadro 8.3. Normas de segurança na atenção domiciliar e residencial: autonomia, direitos e segurança

Nos hospitais franceses, existe a exigência legal de que todo medicamento seja administrado por profissionais. Os pacientes não podem ser responsáveis por sua própria medicação. As condições da internação domiciliar são obviamente diferentes daquelas da internação hospitalar, especialmente em relação à autonomia do paciente e de seus cuidadores, que é muito maior. Entretanto, as autoridades regulatórias francesas, considerando a legislação atual, têm relutado em delegar a administração de medicamentos aos pacientes. Na prática, os pacientes em casa

são livres para agir como quiserem, independentemente da opinião das autoridades regulatórias. Para que essa lei seja modificada, será preciso abrir uma exceção para a internação domiciliar, com o risco de aumentar a ambiguidade em relação aos papéis de pacientes e profissionais.

Os sistemas regulatórios enfrentam grandes desafios na atenção domiciliar. Por exemplo, a legislação francesa considera que os residentes idosos de instituições de longa permanência já não têm um domicílio privado. Seu quarto na instituição, portanto, é considerado como sua casa, com todos os direitos e privilégios, inclusive o direito de incluir móveis próprios, fumar e até cozinhar. No passado, isso foi bastante positivo, já que muitos residentes se mudavam para instituições de longa permanência por volta dos 80 anos, quando ainda eram capazes de viver de forma relativamente independente. Com o envelhecimento da população e os custos crescentes desses serviços, as pessoas passaram a se mudar para esses locais por volta dos 90 anos; 70% apresentam incapacidades cognitivas graves. Atualmente, o risco de incêndio ao fumar é bastante elevado, e há grandes dificuldades de acesso para prestação de cuidado aos pacientes devido à mobília pessoal. As regras e regulamentos internos muitas vezes proíbem o tabagismo e o uso de móveis inadequados, mas eles podem ser contestadas pelos pacientes e seus familiares como uma privação de direitos. Não é fácil modificar essas leis, já que a questão está ligada ao princípio fundamental de liberdade previsto pela constituição francesa.

Estratégias de monitoramento, adaptação e resposta no cuidado domiciliar

As estratégias de monitoramento, adaptação e resposta são claramente importantes para a segurança na atenção domiciliar. A ideia de que os profissionais e organizações de saúde devem esperar até que os pacientes apresentem alguma doença está dando lugar, ao menos no caso de algumas doenças crônicas, a uma abordagem mais proativa de monitoramento, detecção de problemas e resposta, com o auxílio de várias inovações da tecnologia da informação.

No hospital, o monitoramento e a detecção de problemas é fundamentalmente uma responsabilidade dos profissionais de saúde. Entretanto, no ambiente domiciliar, são os pacientes e cuidadores que devem monitorar, adaptar-se e responder. Isso levanta a questão de como essas capacidades podem ser apoiadas, estimuladas e possivelmente treinadas, como acontece com os profissionais de saúde. Como em outros contextos, é necessário desenvolver uma cultura de segurança e possivelmente outras rotinas transferíveis, como os briefings de segurança. Por exemplo, uma colega, que é cuidadora de um familiar com problemas graves de saúde mental, explicou que ela e seu marido desenvolveram uma rotina de chamadas telefônicas pela manhã nas quais reveem o plano para o dia, o apoio dado ao familiar, qualquer sintoma preocupante, a disponibilidade de medicamentos e outras questões. Isso é, essencialmente, um briefing de segurança. Tais sistemas podem ser desenvolvidos em parceria com pacientes e cuidadores, tornando-se uma estratégia

de segurança estabelecida. Porém, atualmente não conhecemos nenhuma iniciativa de desenvolvimento de estratégias de segurança formais para pacientes e cuidadores em casa, embora existam vários exemplos de abordagens engenhosas e inovadoras desenvolvidas pelos próprios pacientes.

Detectar a deterioração

Programas de gestão do cuidado e de telessaúde cuidadosamente projetados e implementados podem aumentar a segurança e reduzir os gastos com a saúde (Baker et al. 2012). Atualmente, estão sendo desenvolvidas muitas casas inteligentes e soluções de monitoramento remoto para apoiar os pacientes no ambiente domiciliar (Chan et al. 2009). Porém, a questão de segurança fundamental é como detectar a deterioração. No contexto hospitalar, David Bates e Eyal Zimlichman afirmam que “encontrar pacientes antes que eles colapsem” é o próximo passo importante a ser tomado na melhoria da segurança (Bates e Zimlichman 2014). Nos hospitais, os principais instrumentos para melhorar a detecção são os prontuários eletrônicos, sensores fisiológicos, sistemas analíticos de apoio à decisão e telefones celulares, pressupondo que será possível oferecer uma resposta clínica rápida assim que a deterioração for identificada. Todos esses sistemas podem, em teoria, ser utilizados no ambiente domiciliar, mas sua implementação não é nem um pouco simples.

O uso do monitoramento para melhorar o manejo de doenças crônicas nesse ambiente tem um grande potencial. Quatro dentre onze programas que fazem parte da US Medicare Coordinated Care Demonstration reduziram o número de internações entre 8% e 33% em participantes que tinham um alto risco de internação no curto prazo (Brown et al. 2012). O monitoramento domiciliar pode ser feito na forma de apoio telefônico e visitas, promoção do autocuidado e uso de vários dispositivos externos ou implantáveis. As intervenções usando múltiplos componentes incorporam, de várias maneiras, a melhoria da comunicação dentro da equipe, o planejamento do cuidado, a educação e o apoio a pacientes e cuidadores, o acesso direto ao cuidado hospitalar e o uso de tecnologias da informação (Jaarsma et al. 2013). Os serviços de monitoramento clínico à distância podem ser combinados ao apoio domiciliar, reduzindo o número e a duração das internações por agravamento de patologias (Anker et al. 2011), ainda que, atualmente, talvez não sejam adequadas para pacientes com incapacidades cognitivas, visuais ou outras incapacidades sensoriais (van den Berg et al. 2012). Os dispositivos implantados são comprovadamente eficazes na redução de internações por insuficiência cardíaca, reduzindo a necessidade de participação ativa do paciente (Bui e Fonarow 2012).

Quadro 8.4. O surgimento de novos papéis profissionais

A principal função dos gestores do cuidado é prestar e coordenar serviços para os pacientes, o que inclui coordenar o cuidado entre os diferentes profissionais

de saúde, ambientes e doenças, além de ajudar os pacientes a navegar o sistema. Embora essas atividades de coordenação do cuidado beneficiem qualquer paciente, elas podem ser especialmente úteis para aqueles com doenças crônicas e muitas necessidades de cuidado. Trabalhando de forma muito próxima aos pacientes e suas famílias, as atividades dos gestores do cuidado muitas vezes incluem:

- Avaliar (e reavaliar regularmente) as necessidades de cuidado dos pacientes;
- Desenvolver, reforçar e monitorar os planos para o cuidado de saúde;
- Educar e incentivar a autogestão;
- Transmitir informações entre diferentes profissionais da saúde e ambientes;
- Conectar os pacientes a recursos comunitários e serviços sociais.

Adaptado de Taylor et al. (2013)

Fica claro que, para que a atenção domiciliar seja bem sucedida, é necessário não apenas monitorar, mas também desenvolver um sistema de cuidado que inclua a seleção de indicadores fisiológicos apropriados, a interpretação oportuna dos dados por um profissional de saúde experiente e um mecanismo que permita responder rapidamente, de modo a prestar um tratamento apropriado e monitorar a resposta do paciente (Quadro 8.4). Poucas abordagens de monitoramento no ambiente domiciliar oferecem esse ciclo completo. Além disso, tais abordagens precisarão ser adaptadas a pacientes individuais de acordo com a gravidade da doença, a capacidade de autogestão do paciente, a disponibilidade de apoio e o ambiente de atenção domiciliar (Bui e Fonarow 2012).

Mitigação

Os benefícios da prestação do cuidado de saúde em casa, tanto para as doenças mais simples como para as mais graves, são inquestionáveis. Entretanto, à medida que a atenção domiciliar fica mais complexa, temos um risco proporcionalmente maior de eventos adversos; portanto, é preciso prever e planejar uma resposta para tais eventos e mitigar suas consequências. Num hospital, o início rápido de uma resposta para reparar o dano físico faz parte da prática clínica regular, e já discutimos a necessidade de apoio psicológico aos pacientes e profissionais de saúde. As estratégias de mitigação de dano no ambiente domiciliar deverão considerar tanto o impacto psicológico como a preparação para uma resposta de emergência. Caso ocorra uma crise, o paciente precisará ter acesso à pessoa certa no momento oportuno; a capacidade de reinternação rápida sempre que necessário será fundamental, especialmente no período noturno e nos fins de semana.

As responsabilidades dos cuidadores

O reconhecimento de que os profissionais de saúde podem ser gravemente afetados pelo papel que tenham desempenhado em um erro ou evento perigoso foi um avanço muito importante, embora os programas de apoio a esses profissionais ainda

sejam escassos. No ambiente domiciliar, pacientes e cuidadores assumem cada vez mais papéis profissionais e, portanto, também podem cometer erros graves e importantes. Se um familiar comete um erro, além de sentir todo o peso da responsabilidade, da mesma forma que os profissionais, ele também passa pela terrível experiência de causar dano a uma pessoa próxima. Entrevistas com cuidadores sugerem que a responsabilidade de administrar medicamentos potentes pode ser muito grande, tanto pelo compromisso de estar presentes no momento adequado como pela inquietação em relação a possíveis erros; muitos cuidadores não recebem orientações claras sobre os medicamentos, levando a omissões, doses incorretas, ansiedade e confusão, o que muitas vezes não é percebido pelos profissionais de saúde (While et al. 2013). Os parentes de pessoas que estão perto do final da vida enfrentam uma preocupação adicional ligada à aceleração do óbito pelo uso inadequado da medicação (Payne et al. 2014). O enturvamento das fronteiras entre cuidadores familiares e profissionais é difícil para todos os envolvidos, principalmente ao final da vida de uma pessoa. Além de apoiar e treinar os cuidadores, também teremos que considerar como prestar apoio no caso de erros graves, uma questão que até o momento não foi abordada.

Estratégias de mitigação na hemodiálise domiciliar

A hemodiálise domiciliar é extremamente benéfica para os pacientes, por conservar sua independência e autonomia e reduzir a dependência do hospital. Os pacientes e cuidadores podem ficar apreensivos com a perspectiva de executar um conjunto tão complexo de tarefas e com as possíveis emergências relacionadas à diálise (Pauly et al. 2015). Em geral, o procedimento é muito seguro, mas já foram registradas algumas mortes por erros, como um homem que morreu por exsanguinação após conectar uma bolsa de soro fisiológico ao circuito de sangue (Allcock et al. 2012). Nos estágios iniciais da hemodiálise domiciliar, os pacientes relatam erros frequentes enquanto aprendem os procedimentos e desenvolvem suas próprias estratégias de segurança pessoal, como garantir a ausência de interrupções e assegurar a disponibilidade de ajuda em caso de problemas (Rajkomar et al. 2014).

As unidades de hemodiálise bem estabelecidas oferecem treinamento e preparam os pacientes e cuidadores de forma bastante cuidadosa para os procedimentos no ambiente domiciliar. É fundamental incutir uma cultura da segurança sem assustar o paciente indevidamente, estabelecer a vigilância contínua tanto de pacientes como de profissionais e oferecer apoio contínuo. Além disso, Pauly et al.(2015) sugerem ser necessário desenvolver estratégias de segurança baseadas na previsão e na preparação para reduzir o risco de eventos adversos. Eles estabelecem uma série de medidas, dentre elas fornecer uma carta explicativa que o paciente possa levar ao serviço de emergência e assegurar que o paciente tenha todas as informações necessárias sobre os procedimentos de emergência, além de um conjunto de procedimentos para que os profissionais da saúde iniciem a resposta e aprendam com quaisquer eventos ocorridos. A lição mais importante do trabalho desses autores é que a preparação que eles oferecem aos pacientes e cuidadores inclui um conjunto abrangente e explícito de estratégias de segurança como parte do programa básico.

Reflexões sobre a segurança na atenção domiciliar

Ao destacar os riscos de segurança na atenção domiciliar, não queremos sugerir que ela não seja desejável ou possível. Ao contrário: ela é essencial para todos aqueles que desejem viver de forma independente o maior tempo possível. Também podemos ver que as inovações ligadas à medicina remota, ao monitoramento à distância e às casas inteligentes podem resolver satisfatoriamente alguns dos problemas relacionados à segurança descritos. Porém, a atenção domiciliar efetivamente envolve certos problemas fundamentais relacionados à segurança. O mais importante é a existência de um aparente conflito entre autonomia e segurança, embora esse conflito só exista se considerarmos que as pessoas idosas devem aderir ao modelo ultrasseguro de segurança. Na realidade, a segurança sempre é apenas um dentre vários objetivos; muitas vezes, assumimos riscos de forma consciente em busca de outros benefícios, como viagens, esportes ou explorações. Além disso, aceitamos o direito das pessoas de assumirem riscos pessoais, ainda que os custos das falhas muitas vezes recaiam sobre a população como um todo, quando essas pessoas são atendidas em hospitais. A segurança no ambiente domiciliar precisa ser avaliada da mesma forma; não em termos de segurança absoluta, mas comparada aos demais benefícios. Esse conceito é bem capturado pela expressão “a dignidade do risco”, usada na Austrália por pessoas que prestam serviços a pessoas idosas e fragilizadas. O modelo da segurança domiciliar, portanto, não é ultrasseguro; uma pessoa idosa e fragilizada atendida em casa tem mais em comum com um pescador em alto mar que com um piloto de avião. A segurança é administrada pela resiliência pessoal, pela experiência e por uma forte confiança no monitoramento, na adaptação e, acima de tudo, na recuperação.

Pontos principais

- A segurança na atenção domiciliar tem sido pouco estudada, embora saibamos que esse logo será o contexto mais importante para a prestação do cuidado de saúde.
- Muitos pacientes em atenção domiciliar sofrem eventos adversos. Os mais frequentes são as lesões causadas por quedas, as infecções de ferida cirúrgica, problemas comportamentais ou de saúde mental e resultados adversos causados por erros de medicação.
- A segurança do paciente no contexto domiciliar não pode ser concebida ou gerida da mesma forma que no contexto hospitalar, uma vez que os ambientes, funções, responsabilidades, normas, modelos de supervisão e contextos regulatórios são bastante distintos.
- Condições estressantes e potencialmente arriscadas podem aumentar significativamente (de forma direta ou indireta) o risco de eventos adversos no ambiente domiciliar.
- A responsabilidade pela segurança em casa recai principalmente sobre o paciente, os familiares e os parentes. Os cuidadores são um grupo especialmente vulnerável, com um maior risco de síndrome do esgotamento, fadiga e depressão.

- O pequeno número de normas disponíveis e a abordagem fragmentada dos profissionais de saúde aumentam a propensão a erros na atenção domiciliar.
- As intervenções de segurança devem dar mais importância à redução das internações, ao aumento do bem-estar, a uma melhor comunicação entre cuidadores e com os pacientes e a melhores estratégias de recuperação.
- É possível implementar o cuidado baseado em evidências no contexto domiciliar, mas isto é consideravelmente mais difícil que em outros ambientes. Podemos fazer muito para melhorar os sistemas de apoio, a detecção de problemas e a recuperação.
- O fato de destacarmos os riscos de segurança na atenção domiciliar não significa que ela não seja desejável ou possível. Não devemos aspirar à segurança absoluta na atenção domiciliar, e sim avaliar os riscos no contexto dos benefícios de viver em casa da forma mais independente possível. A segurança é gerida com base na resiliência pessoal, na experiência e numa forte ênfase no monitoramento, na adaptação e, acima de tudo, na recuperação.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Allcock K, Jagannathan B, Hood C, Marshall M (2012) Exsanguination of a home haemodialysis patient as a result of misconnected blood-lines during the wash back procedure: a case report. *BMC Nephrol* 13(1):28

Anker SD, Koehler F, Abraham WT (2011) Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet* 378(9792):731–739

Axelsson J, Elmståhl S (2004) Home care aides in the administration of medication. *International J Qual Health Care* 16(3):237–243

Baker A, Leak P, Ritchie LD, Lee AJ, Fielding S (2012) Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *Br J Gen Pract* 62(595):e113–e120

Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11(1):81–84

Bates DW, Zimlichman E (2014) Finding patients before they crash: the next major opportunity to improve patient safety. *BMJ Qual Saf*. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003499

Blais R, Sears NA, Doran D, Baker GR, Macdonald M, Mitchell L, Thalès S (2013) Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ QualSaf*. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002039

Brown RS, Peikes D, Peterson G, Schore J, Razafindrakoto CM (2012) Six features of medicare coordinated care demonstration programs that cut hospital admissions of high-risk patients. *Health Aff* 31(6):1156–1166

Bui AL, Fonarow GC (2012) Home monitoring for heart failure management. *J Am CollCardiol* 59(2):97–104. doi: 10.1016/j.jacc.2011.09.044

Campbell SM, Kontopantelis E, Reeves D, Valderas JM, Gæhl E, Small N, Roland MO (2010) Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007. *Ann Fam Med* 8(6):499–506

Chan M, Campo E, Estève D, Fourniols JY (2009) Smart homes—current features and future perspectives. *Maturitas* 64(2):90–97

Donelan K, Hill CA, Hoffman C, Scoles K, Feldman PH, Levine C, Gould D (2002) Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Aff* 21(4):222–231

Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M (2009) The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *J Nurs Manag* 17(2):165–174

Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S (2004) Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 25(3):164–170

Gershon RR, Pearson JM, Sherman MF, Samar SM, Canton AN, Stone PW (2009) The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. *Am J Infect Control* 37(7):525–533

Gershon RR, Dailey M, Magda LA, Riley HE, Conolly J, Silver A (2012) Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. *J Patient Saf* 8(2):51–59

Greenwald JL, Denham CR, Jack BW (2007) The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *J Patient Saf* 3(2):97–106

Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, Richmond D (2005) The effectiveness, acceptability and cost of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a

randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 10(3):158–166

Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, Eijdsen RA, Mackenbach JP, Nieboer AP (2014) The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital. *J Nurs Manag* 22(2):248–256

Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, Aliaga P, Hammer S, Jones R (2004) Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 44(5):665–679

IHI (2014) Ageing IHI-ISQUA seminar, Boston, EUA, Novembro de 2014

Jaarsma T, Brons M, Kraai I, Luttik ML, Stromberg A (2013) Components of heart failure management in home care; a literature review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 12(3):230–241. doi: 10.1177/1474515112449539

Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L (2009) A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalisation: a randomized trial. *Ann Intern Med* 150(3):178–187

Johnson KG (2005) Adverse events among Winnipeg home care clients. *Healthc Q (Toronto, Ont)* 9:127–134

Kadehjian EK, Schneider L, Greenberg JO, Dudley J, Kachalia A (2014) Challenges to implementing expanded team models: lessons from a centralised nurse-led cholesterol-lowering programme. *BMJ Qual Saf* 23(4):338–345

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297(8):831–841

Lang A, Edwards N, Fleiszer A (2008a) Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International J Qual Health Care* 20(2):130–135

Lang A, Macdonald M, Storch J, Elliott K, Stevenson L, Lacroix H, Donaldson S, Corsini-Munt S, Francis F, Curry C (2008b) Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthc Q (Toronto, Ont)* 12:97–101

Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE, Neerukonda KV, Metzger J, Toepp MC, Maul L, Classen DC, Wynia MK (2011) Research in ambulatory patient safety 2000–2010: a 10-year review. American Medical Association, Chicago

Macdonald M, Lang A, MacDonald JA (2011) Mapping a research agenda for home

care safety: perspectives from researchers, providers, and decision makers. *Can J Aging* 30(02):233–245

Madigan EA (2007) A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthc Nurse* 25(3):191–197

Pauly RP, Eastwood DO, Marshall MR (2015) Patient safety in home haemodialysis: quality assurance and serious adverse events in the home setting. *Hemodial Int* 19:S59–S70. doi: 10.1111/hdi.12248

Payne S, Turner M, Seamark D, Thomas C, Brearley S, Wang X, Blake S, Milligan C (2014) Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ Support Palliat Care* 5(2):181–188. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000658

Rajkomar A, Farrington K, Mayer A, Walker D, Blandford A (2014) Patients' and carers' experiences of interacting with home haemodialysis technology: implications for quality and safety. *BMC Nephrol* 15(1):195

Reiling J (2006) Safe design of healthcare facilities. *Qual Saf Health Care* 15(suppl1):i34–i40

Romagnoli KM, Handler SM, Ligons FM, Hochheiser H (2013) Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. *BMJ Qual Saf* 22:324–332. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001207

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, Applebaum S (2012) A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff* 31(12):2805–2816

Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S (2013) The incidence of adverse events among home care patients. *International J Qual Health Care* 25(1):16–28

Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS (2009) Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA* 301(16):1671–1680

Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Tibaldi V, Wilson AD (2009) Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Can Med Assoc J* 180(2):175–182

Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS (2005) Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health

outcomes. *Age Ageing* 34(6):626–632

Stadnyk RL, Lauckner H, Clarke B (2011) Improving quality of care in nursing homes: what works? *Can Med Assoc J* 183(11):1238–1239

Stajduhar KI (2002) Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care* 19(1):27–35

Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN (2013) Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med* 11(1):80–83

Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, Bergerone S, Riccaud NA (2009) Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 169(17):1569–1575

United Nations Population Fund (2012) Ageing in the twenty-first century. Nova York. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>

van den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W (2012) Telemedicine and telecare for older patients—a systematic review. *Maturitas* 73(2):94–114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.06.010>

What can the UK learn from health innovation in India (2014). Health Foundation, Londres

While C, Duane F, Beanland C, Koch S (2013) Medication management: the perspectives of people with dementia and family carers. *Dementia* 12(6):734–750. doi: [10.1177/1471301212444056](https://doi.org/10.1177/1471301212444056)



Capítulo 9 - Estratégias de Segurança na Atenção Primária

A segurança do paciente é uma nova disciplina que surgiu de preocupações médico-legais associadas aos riscos de eventos adversos específicos e de fácil identificação, associados principalmente ao cuidado hospitalar. Porém, na atenção primária os pacientes são acompanhados por longos períodos, e os problemas relacionados à segurança que surgem muitas vezes têm uma natureza muito diferente. Sugerimos anteriormente que deveríamos redefinir a segurança do paciente como a gestão de riscos ao longo do tempo; essa perspectiva talvez esteja mais adaptada às maiores escalas de tempo observadas na atenção primária.

Excetuando-se os comportamentos criminosos excepcionais, como o caso de Harold Shipman (Baker e Hurwitz 2009), a atenção primária não costuma ser considerada como uma fonte importante de eventos adversos específicos. Suas prioridades são melhorar o acesso e promover a qualidade geral do cuidado, e não examinar as vulnerabilidades sistêmicas e os problemas relacionados à segurança. No entanto, quando começamos a avaliar a segurança ao longo do tempo, em vez de analisar incidentes específicos, os problemas relacionados à segurança podem ficar mais visíveis. Neste capítulo, vamos descrever resumidamente os conhecimentos atuais sobre a segurança do paciente na atenção primária e, em seguida, consideraremos se as cinco abordagens estratégicas podem ser aplicadas neste contexto.

Desafios para a atenção primária

A atenção primária enfrenta enormes desafios em todos os países. As pessoas vivem por mais tempo, muitas vezes com uma ou várias doenças crônicas, precisam de um maior apoio na comunidade e, ao mesmo tempo, almejam uma boa qualidade de vida em casa. Os médicos da atenção primária tratam cada vez mais pacientes com doenças complexas e comorbidades, o que torna impossível prestar um cuidado ideal e plenamente seguro a todos os pacientes. As clínicas de atenção primária precisam coordenar uma gama ampla de profissionais e responder aos valores e preferências dos pacientes. A necessidade crescente de personalizar a medicina e envolver o paciente nas decisões sobre seu cuidado, embora esteja de acordo com os valores da atenção primária, exige mais tempo do que temos à nossa disposição (Snowdon et al. 2014).

Os médicos da atenção primária expressam frustração com o fato de que os conhecimentos e habilidades que precisam dominar excedem os limites da capacidade humana (Bodenheimer 2006). A introdução da genômica e da medicina personalizada

umentará a complexidade e as demandas impostas aos serviços de atenção primária, bem como o volume de conhecimentos e tecnologias que os profissionais da saúde precisarão entender e utilizar. O número de médicos generalistas que trabalham sozinhos está em franco declínio. Os médicos da atenção primária trabalham em clínicas maiores e em federações, a fim de prestar um cuidado mais consistente e coordenado. Enfermeiros e outros profissionais estão assumindo mais responsabilidades e competências clínicas. Porém, embora tais modificações sejam importantes, não serão suficientes para gerir os desafios atuais e futuros. A segurança na atenção primária deve ser reconsiderada à luz do que expusemos aqui, dando mais prioridade às estratégias nacionais de segurança do paciente na atenção primária e desenvolvendo intervenções apropriadas a esse contexto.

A natureza dos riscos na atenção primária

Os médicos da atenção primária trabalham em conjunto para identificar e resolver problemas durante consultas curtas, que na Europa duram tipicamente entre 7 e 16 minutos. Os pacientes muitas vezes (mas não sempre) se apresentam com as primeiras manifestações de uma doença, frequentemente sob um pano de fundo de problemas psicossociais e comorbidades físicas preexistentes. Nessas circunstâncias, o diagnóstico é necessariamente provisório. Os médicos generalistas enfrentam a tarefa extremamente difícil de identificar os poucos casos de doenças graves dentre um grande número de problemas menores. Nesse contexto, estar “seguro”, no sentido de ter certeza de que um paciente não tem uma doença grave, não é viável. Não seria adequado investigar todos os problemas para se chegar a uma certeza diagnóstica; a ansiedade gerada, os riscos dos exames diagnósticos e a inconveniência causada aos pacientes seriam contraproducentes. Além disso, essa prática levaria qualquer sistema de saúde à falência em poucos meses. Considerando essa equação, o tempo muitas vezes é usado como um instrumento diagnóstico e terapêutico, mas sempre com uma flexibilidade considerável.

Os pacientes da atenção primária têm muito mais liberdade que em qualquer sistema hospitalar. Eles podem decidir não seguir as recomendações dos enfermeiros ou médicos, pois elas vão contra seus objetivos pessoais ou estilo de vida; isso costuma acontecer em 30% a 50% dos pacientes (Barber 2002). Os pacientes da atenção primária, por sua maior autonomia, podem aumentar o risco de eventos adversos em algumas circunstâncias, o que levanta uma série de questões médico-legais e éticas de difícil resolução (Buetow et al. 2009).

Até pouco tempo atrás, muitos médicos generalistas trabalhavam sozinhos ou em pequenos grupos. Esse modelo de atuação, muitas vezes combinado a uma carga de trabalho muito elevada, torna difícil avaliar os riscos ao nível sistêmico ou considerar estratégias mais amplas de gestão de riscos. Os médicos generalistas e outros profissionais da atenção primária podem ter altos padrões pessoais de cuidado sem ter consciência da frequência ou do impacto dos erros ou da vulnerabilidade e dos riscos aos pacientes no sistema de saúde como um todo (Jacobson et al. 2003). A flexibilidade, a diversidade e a abordagem personalizada a cada paciente, que os profissionais da atenção primária

enxergam corretamente como alguns de seus pontos fortes, tornam muito difícil definir erros e eventos adversos de uma forma razoável e consistente.

Erro e dano na atenção primária

Estudos em hospitais mostram que diferentes métodos de coleta de dados revelam diferentes tipos de erros e danos; assim, é necessário combinar métodos para mapear o panorama da segurança (Hogan et al. 2008). O mesmo acontece na atenção primária (Sandars e Esmail 2003). Um estudo usou cinco métodos diferentes para identificar eventos adversos: eventos adversos notificados por médicos, por farmacêuticos, por pacientes que sofreram os eventos, avaliação de uma amostra aleatória de prontuários e avaliação de todos os pacientes falecidos. Não houve nenhuma sobreposição entre os eventos adversos identificados por estes métodos. O maior número de eventos foi observado na pesquisa com pacientes, e o menor foi observado na pesquisa com farmacêuticos (Wetzels et al. 2008). Essas dificuldades de medição devem-se, em parte, à ausência de sistemas desenvolvidos para monitorar a segurança nesse contexto, mas também às dificuldades em definir erros e eventos adversos.

Os cinco principais erros no cuidado de saúde informados por médicos de família foram: erros na prescrição de medicamentos, erros na realização do exame laboratorial correto, feito para o paciente certo e no momento oportuno, erros no sistema de arquivamento de prontuários de paciente, erros na distribuição de medicamentos e erros na resposta a resultados laboratoriais anormais. A má comunicação e coordenação entre profissionais e diferentes elementos do sistema de saúde e de assistência social são a principal causa de muitos dos problemas identificados (Dovey et al. 2003). Tanto a falta de informações precisas e oportunas depois da alta hospitalar como os atrasos na obtenção de resultados de exames são riscos importantes (Kripalani et al. 2007; Callen et al. 2012). Um estudo mais recente sobre eventos adversos na atenção primária (ESPRIT) usou um método prospectivo de coleta de dados ao longo de sete dias consecutivos (Kret e Michel 2013). Médicos generalistas informaram 475 erros num total de 13.438 consultas (pouco menos de 3%), mas 95% dos erros informados foram leves, e suas consequências foram imediatamente reconhecidas. Esses estudos identificam problemas importantes, mas restringem-se aos erros que são imediatamente detectados por médicos da atenção primária, o que, na prática, significa que são aqueles que ocorrem dentro da clínica ou que envolvem a comunicação com outros serviços.

Estudos que monitoram os erros ao longo de um período de tempo específico, embora valiosos, claramente não detectam problemas que só são revelados a longo prazo, como os erros ou atrasos no diagnóstico, que são muito mais frequentes em estudos sobre queixas e processos judiciais. A alegação mais comum nos processos por negligência médica na atenção primária (até 40% do total de queixas) envolve diagnósticos não realizados ou feitos em atraso, especialmente em casos de câncer e doenças cardíacas (Gandhi et al. 2006; Singh et al. 2013). Mais uma vez, isto reflete o quanto é difícil, para um médico generalista que trabalha sozinho, monitorar e detectar problemas graves, porém raros, que não ficam imediatamente evidentes na rotina diária, além da necessidade

de considerarmos os problemas relacionados à segurança durante períodos muito mais longos neste contexto.

Erros de diagnóstico

Os erros de diagnóstico ainda não recebem a atenção que merecem, considerando-se sua provável importância como fatores contribuintes de dano ou de um cuidado abaixo do ideal. A ênfase nos sistemas fez com que deixássemos de analisar certas habilidades clínicas fundamentais, como o diagnóstico e a tomada de decisões (Wachter 2010), que estão voltando a se tornar um foco importante. Os resultados de casos de câncer no Reino Unido, embora tenham melhorado, são piores que em muitos países europeus; em parte, isso pode ser explicado por atrasos ou erros nos diagnósticos iniciais (Lyrtzopoulos et al. 2014). O estudo dos erros de diagnóstico é complexo, uma vez que é difícil defini-los e especificar sua ocorrência num momento específico, além do fato de não serem diretamente observáveis. O termo “erros de diagnóstico” pode indicar eventos relativamente isolados, como a não identificação de uma fratura numa radiografia, ou uma narrativa que se desenvolve ao longo de meses ou até anos, como um diagnóstico tardio de câncer de pulmão devido a falhas na coordenação do tratamento ambulatorial (Vincent 2010). Tais exemplos mostram que o termo “erro” pode ser uma simplificação excessiva de uma longa história de doença não diagnosticada.

Estudos sobre múltiplas consultas na apresentação de casos de câncer mostram que a natureza da doença (tanto sua apresentação como raridade) é um preditor importante da rapidez do diagnóstico. A maioria dos pacientes com câncer é atendida na atenção primária com sintomas que têm valores preditivos positivos baixos ou muito baixos. Mesmo sintomas de “alerta vermelho” (como hemorragia retal, disfagia, hemoptise e hematúria) não são fortemente associados à presença de câncer. Apesar desses desafios, aproximadamente 80% dos pacientes com câncer são encaminhados a um especialista hospitalar depois de uma (50%) ou duas (30%) consultas. Entretanto, uma minoria considerável (20%) de pacientes com câncer com sintomas relevantes consulta um médico de atenção primária três vezes ou mais antes de ser encaminhado. Os formuladores de políticas e as instituições beneficentes ligadas ao câncer consideram que esse número geralmente reflete um atraso evitável. No entanto, esses pacientes costumam apresentar cânceres especialmente difíceis de diagnosticar, devido à sua sintomatologia não específica (Lyrtzopoulos et al. 2014).

Ainda temos muitos desafios a enfrentar, até mesmo na identificação de todos os diferentes tipos de erros, eventos adversos e problemas mais amplos relacionados à segurança na atenção primária. São muitos os problemas ligados à definição e à metodologia. Entretanto, evidências obtidas em diversos ambientes indicam riscos a pacientes causados por vulnerabilidades tanto de pessoas como de sistemas, embora essa observação deva ser considerada com cuidado, visto que os médicos da atenção primária não podem (e, enfaticamente, não devem) tentar minimizar todos os riscos possíveis; essa abordagem levaria a um excesso de exames e tratamentos, e seu custo seria completamente inacessível. A gestão de riscos nesse contexto é difícil; sugerimos que, atualmente, ela é amplamente

vista como uma responsabilidade de médicos individuais. Médicos, enfermeiros e outros profissionais da atenção primária obviamente desempenham um papel fundamental na gestão de riscos, por meio da negociação, da tomada de decisões em conjunto e do tratamento de pacientes individuais. Porém, assim como no ambiente hospitalar, é preciso olhar além da perspectiva individual e tentar imaginar como seria a gestão dos riscos e da segurança numa população de pacientes. Será possível aplicar o referencial das cinco estratégias e suas intervenções associadas nesse contexto, estabelecendo uma abordagem conceitual e prática para a gestão de riscos na atenção primária?

A segurança como melhor prática

A adesão às melhores práticas e à medicina baseada em evidências é tão importante na atenção primária quanto em outros contextos. Na Inglaterra, tem sido dada muita ênfase aos incentivos externos para melhorar a atenção primária, principalmente com o uso do sistema de pagamento por desempenho (PPD). O Reino Unido foi pioneiro nesta prática, que começou em 2004 com o Referencial de Qualidade e Resultados (Quality and Outcomes Framework); os Estados Unidos, a França e outros países desenvolveram projetos semelhantes. A ideia do PPD é bastante simples: pagar pela adesão à medicina baseada em evidências. O pagamento por desempenho certamente pode levar a mudanças em práticas específicas, mas seu impacto geral sobre a qualidade do cuidado e os valores profissionais ainda é discutido (Lee et al. 2012; Hussey et al. 2011; Ryan et al. 2015). Independentemente disso, a questão mais difícil da perspectiva da segurança é que o PPD não aborda os três principais eventos adversos citados na literatura: atraso ou não realização de diagnóstico, segurança de medicamentos e estratégias de cuidado e de vigilância inadequadas (Brami e Amalberti 2010; Lorincz et al. 2011).

Muitas intervenções usam abordagens de melhoria da qualidade para aumentar a adesão a diretrizes, a fim de melhorar os resultados para os pacientes (Marshall et al. 2013). Por exemplo, a depressão em ambientes de atenção primária muitas vezes não é bem manejada ou tratada levando a resultados inadequados. Como ela é uma das principais causas de incapacidade no mundo inteiro, esse é um problema crucial. Num estudo notável sobre abordagens de melhoria da qualidade, consultórios de atenção primária nos Estados Unidos foram randomizados ao cuidado habitual ou a um programa de melhoria da qualidade. A intervenção envolveu um compromisso institucional com a melhoria de qualidade, a identificação de um conjunto de pacientes potencialmente deprimidos, a formação de especialistas locais e de enfermeiros especialistas para educar os profissionais da saúde e os pacientes e o acesso a psicoterapeutas treinados ou a enfermeiros para o acompanhamento da medicação. Os resultados de saúde mental e de retenção do emprego pelos pacientes deprimidos melhoraram ao longo de um ano, enquanto o número total de consultas médicas não aumentou. Um investimento modesto em melhoria da qualidade produziu ganhos consideráveis em algumas áreas, incluindo um importante aumento na detecção de pacientes com depressão (Wells et al. 2000).

Estudos sobre erros de diagnóstico conhecidos na atenção primária indicam que a

maior parte ocorre em doenças comuns, como pneumonia, câncer, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda e infecção urinária; naturalmente, isso se deve em parte ao fato de serem doenças comuns. Os problemas identificados podem acontecer durante a consulta clínica, mas também estão relacionados a encaminhamentos, a fatores ligados aos pacientes e ao acompanhamento e rastreamento das informações diagnósticas, além dos resultados e da interpretação de exames diagnósticos. Embora alguns desses problemas possam ser resolvidos melhorando-se individualmente as habilidades dos médicos, isso provavelmente não terá um impacto significativo. Em primeiro lugar, porque muitos erros de diagnóstico podem ser causados por características fundamentais da cognição humana, que são difíceis de mudar. As pessoas muitas vezes utilizam heurísticas eficazes no pensamento cotidiano que costumam ser muito úteis, mas também podem levar a erros em situações nas quais é necessário um pensamento mais analítico (Kahneman 2011). Foi identificado um grande número de heurísticas e vieses (Croskerry 2013), e ainda não está claro se é possível, e muito menos se é custo-efetivo, treinar pessoas para melhorar a precisão diagnóstica. Com relação à gestão de riscos, talvez seja melhor investir na melhoria dos aspectos mais manejáveis do sistema (como a comunicação de resultados de exames) e, o que provavelmente seja mais importante, investir mais tempo e esforços no seguimento de pacientes que se apresentam inicialmente com sintomas potencialmente graves. Para isso, seria necessário desenvolver sistemas infalíveis para detectar resultados anormais negligenciados e para entrar em contato com pacientes que não compareçam a exames ou consultas de acompanhamento agendados (Lyrtzopoulos et al. 2014). Nos nossos termos, passaríamos de uma abordagem de melhores práticas e melhoria dos sistemas a uma abordagem de monitoramento, adaptação e recuperação. Reconheceríamos que alguns atrasos e erros de diagnóstico são inevitáveis e deslocaríamos o equilíbrio de recursos em direção à detecção rápida.

Melhoria do sistema

A prestação do cuidado idealizado pelas diretrizes é obviamente um objetivo desejável, mas sempre será difícil alcançá-lo. Há muitas razões para isso, mas duas são especialmente importantes. Em primeiro lugar, as diretrizes são apenas um guia parcial para o tratamento, até mesmo para pessoas relativamente saudáveis com uma só doença. Ao cuidar de uma pessoa idosa, fragilizada e com múltiplas comorbidades, os médicos precisam fazer vários ajustes para prestar o melhor cuidado possível (Persell et al. 2010). Um segundo problema principal é o extraordinário ritmo das inovações médicas e o consequente crescimento exponencial dos conhecimentos científicos na medicina moderna; a meia-vida de um conhecimento é de apenas seis anos na maioria das especialidades (Shojania et al. 2007; Alderson et al. 2014). Quando surgem novos conhecimentos, é preciso tempo para que eles se consolidem e sejam transformados em diretrizes e recomendações. Mais uma vez, é preciso bastante tempo para estabelecer um novo sistema de recomendações e atualizá-las a um ritmo adequado, gerando informações relevantes para o tratamento de pacientes idosos com comorbidades.

A introdução da tecnologia da informação e dos prontuários eletrônicos é a

melhor resposta possível à rápida evolução dos conhecimentos e práticas na medicina. Espera-se que as novas tecnologias auxiliem na tomada de decisões clínicas e na prescrição, forneçam instruções para a solicitação e verificação de resultados de exames, aumentem a cooperação e permitam que os pacientes tenham acesso a seus prontuários (De Lusignan et al. 2014); elas também podem facilitar novas abordagens na avaliação do desempenho clínico e na detecção do cuidado deficiente (Weiner et al. 2012). Entretanto, o uso efetivo dessas tecnologias dependerá de sua implementação consistente em âmbito nacional e do treinamento para sua utilização, sem causar uma sobrecarga de informações, recomendações e alertas (Shoen et al. 2012; Jones et al. 2014). Os benefícios desses sistemas ainda não foram alcançados em sua completude, mas já começamos a notar que a sua introdução tem uma série de consequências imprevistas, algumas das quais são muito indesejáveis. Por exemplo, antigamente os profissionais de saúde conversavam com o radiologista para discutir uma tomografia computadorizada ambígua, mas atualmente eles tomam suas próprias decisões olhando para uma tela. Jovens médicos verificam o estado de seus pacientes no prontuário eletrônico em vez de vê-los pessoalmente (Wachter 2015).

As estratégias de otimização (melhores práticas e melhoria do sistema) são perfeitamente viáveis quando conduzidas em grande escala, mas muito mais difíceis de implementar num pequeno consultório ou clínica de atenção primária. As melhorias necessárias no sistema de atenção primária e as alavancas para as mudanças são questões a ser tratadas em âmbito nacional, ou ao menos regional. Programas com metas de melhoria claras e específicas podem ter um bom impacto, como vimos no exemplo do tratamento da depressão; entretanto, são necessários recursos consideráveis para obtermos um efeito em grande escala. As clínicas de atenção primária podem adotar algumas estratégias de otimização, porém, localmente, precisariam usar outras estratégias de segurança que deem mais ênfase à gestão ativa dos riscos.

Estratégias de controle de riscos

Quando os sistemas estão sob pressão, é preciso considerar o uso de estratégias de controle de riscos para manter a segurança e, potencialmente, limitar os custos. Um exemplo importante do controle de riscos é a imposição de restrições à prática clínica em circunstâncias que representem riscos elevados aos pacientes. Esse método de controle fica mais evidente na prescrição e na administração de medicamentos de alto risco. Por exemplo, na atenção primária, certos medicamentos não podem ser prescritos por médicos generalistas ou entregues por farmacêuticos da comunidade.

O argumento a favor do controle de riscos consiste essencialmente na ideia de que é melhor gerir a demanda e as condições de trabalho de forma explícita para manter os padrões e preservar a segurança; a alternativa seria um sistema que presta algum cuidado de alta qualidade, mas que potencialmente foge do controle. O tipo de controle mais evidente seria limitar o número máximo de pacientes atendidos por uma única equipe de atenção primária, o que varia de acordo com as características dos pacientes e a forma como o cuidado é prestado. Se as necessidades dos pacientes e a duração das consultas puderem ser avaliadas de forma realista, limitar o número de pacientes por equipe é uma

opção possível; no entanto, soluções dessa natureza só podem ser alcançadas ao nível nacional. A demanda pode ser administrada localmente, com um maior envolvimento de enfermeiros e profissionais paramédicos na prestação do cuidado ou pela transferência a hospitais ou outras unidades, mas isso talvez não seja viável em áreas isoladas ou mais pobres. Porém, temos muitos exemplos de controle de riscos na atenção primária, e essa estratégia específica pode ser avaliada de forma muito mais aprofundada.

Controle por avaliação de competência

Quase todos os países com sistemas de saúde desenvolvidos têm procedimentos para credenciar médicos, identificando e potencialmente reciclando os que ficam aquém do padrão necessário. Quaisquer que sejam os méritos da abordagem sistêmica à segurança, não há dúvida de que parte dos problemas está ligada à qualidade do cuidado prestado por alguns profissionais. Na Austrália, por exemplo, 3% da força de trabalho foi responsável pela metade das queixas, e alguns profissionais foram objeto de repetidas reclamações. Muitos países exigem que os médicos generalistas participem de programas de educação profissional continuada e de um processo de recredenciamento formal (como Holanda, Noruega e Estados Unidos). Cada médico deve demonstrar que participou de tais programas e deve aderir às exigências do processo de recertificação (Murgatroyd 2011). Quando esses sistemas identificam médicos de baixo desempenho, eles passam por um novo treinamento, e sua autorização para praticar a medicina pode ser restringida. Entretanto, tais sistemas de vigilância são complexos e nem sempre muito eficazes (Lipner et al. 2013). Embora a responsabilização e as sanções sejam uma parte fundamental do arsenal de segurança, elas não são fáceis de implementar ou manter.

Controle de perigos

O controle dos perigos conhecidos pode ter aplicação mais imediata na atenção primária. Por exemplo, seu uso é muito importante na saúde mental. Talvez lamentavelmente, os exemplos mais conhecidos são aqueles que envolvem contenção física ou farmacológica de pacientes; enfermarias trancadas, técnicas de contenção física e farmacológica dos pacientes são, felizmente, usadas com muito mais moderação que no passado. No entanto, existem métodos muito mais sutis de controle de riscos que podem ser aplicados em âmbito populacional e que tentam controlar os perigos, e não as pessoas. Por exemplo, o analgésico paracetamol era um método comum de suicídio e automutilação não fatal, responsável por muitos óbitos acidentais e sendo causa frequente de hepatotoxicidade e internações em unidades especializadas. A legislação introduzida pelo governo do Reino Unido em 1998 restringiu o tamanho da embalagem a 32 comprimidos quando vendido em farmácias e a 16 comprimidos quando vendido em outros locais. A redução do tamanho da embalagem pode não parecer uma abordagem eficaz para reduzir o risco de envenenamento, mas muitas pessoas entrevistadas após superdosagens informaram que esse foi um ato impulsivo, em que usaram os medicamentos disponíveis

em casa. Portanto, as embalagens menores reduziram o risco de tais atos. Dez anos depois, foi observada uma redução importante e sustentada nos casos de suicídio e nos danos causados pelo paracetamol, e outras restrições a produtos contendo paracetamol também foram bem sucedidas (Quadro 9.1) (Gunnell et al. 2008; Hawton et al. 2012).

Quadro 9.1. Retirada do co-proxamol do mercado para reduzir os casos de suicídio

O grande número de envenenamentos fatais com o analgésico co-proxamol foi uma preocupação por muitos anos. A margem entre as concentrações terapêuticas e as potencialmente letais é relativamente pequena. Entre 1997 e 1999, o co-proxamol foi o medicamento mais usado para o suicídio na Inglaterra e no País de Gales (766 óbitos num período de 3 anos). O Comitê de Segurança dos Medicamentos (CSM) aconselhou sua retirada do mercado no Reino Unido, o que foi feito em dezembro de 2007.

No período pós-intervenção (2005 a 2007), observou-se uma redução acentuada na prescrição desse medicamento, com uma queda de 59%. A prescrição de outros analgésicos aumentou significativamente nesse período. Tais modificações estiveram associadas a uma redução relevante no número de óbitos envolvendo o co-proxamol: a estimativa é que tenham ocorrido 295 suicídios e 349 óbitos a menos, incluindo os envenenamentos acidentais. Nos seis anos após a retirada do co-proxamol do mercado, observou-se uma queda importante no número de óbitos por envenenamento envolvendo o medicamento, sem aumento evidente nos óbitos envolvendo outros analgésicos.

Adaptado de Hawton et al. (2012)

Monitoramento, adaptação e resposta

Obviamente, os médicos generalistas e outros profissionais da atenção primária estão constantemente envolvidos no monitoramento de pacientes, mas uma estratégia de segurança desta natureza representa uma tentativa mais ampla de aumentar a capacidade de detectar a deterioração e outros problemas na prestação do cuidado de saúde à população em geral. Como exemplos, podemos considerar uma proposta dirigida a profissionais e uma outra destinada a desenvolver uma cultura mais colaborativa para ajudar os profissionais da atenção primária a adotar uma abordagem centrada no paciente e melhorar o trabalho em equipe.

Desenvolver uma abordagem mais sistemática para a observação e a espera

O tempo é uma forma essencial de gestão dos riscos na atenção primária. Com base nos sintomas do paciente, o médico generalista pode saber que há uma pequena probabilidade de ser um caso de câncer ou outro problema grave; no entanto, não seria

viável nem indicado encaminhar todos os pacientes com esses sintomas a um especialista. Em vez disso, os médicos pedem aos pacientes que observem e monitorem qualquer modificação nos sintomas. O uso do tempo é fundamental nas rotinas dos médicos e na gestão da prática. Ao longo do tempo, a doença e as circunstâncias evoluem: um problema encontrado num determinado momento não será o mesmo num momento posterior. Aguardar resolve muitos problemas de saúde na medicina generalista; alguns simplesmente se resolverão, independentemente do diagnóstico ou da intervenção, enquanto outros manifestarão um padrão de sintomas muito mais claro. Em um número significativo de casos, a melhor maneira de administrar a situação é apenas monitorar seu desenvolvimento e evitar qualquer intervenção. Paradoxalmente, a espera muitas vezes é mais valiosa que a atuação imediata, desde que o paciente e o médico trabalhem em conjunto no monitoramento dos sintomas e que haja confiança de ambos os lados. Embora essa estratégia seja bem conhecida e implicitamente aceita tanto por médicos como por pacientes, o uso do tempo como uma estratégia para a gestão quase não foi estudado de forma explícita.

O desenvolvimento do Referencial de Ritmos (Tempos Framework, Amalberti e Brami 2012) reflete a importância da gestão do tempo na atenção primária. O referencial descreve cinco escalas de tempo, chamadas “ritmos”, que devem ser processadas em paralelo pelo médico generalista: (1) o ritmo da doença (uma evolução rápida e inesperada, reação lenta ao tratamento); (2) o ritmo do consultório (agenda cotidiana e interrupções); (3) o ritmo do paciente (tempo para expressar sintomas, adesão, emoções); (4) o ritmo do sistema (tempo para consultas, exames e feedback) e (5) o ritmo do médico (tempo para acessar o conhecimento). Esse referencial (Tabela 9.1) pode servir de base para detectar eventos adversos e para a recuperação, bem como para melhorar a análise dos eventos adversos (ver Cap. 6).

Tabela 9.1 Referencial de ritmos na atenção primária

Ritmo da doença	A doença induz ao erro por evoluir de forma mais rápida ou mais lenta que o habitual.
	Ação terapêutica inadequada, muito lenta e ineficiente. São dadas garantias infundadas ao paciente, baseadas na evolução normal da doença.
	São dadas explicações ou instruções incompletas ao paciente e seus familiares sobre o que deve ocorrer, quando deve ocorrer, que elementos caracterizam um sinal de alerta e o que fazer em cada caso.

Ritmo do médico	Dificuldades em acessar os conhecimentos adequados na hora certa devido a sintomas que induzem ao erro, fadiga, pressões ou interrupções.
	A técnica necessária para a intervenção clínica não é aplicada com o rigor habitual por má prática, interrupções, fadiga etc.
	O médico não identifica o caso como algo que está além de suas competências.
Ritmo do consultório	Agenda excessivamente ocupada, pressões de tempo.
	Interrupções por questões administrativas, telefonemas, pacientes, secretárias etc.
	Dificuldades em rastrear os dados do paciente, prontuário do paciente escrito de forma apressada, estilo de escrita minimalista.
Ritmo do paciente	O paciente não revela seus sintomas, minimizando-os ou adiando o momento de comunicá-los.
	Má relação médico-paciente, conflitos, contextos específicos.
Ritmo do sistema	Atraso no agendamento de exames de imagem ou consultas com especialistas.
	Abordagem inesperada do serviço de emergência, enviando o paciente para casa.
	Perda de informações entre profissionais de diferentes disciplinas, cartas enviadas e não recebidas, mensagens não transmitidas.

Adaptado de Amalberti e Brami (2012)

Os programas para melhorar a transição têm vários componentes, e ainda existe pouca consistência entre as abordagens adotadas pelos diversos programas estudados. A maior parte deles tem uma equipe dedicada à alta hospitalar, executa a conciliação medicamentosa e oferece orientações e às vezes treinamento aos pacientes e suas famílias. Entretanto, alguns programas também contam com um enfermeiro dedicado à transição ou outro profissional que tenha a responsabilidade específica de monitorar o progresso do paciente depois da alta, por meio de chamadas telefônicas ou consultas, coordenando os outros profissionais e respondendo a qualquer sinal de deterioração. Os estudos dão

poucos detalhes sobre como esses programas são financiados e quanto treinamento é necessário para tais profissionais. Surpreendentemente, nem mesmo os programas mais abrangentes tentaram envolver os principais prestadores da atenção primária, ou o fizeram de forma limitada (Rennke et al. 2013). Essa abordagem ampla se baseia, em parte, na melhoria da confiabilidade do cuidado dentro do hospital, mas do nosso ponto de vista, a abordagem após a alta é uma abordagem de previsão, monitoramento, adaptação e resposta às necessidades do paciente; esta é uma estratégia de segurança muito diferente da que geralmente é considerada no contexto da atenção primária, que é amplamente dominada por tentativas de melhorar a adesão às diretrizes.

As estratégias para aumentar a segurança na atenção primária precisarão de muitos dos componentes desses programas de transição. Será essencial enfatizar bastante o envolvimento do paciente, a coordenação e a cooperação (tanto dentro de uma equipe como entre diferentes equipes) e, acima de tudo, uma mentalidade de previsão, monitoramento e cuidado com o paciente para além da sua internação ou consulta na atenção primária. Os prestadores da atenção primária obviamente adotam esse ponto de vista, mas os sistemas (ou melhor, a falta deles) dificultam consideravelmente sua prática. Esse trabalho de coordenação e organização poderia ser atribuído a um membro da equipe de saúde que assumisse essas funções. Os novos cargos de consultores de qualidade e gestores do cuidado aumentariam a capacidade da equipe de atenção primária de monitorar a segurança. O gestor do cuidado pode assumir a responsabilidade fundamental de prestar e coordenar os serviços para os pacientes, o que inclui coordenar o cuidado entre os diferentes profissionais, ambientes e doenças, além de ajudar os pacientes a navegar o sistema (Taylor et al. 2013).

Mitigação

Como discutimos anteriormente, a capacidade de responder rapidamente à deterioração é essencial para o cuidado seguro, tanto dentro como fora do hospital. O termo “mitigação” se estende ao cuidado de pacientes cujo tratamento, de alguma forma, causou dano que se tornou um novo problema, tanto para os pacientes como para os que cuidam deles. Naturalmente, para lidar com tais situações, os serviços precisam ter a capacidade de responder rapidamente e de executar todas as intervenções clínicas necessárias, mas também é necessária uma resposta mais ampla para resolver problemas específicos associados ao dano causado pelo cuidado deficiente, e não pela doença.

Em outros ambientes, enfatizamos a necessidade de oferecer apoio tanto aos pacientes como aos profissionais de saúde; o mesmo vale na atenção primária. O desenvolvimento de programas formais para prestar esse tipo de apoio tem sido difícil, até mesmo em hospitais que possuem recursos e dimensão suficientes para iniciar e sustentar esse tipo de projeto. Na atenção primária, o apoio tanto aos pacientes como aos profissionais de saúde se baseia em ações individuais e na existência de colegas responsivos e compassivos. Na maioria dos casos, isso é suficiente. No entanto, como discutimos anteriormente, podem ser necessários programas de psicoterapia ou outras intervenções maiores e de mais longa duração para ajudar os pacientes, cuidadores ou

profissionais de saúde envolvidos em erros ou falhas graves. Atualmente, é muito difícil prover esses programas na atenção primária, embora as associações profissionais ofereçam algum apoio. Com o aumento da integração da atenção primária, poderemos pensar mais estrategicamente na gestão de riscos em populações, lembrando que, embora a prevenção e a detecção sejam prioritárias, não devemos negligenciar a mitigação.

Reflexões sobre a segurança na atenção primária

Pode parecer prematuro refletir sobre estratégias de segurança na atenção primária, dada a lenta evolução da segurança do paciente nesse ambiente. Uma revisão da segurança na atenção primária nos Estados Unidos, publicada dez anos após o importante relatório *To err is human*, identificou várias lacunas importantes na compreensão da segurança ambulatorial e não encontrou quase nenhum estudo confiável sobre como melhorar a segurança na atenção primária (Lorincz et al. 2011). Ainda precisamos coletar dados epidemiológicos básicos, realizar novas análises sobre as causas de dano a pacientes na atenção primária e desenvolver intervenções específicas (Wynia e Classen 2011). Além disso, consideramos que o próprio conceito de segurança do paciente nesse ambiente deve ser examinado, uma vez que, em sua forma atual, ele talvez não tenha uma boa repercussão entre os profissionais da atenção primária. Para os pacientes, a segurança na atenção primária está parcialmente associada ao controle e à regulamentação, mas está muito mais ligada à confiança e às relações pessoais (Rhodes et al. 2015).

No entanto, acreditamos que ao esboçarmos as estratégias que poderiam ser empregadas e nos basearmos num referencial conceitual, será mais fácil compreender a segurança na atenção primária e desenvolver estratégias de intervenção apropriadas. Inovações na tecnologia da informação possivelmente terão um impacto importante na coordenação do cuidado, no monitoramento de pacientes e no apoio oferecido a eles em suas casas. A melhoria dos sistemas dentro de consultórios e clínicas e a adesão às diretrizes são importantes, mas podem ter menos impacto que no ambiente mais estruturado dos hospitais. O controle dos riscos, entendido como a restrição da demanda e o estabelecimento de competências e normas claras, deve ser examinado como uma estratégia global formalizada, e não apenas no contexto de questões clínicas específicas.

Por outro lado, a atenção primária é, por excelência, um sistema adaptável no qual as decisões clínicas se desenvolvem a partir de consultas altamente individualizadas e de relações nas quais os valores e preferências dos pacientes muitas vezes são a consideração mais importante. Nesses contextos, acreditamos que o desenvolvimento de estratégias sofisticadas de resposta e monitoramento pode ser mais importante para o equilíbrio total que qualquer outra abordagem. O envolvimento completo de pacientes e cuidadores na gestão de riscos, incluindo sua educação e treinamento, serão fundamentais nessa abordagem. A gestão dos riscos talvez seja mais eficaz se realizada por meio de um sistema flexível que incorpore a capacidade de rápida adaptação e resposta, em vez de uma abordagem baseada na imposição de diretrizes e controles. No entanto, até o momento, isto não passa de uma visão que precisa ser explorada, desenvolvida e testada.

Pontos principais

- A atenção primária enfrenta enormes desafios. Os profissionais desse ambiente lidam com doenças cada vez mais complexas, o que torna impossível prestar um cuidado ideal e plenamente seguro a todos os pacientes.
- Os profissionais da atenção primária podem ter altos padrões pessoais de cuidado sem ter consciência dos riscos aos quais os pacientes estão expostos no sistema de saúde como um todo. Isso dificulta a compreensão dos riscos em âmbito sistêmico ou a avaliação de estratégias mais amplas de gestão dos riscos.
- O conceito de segurança do paciente em sua forma atual talvez não tenha uma boa repercussão entre os profissionais da atenção primária. Para os pacientes, a segurança na atenção primária está fortemente ligada à confiança e às relações pessoais.
- A má comunicação e coordenação entre os diferentes elementos do sistema de saúde e de assistência social, a falta de informações transmitidas de forma precisa e rápida depois da alta hospitalar e os atrasos na obtenção de resultados de exames são riscos importantes.
- Os erros de diagnóstico ainda não recebem a atenção que merecem, considerando-se sua provável importância em casos de erros ou tratamentos abaixo do padrão.
- É possível utilizar abordagens de melhoria de qualidade para aumentar a adesão a diretrizes, a fim de melhorar os resultados do cuidado.
- O crescimento exponencial do conhecimento científico é um desafio importante na atenção primária. Espera-se que as novas tecnologias auxiliem na tomada de decisões clínicas, na prescrição e na solicitação e verificação de resultados de exames, além de aumentarem a cooperação e a coordenação.
- Quando os sistemas estão sob pressão, é preciso considerar o uso de estratégias de controle de riscos para manter a segurança e, potencialmente, limitar os custos.
- O tempo, utilizado por meio da observação e da espera inteligente e ativa, é uma forma essencial de gestão de riscos na atenção primária.
- As estratégias para melhorar a segurança na atenção primária deverão enfatizar o envolvimento do paciente, a coordenação e a cooperação (tanto dentro de uma equipe como entre diferentes equipes) e uma mentalidade de previsão, monitoramento e cuidado com o paciente para além da sua internação ou consulta na atenção primária.
- A gestão dos riscos talvez seja mais eficaz se realizada por meio de um sistema flexível que incorpore a capacidade de rápida adaptação e resposta, em vez de uma abordagem baseada na imposição de diretrizes e controles.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Alderson L, Alderson P, Tan T (2014) Median life span of a cohort of national institute for health and care excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 67(1):52–55

Amalberti R, Brami J (2012) ‘Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ QualSaf* 21:729–736

Baker R, Hurwitz B (2009) Intentionally harmful violations and patient safety: the example of Harold Shipman. *J Royal Soc Med* 102:223–227

Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11(1):81–84

Bodenheimer T (2006) Primary care: will it survive? *New Eng J Med* 335(9):861–862

Brami J, Amalberti R (2010) *La sécurité du patient en médecine générale*. Springer

Buetow S, Kiata L, Liew T, Kenealy T, Dovey S, Elwyn G (2009) Patient error: a preliminary taxonomy. *Ann Fam Med* 7:223–231

Callen JL, Westbrook JI, Georgiou A, Li J (2012) Failure to follow-up test results for ambulatory patients: a systematic review. *J Gen Intern Med* 27(10):1334–1348

Croskerry P (2013) From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *New Eng J Med* 368(26):2445–2448

De Lusignan S, Mold F, Sheikh A, Majeed A, Wyatt J, Quinn T, Cavill M et al (2014) Patients’ online access to their electronic health records and linked online services: a systematic interpretative review. *BMJ Open* 4:e006021

Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE (2003) Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 67(4):697

Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, Studdert DM (2006) Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed

malpractice claims. *Ann Intern Med* 145(7):488–496

Gunnell D, Hawton K, Ho D, Evans J, O'Connor S, Potokar J, Donovan J, Kapur N (2008) Hospital admissions for self-harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *BMJ* 337:a2278

Hawton K, Betgen H, Simkin S, Wells C, Kapur N, Gunnell D (2012) Six-year follow-up of impact of co-proxamol withdrawal in England and Wales on prescribing and deaths: time-series study. *PLoS Med* 9(5):606

Hogan H, Olsen S, Scobie S, Chapman E, Sachs R, McKee M, Vincent C, Thomson R (2008) What can we learn about patient safety from information sources within an acute hospital: a step on the ladder of integrated risk management? *Qual Saf Health Care* 17(3):209–215. doi: 10.1136/qshc.2006.020008

Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB (2011) The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff* 30(11): 2116–2124

Jacobson L, Elwyn G, Robling M, Jones RT (2003) Error and safety in primary care: no clear boundaries. *Fam Pract* 20(3):237–241

Jones S, Rudin R, Perry T, Shekelle P (2014) Health information technology: an updated systematic review with a focus on meaningful use. *Ann Intern Med* 160:48–54

Kahneman D (2011) *Thinking, fast and slow*. Macmillan, Nova York

Kret M, Michel P (2013) *Esprit, Etude Nationale en Soins primaires sur les événements indésirables*, Rapport CCECQA. <http://www.ccecqa.asso.fr/projets/esprit>

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297(8):831–841

Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG (2013) Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med* 158(5_Part_2):397–403. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006

Lee G, Kleinman K, Soumerai S, Tse A, Cole D, Fridkin S, Horan T, Platt R, Gay C, Kassler W, Goldmann D, John Jernigan J, Ashish K, Jha A (2012) Effect of non-payment for preventable infections in U.S. Hospitals. *New Engl J Med* 367:1428–1437

Lipner RS, Hess BJ, Phillips RL Jr (2013) Specialty board certification in the United States:

issues and evidence. *J Contin Edu Health Prof* 33(Suppl 1):S20–S35

Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE (2011) Research in ambulatory patient safety 2000–2010: a 10-year review. American Medical Association, Chicago

Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G (2014) Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? *BMJ* 349:g7400

Marshall M, Pronovost P, Dixon-Woods M (2013) Promotion of improvement as a science. *Lancet* 381(9864):419–421

Murgatroyd G (2011) Continuing professional development. General Medical Council, Londres

Persell S, Dolan N, Friesema E, Thompson J, Kaiser D, Baker D (2010) Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 152:225–231

Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR (2013) Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med* 158(5_Part_2):433–440

Rhodes P, Campbell S, Sanders C (2015) Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expect*. doi: 10.1111/hex.12342

Ryan AM, Burgess JF, Pesko MF, Borden WB, Dimick JB (2015) The early effects of medicare's mandatory hospital Pay-for-performance program. *Health Serv Res* 50(1):81–97

Sanders J, Esmail A (2003) The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 20(3):231–236

Singh H, Giardina T, Meyer A, Forjuoh S, Reis M, Thomas EJ (2013) Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Inter Med* 173:18–25

Shoen C, Osborn R, Squires D, Pasmussen P, Pierson R, Appelbaum S (2012) A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff* 31(12):2805–2816

Shojania K, Sampson M, Ansari M, JI S, Douvette S, Moher D (2007) How quickly do systematic reviews go out of date? (2007). A survival analysis. *Ann Intern Med* 147:224–233

Snowdon A, Scnarr K, Alessi C (2014) It's all about me, the personalization of health

system. Western University Canada, Londres

Taylor E, Matcha R, Meyers D, Genevro J, Peikes D (2013) Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Inter Med* 1:80–83

Vincent C (2010) *Patient safety*, 2nd edn. Wiley Blackwell, Oxford

Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M (2008) Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC FamPract* 15(9):35

Wachter RM (2010) Why diagnostic errors don't get any respect—and what can be done about them. *Health Aff* 29(9):1605–1610

Wachter RM (2015) *The digital doctor*. McGraw Hill, Nova York

Weiner JP, Fowles JB, Chan KS (2012) New paradigms for measuring clinical performance using electronic health records. *International J Qual Health Care* 24(3):200–205

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M et al (2000) Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 283(2):212–220. doi: 10.1001/jama.283.2.212

Wynia MK, Classen DC (2011) Improving ambulatory patient safety. *JAMA* 306(22):2504–2505. doi: 10.1001/jama.2011.1820



Capítulo 10 - Novos Desafios para a Segurança do Paciente

Os avanços descritos nos capítulos anteriores são necessários porque a nossa visão atual da segurança não é adequada para os desafios que enfrentamos. Nossos argumentos a favor desses avanços se baseiam em análises da natureza da segurança no cuidado de saúde como é prestado atualmente. Contudo, como se sabe, o cuidado de saúde está mudando rapidamente e temos muitas novas oportunidades, pressões e desafios. Acreditamos que as mudanças futuras terão novas consequências sobre a forma como a segurança é entendida e praticada, o que aumentará a urgência e a importância da transição para uma visão mais ampla.

Neste capítulo, resumiremos brevemente alguns avanços recentes e futuros no cuidado de saúde. Eles já foram amplamente discutidos; estamos interessados apenas em resumir alguns dos pontos principais. O objetivo central deste capítulo é considerar suas implicações para a segurança do paciente e para as estratégias e práticas que apresentamos no restante do livro.

A natureza do cuidado de saúde está mudando

Os problemas encontrados no cuidado de saúde e muitos dos desafios para a segurança do paciente surgem, em parte, do próprio sucesso da medicina moderna em combater doenças. Graças a melhorias na alimentação, na nutrição, na medicina e no ambiente, muitas pessoas vivem por mais tempo, mas também enfrentam uma ou várias doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Doenças que costumavam ser fatais passaram a ser apenas crônicas.

A taxa de sobrevivência de cânceres, doenças infecciosas e AIDS, acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares e muitas outras doenças que costumavam ser fatais melhorou significativamente, até mesmo na década passada. Por exemplo, um estudo recente conduzido na França, com 427.000 novos casos de câncer em adultos diagnosticados entre 1989 e 2004, mostrou melhorias significativas na sobrevivência em cinco anos na maior parte dos casos, especialmente nos de câncer de próstata (Grosclaude et al. 2013). Na população francesa (65 milhões de pessoas), são diagnosticados mais de 320.000 novos casos de câncer a cada ano; destes, 150.000 são considerados “curados” dentro do mesmo ano e outros 150.000 podem esperar uma sobrevivência de pelo menos cinco anos. Foram observadas melhorias semelhantes na sobrevivência e na qualidade de vida de pacientes com AIDS em países desenvolvidos após a introdução da terapia HAART (terapia antirretroviral altamente ativa) (Borrell et al.2006). A maior parte dos pacientes que recebem tratamento para doenças crônicas retorna à vida profissional, familiar e pessoal, com a ambição pessoal de conduzir a vida da forma mais saudável possível. Esses

avanços geram enormes desafios para os sistemas de saúde, que devem prestar o cuidado e, ao mesmo tempo, tentar manter seus custos acessíveis.

O hospital tradicional não pode continuar sendo o principal prestador do cuidado e o centro do sistema de saúde, pois isso tornaria o preço do cuidado inacessível. Evidentemente, os hospitais ainda serão essenciais em qualquer perspectiva futura para o cuidado de saúde, mas se concentrarão cada vez mais em exames e procedimentos que exigem um nível de perícia muito elevado e tecnologia sofisticada. A proporção de leitos dedicados a pacientes de alta dependência e à terapia intensiva aumentará, enquanto o número total de leitos será reduzido (Ackroyd-Stolarz et al.2011).

As inovações médicas têm levado progressivamente a uma redução do tempo de internação. O diagnóstico precoce e os tratamentos menos invasivos, como as cirurgias laparoscópicas, permitem instituir o tratamento num estágio inicial da doença, interrompendo menos a vida do paciente. É possível que a genômica e a medicina preventiva permitam um diagnóstico ainda mais precoce, bem como o tratamento preventivo. Cada vez mais o cuidado precisará sair do hospital, o que exigirá uma visão muito diferente para a atenção primária. Os especialistas hospitalares passarão a exercer suas funções em lares e outros locais (Jackson et al. 2013). Com o crescimento dos exames laboratoriais remotos (point of care) e o refinamento de muitos tratamentos, será possível prestar uma parcela considerável do cuidado em ambientes comunitários. Cirurgias, radio e quimioterapia e hemodiálise poderão ser executadas em ambientes ambulatoriais ou em centros menores de cuidado na comunidade.

Quadro 10.1. Um resumo da mudança de paradigma necessária para o futuro do cuidado de saúde

De...		... a
Um modelo serve para todos	Abordagem	Medicina personalizada
Fragmentada, mão única	Comunicação	Integrada, mão dupla
Centrado no prestador do cuidado	Foco	Centrado no paciente
Centralizada no hospital	Localização	Mudança em direção à comunidade
Invasivo	Tratamento	Menos invasivo, baseado em imagens
Baseado em procedimentos	Pagamento	Baseado no episódio de cuidado e nos resultados
Tratar doenças	Objetivo	Prevenir doenças - “Bem-estar”

As modificações delineadas acima têm consequências profundas para todos os profissionais da saúde (Quadro 10.1). Nos últimos 50 anos, as especialidades médicas baseadas no hospital foram dominantes em termos de status, remuneração e nível de perícia. A especialização trouxe as maiores recompensas, embora tenha causado uma perda de habilidades generalistas e da capacidade de tratar comorbidades complexas no cuidado de pacientes idosos (Wachter e Goldman 2002). A necessidade de cirurgia tradicional está em declínio devido à disponibilidade de intervenções menos invasivas executadas por radiologistas, gastroenterologistas e cardiologistas. O papel do médico também se modifica rapidamente, à medida que uma maior parte do cuidado pode ser prestada por enfermeiros e outros profissionais, cabendo ao médico o papel de supervisão e arbitragem de decisões complexas.

Segurança melhorada em alguns contextos

Embora não possamos saber exatamente quais novos riscos surgirão, ao menos podemos prever algumas das áreas nas quais a segurança poderá ser reforçada ou ameaçada; alguns riscos clássicos provavelmente diminuirão, enquanto outros aumentarão, ou sua natureza se modificará. Interessa-nos principalmente delinear os novos riscos em potencial, mas é importante equilibrá-los com uma ilustração de como as inovações e as mudanças nos padrões de cuidado poderão trazer melhorias consideráveis para a segurança.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) têm sido um dos maiores desafios dos últimos anos e, em alguns países, um dos êxitos mais visíveis da melhoria da segurança. Por exemplo, as infecções de sítio cirúrgico são uma das IRAS mais comuns, correspondendo a até 31% dessas infecções em pacientes internados. No entanto, a incidência de infecções de sítio cirúrgico clinicamente significativas (ISC-CS) após cirurgias ambulatoriais de baixo e médio risco em pacientes de baixo risco está caindo rapidamente, devido a uma combinação de menor tempo de permanência e novas técnicas e tecnologias cirúrgicas (Owens et al. 2014). Agora que 80% das cirurgias estão se tornando ambulatoriais, as IRAS podem até mesmo se tornar um problema de segurança menor, em vez de dominar a agenda da segurança como nos últimos anos. Este é um exemplo radical do poder da inovação, tanto no que diz respeito às novas tecnologias como à organização do cuidado, enfrentando problemas que resistiram até mesmo aos esforços de iniciativas sustentadas de melhoria de segurança e qualidade na linha de frente do cuidado.

As infecções e a resistência antimicrobiana são, naturalmente, um enorme desafio que continua a representar uma grave ameaça à saúde da população, especialmente em pessoas idosas com várias comorbidades (Yoshikawa 2002; Davies e Davies 2010). Nós defendemos apenas que as inovações no cuidado cirúrgico e as mudanças nos modelos de prestação de cuidado podem resultar numa redução de certos tipos de IRAS, alterando assim o padrão de riscos.

Novos desafios para a segurança do paciente

A evolução do cuidado de saúde, como a de qualquer outra indústria, inevitavelmente traz novos riscos e benefícios. Alguns riscos surgem diretamente das novas tecnologias e novas formas de organização. Como temos argumentado, outros riscos surgem da própria melhoria nos padrões causada pelas inovações, enquanto as equipes clínicas e organizações se esforçam para se adaptar às novas expectativas. Por exemplo, atualmente os pacientes recebem alta mais cedo após uma cirurgia. Isso é claramente benéfico, mas, ao mesmo tempo, traz novos riscos. Os erros no cuidado pós-operatório e no tratamento não-cirúrgico já causam mais eventos adversos que os erros de técnica cirúrgica (Yoshikawa 2002; Davies e Davies 2010). Essas tendências provavelmente continuarão e até aumentarão.

Aumento da complexidade

As diretrizes baseadas em evidências (geralmente desenvolvidas para pessoas com doenças únicas) são inadequadas para pessoas com várias doenças, resultando em uma possível sobre utilização de procedimentos terapêuticos e em regimes excessivamente complexos de avaliação e vigilância. Os danos causados pela sobre utilização de procedimentos terapêuticos e pela polifarmácia provavelmente aumentarão, exacerbados pela falta de supervisão de pacientes individuais em ambientes comunitários. O julgamento clínico se torna mais importante, e não menos, à medida que as diretrizes baseadas em evidências se tornam menos aplicáveis devido à complexidade crescente das doenças. A necessidade de escutar e determinar as prioridades dos pacientes aumenta, ao mesmo tempo que as novas formas de organização tornam essa tarefa potencialmente mais difícil.

Os desafios e riscos da coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado de pacientes individuais, pelo menos aqueles que estão mais gravemente doentes, é atualmente administrada por uma rede flexível de médicos hospitalares, médicos generalistas e enfermeiros, cuja organização exata varia segundo o país. O cuidado precisará ser coordenado e administrado de forma muito mais ativa quando for prestado na comunidade. Para tanto, será preciso adotar diferentes modelos de supervisão e organizar o cuidado de forma muito diferente.

A prestação do cuidado à população exige uma integração entre o cuidado prestado no hospital, na atenção primária e na atenção domiciliar, em estruturas organizacionais que já estão começando a surgir na Inglaterra, em diferentes formas (Dalton 2014). No Reino Unido, os médicos generalistas enfrentarão dificuldades na coordenação do cuidado prestado, que é cada vez mais complexo. Será preciso coordenar serviços e recursos de alta tecnologia em clínicas comunitárias para supervisionar totalmente a trajetórias de saúde dos pacientes. A adoção de equipes maiores e o cuidado baseado na comunidade exigirá que outros profissionais da saúde, que não os médicos, assumam mais responsabilidades no cuidado de saúde.

O itinerário seguido pelos pacientes se torna mais complexo a cada dia. Um paciente com uma doença crônica muitas vezes passa por uma série de cuidadores que desempenham funções específicas, geralmente em consultas de curta duração. Do lado de fora do hospital, e às vezes dentro dele, pode não haver uma coordenação geral do cuidado, exceto aquela que ocorre pelos esforços do próprio paciente e sua família. Os erros resultantes da má coordenação entre cuidadores e pacientes já são comuns (Masotti et al. 2009) e poderão aumentar drasticamente. A tecnologia da informação, as intervenções em equipes e as soluções centradas no paciente podem desempenhar um papel importante na resolução desse problema, mas o desafio é imenso e as soluções são difíceis de implementar.

Os benefícios e riscos dos exames de rastreamento

Há evidências de que a detecção cada vez mais precoce e definição cada vez mais ampla das doenças trazem algumas consequências adversas para pessoas saudáveis. A exploração diagnóstica do abdome, pelve, tórax, cabeça e pescoço pode revelar “achados incidentais” em até 40% das pessoas que são examinadas por outras razões (Orme et al. 2010). A maior parte desses “incidentalomas” é benigna. Muito poucas pessoas se beneficiam da detecção precoce de um tumor maligno incidental, mas muitas outras sofrerão a ansiedade e os efeitos adversos causados pela investigação e o tratamento de uma “anormalidade” que nunca as teria prejudicado (Moynihan et al. 2012).

O maior uso dos exames de rastreamento também traz riscos mais diretos. As evidências de estudos epidemiológicos indicam que as doses correspondentes a um estudo habitual com TC (dois ou três exames, resultando numa dose entre 30 e 90 mSv) a quais os órgãos estão expostos resultam num aumento do risco de câncer. Essas evidências são razoavelmente convincentes em adultos e muito convincentes em crianças. Entretanto, 75% dos médicos subestimam significativamente a dose de radiação em um exame de TC: 53% dos radiologistas e 91% dos médicos de serviços de emergência não acreditam que esses exames aumentem o risco de câncer ao longo da vida. Estima-se que aproximadamente 0,4% de todos os casos de câncer nos Estados Unidos possam ser atribuídos à radiação recebida em exames de TC anteriores. Considerando-se o aumento rápido na utilização desses exames, essa estimativa poderá chegar a 1,5% ou 2,0% no futuro (Brenner e Hall 2007).

Os benefícios e riscos da tecnologia da informação

A revolução na tecnologia da informação tem um enorme impacto sobre o cuidado de saúde, mas também traz novos riscos (Wachter2015). A tecnologia da informação pode reduzir os riscos a pacientes por apoiar de forma eficaz e oportuna a tomada de decisões clínicas (Jones et al.2014) e melhorar a coordenação e a comunicação; ela pode se tornar um dos principais motores da qualidade e do desempenho clínico (Weiner et al. 2012; Classen et al. 2011). Várias formas de teles saúde facilitam e apoiam pessoas em suas

próprias casas (Baker et al. 2011; Anker et al. 2011). A introdução em massa da tecnologia da informação no cuidado de saúde possivelmente estará associada a uma redução na ocorrência de erros por falhas de verificação, ilegibilidade e baixa rastreabilidade (Wachter 2015).

Essas tecnologias também estão transformando décadas de dados armazenados em informações que podem ser utilizadas, pesquisadas e acionadas pelo setor da saúde como um todo. Essas informações estão na forma de “megadados” (Big Data), assim chamados não apenas por seu volume absoluto, mas por sua complexidade, diversidade e possibilidade de serem acessados rapidamente. A análise de megadados pode ajudar os profissionais e organizações de saúde a prestarem um cuidado de maior qualidade e mais custo-efetivo. Os megadados podem levar ao desenvolvimento de um sistema de saúde preventivo, no qual os prestadores do cuidado possam usar a medicina baseada em evidências de forma personalizada, adaptada às preferências pessoais dos pacientes (Groves et al. 2013).

Contudo, tais mudanças radicais podem ter consequências negativas tanto para a qualidade como para a segurança do cuidado se não forem propriamente organizadas, ensinadas aos profissionais e pacientes e acompanhadas por uma implementação e avaliação cuidadosa. Os novos riscos gerados por essas tecnologias estão relacionados à ética (confidencialidade), ao aumento das desigualdades entre regiões e categorias sociais e, paradoxalmente, a uma redução do contato direto entre pacientes e profissionais (Taylor et al. 2014).

Haverá uma disponibilidade cada vez maior de informações públicas sobre a segurança. Espera-se que a publicação dos padrões de segurança e qualidade das organizações promova a responsabilização e a transparência, aumentando assim a confiança entre pacientes, reguladores, pagadores e prestadores (Werner e Asch 2005). Porém, paralelamente aos benefícios da informação pública, existem possíveis riscos, dentre os quais a possível perda de confiança em determinadas instituições ou no sistema de saúde como um todo. Aperfeiçoar os instrumentos de coleta de dados e assegurar que os centros participantes mantenham uma qualidade adequada são desafios significativos (Resnic e Welt 2009). Embora estejam sendo feitos esforços consideráveis para avaliar a segurança de forma científica, permitindo a comparação entre hospitais e outras instituições, opiniões expressas nas redes sociais podem ser um determinante muito mais importante da reputação de um hospital.

A carga do cuidado de saúde: o impacto sobre pacientes e cuidadores

Por fim, à medida que o cuidado se desloca para o ambiente comunitário, existe o risco considerável de que aumentem as exigências sobre os pacientes e seus cuidadores. Estas exigências são possivelmente muito difusas e variadas e são influenciadas pelo desenvolvimento de novas tecnologias adequadas para o uso no ambiente doméstico. Os pacientes terão que trabalhar cada vez mais em colaboração com o hospital e com outros profissionais da saúde para administrar e coordenar seu próprio cuidado.

Embora a responsabilidade pessoal pelo cuidado seja muito importante para

pessoas razoavelmente saudáveis (Roland e Paddison 2013), ela se torna cada vez menos realista em pacientes fragilizados que sofrem de várias doenças. A carga da organização do cuidado é maior para pacientes idosos, menos educados, de comunidades mais pobres ou com problemas de saúde mental. As novas tecnologias não resolverão problemas associados à educação em saúde, que provavelmente não melhorará muito no futuro próximo. Se o cuidado for prestado no ambiente domiciliar, tanto pacientes como cuidadores precisarão de apoio e instruções muito mais completas em relação à natureza da doença, os tratamentos a serem autoadministrados e, o mais importante, a detecção e resposta à deterioração.

A expressão “carga do tratamento” refere-se às consideráveis demandas que os sistemas de saúde impõem aos pacientes e cuidadores (Mair e May 2014). Por exemplo, os pacientes ou seus cuidadores muitas vezes precisam monitorar e manejar seus sintomas em casa, o que pode incluir a coleta e o registro de dados clínicos. A adesão a regimes de tratamento complexos e a coordenação dos vários medicamentos também podem contribuir para a carga do tratamento. A necessidade de lidar com sistemas de saúde e de assistência social não coordenados pode aumentar a lista sempre crescente de responsabilidades e tarefas de administração a serem cumpridas pelos pacientes e seus cuidadores. Tudo isto envolve uma verdadeira carga de trabalho, que pode ser opressiva—ela demanda muito tempo e exige um grau elevado de educação e conhecimentos matemáticos e às vezes técnicos. Para pessoas socialmente isoladas, com baixa escolaridade e pouca educação em saúde, com dificuldades cognitivas, que não falem o idioma local ou que tenham deficiências sensoriais ou físicas, essas tarefas serão simplesmente impossíveis. Mair e May (2014) propõem que um indicador fundamental da qualidade no futuro deva ser o cálculo de o quanto o cuidado perturba a vida das pessoas; uma pergunta essencial que os médicos devem fazer aos seus pacientes é: “Você realmente consegue fazer o que estou pedindo que faça?”.

Uma revolução global, no lugar da evolução local

Podemos prever que a organização e as formas de prestação do cuidado nos sistemas de saúde se modificarão drasticamente. Precisaremos de diferentes tipos de hospitais, com menos leitos, internações mais curtas, tecnologias avançadas e novas competências. Uma parte muito maior do cuidado será prestada em casa e na comunidade, à medida que nos adaptamos à maior expectativa de vida e ao aumento nos casos de doenças crônicas.

As consequências desse processo para os que trabalham no cuidado de saúde e na organização do cuidado são profundas. Além disso, as pessoas já não encaram o cuidado de saúde como no passado, e os pressupostos sobre o que é viável e o que pode ser esperado também se alteram rapidamente. O envelhecimento e o bem-estar estão passando a ser vistos como um direito de cada cidadão, juntamente com a expectativa de condições de vida razoáveis, suporte médico, direitos sociais, pensões e a capacidade de continuar vivendo plenamente na comunidade. Em muitos sentidos, isto ajuda a empoderar as pessoas, embora aumente imensamente os desafios para o cuidado de

saúde, uma vez que as demandas parecem ser cada vez maiores e, às vezes, impossíveis de cumprir. Atualmente, vemos que em alguns casos existe a presunção de que ocorreram erros e que o cuidado foi deficiente caso o resultado não cumpra as expectativas, enquanto que no passado, aceitava-se o curso da doença, e a possibilidade de erros era apenas uma preocupação secundária.

A trajetória do paciente é um conceito novo no cuidado de saúde, mas já foi substituído, na cabeça de muitas pessoas, pelo conceito de trajetória de vida do cidadão. Os problemas de saúde não são mais considerados isoladamente, e sim no contexto da vida de uma pessoa. Os aspectos legais dessa transformação na mentalidade já são claramente visíveis. Por exemplo, quando um paciente sofre dano em decorrência do cuidado de saúde e busca uma indenização, existem diretrizes legais para avaliar o montante devido. A indenização total é calculada com base em várias dimensões, que incluem a incapacidade física, o sofrimento e os danos permanentes, o impacto sobre a vida pessoal e profissional, a perda de rendimentos e assim por diante. Na França, o cálculo da indenização restringia-se, salvo em alguns casos excepcionais, às consequências imediatas do evento, pressupondo-se que a recuperação ocorreria num período de tempo razoável. Porém, nos últimos anos, as diretrizes legais tanto sobre o período de tempo como a qualidade de vida foram bastante ampliadas, de modo que, atualmente, são concedidas indenizações pela perda do bem-estar e da qualidade de vida a médio e longo prazo (Béjui-Hugues2011).

Na próxima década, também precisaremos reconsiderar e adaptar a vigilância do sistema de saúde, aprender mais com o uso de informações eletrônicas para fins de vigilância, desenvolver métodos de acreditação que incluam a trajetória dos pacientes, avaliar o impacto do movimento de profissionais e pacientes entre os vários ambientes e, finalmente, reconsiderar todo o sistema de pagamento no cuidado de saúde para refletir a natureza coletiva e cada vez mais interdependente do cuidado prestado aos pacientes. A lista pode parecer longa, mas estas não são suposições sobre o futuro, e sim realidades atuais.

Essas modificações, que certamente já começaram a acontecer, têm implicações importantes para a gestão da segurança no cuidado de saúde. Já defendemos a necessidade de uma visão ampliada para a segurança ao longo da trajetória do paciente, adaptada a múltiplos contextos. Isso já é necessário, mas ganhará mais ímpeto com as modificações resumidas acima e com os inevitáveis desafios à segurança que surgem em períodos de transição. Acreditamos que devemos tentar prever os riscos, tanto nos novos sistemas como no período de transição, com suas inevitáveis convulsões. A gestão de riscos e a visão mais ampla da segurança do paciente precisam ser integradas aos sistemas novos e em evolução.

Pontos principais

- A população está envelhecendo devido aos avanços da medicina moderna, combinados a melhorias na alimentação e no ambiente. Atualmente, muitas pessoas vivem com doenças crônicas que costumavam ser fatais.

- Várias inovações técnicas no cuidado, como a cirurgia minimamente invasiva, reduziram significativamente o tempo de internação hospitalar.
- As melhorias nos padrões de cuidado, as novas tecnologias e novas organizações podem trazer benefícios enormes, mas também criam novos riscos, impondo uma carga adicional sobre os pacientes e profissionais. Estima-se que essas tendências continuarão e aumentarão com o advento da genômica e da medicina personalizada.
- Precisamos de um novo modelo de cuidado de saúde no qual haja uma transição da lógica centrada no cuidador e no hospital para outra centrada na trajetória do paciente em vários ambientes, prestando-se boa parte do cuidado em casa e na comunidade. Estas mudanças já estão em curso e têm um impacto considerável sobre os hospitais.
- Alguns riscos, como as IRAS, devem diminuir. No entanto, devemos prever novos riscos, como um aumento nos problemas ligados à coordenação do cuidado, à sobre utilização de procedimentos terapêuticos e à combinação de múltiplos tratamentos em pacientes com várias doenças.
- A tecnologia da informação e a medicina personalizada muitas vezes são citadas como soluções para esses novos problemas relacionados à segurança do paciente, mas certamente precisarão ser amplamente adaptadas e passar por um período de maturação até atingirem todo seu potencial de melhoria da segurança.
- A “carga do tratamento” pode aumentar consideravelmente à medida que o cuidado se desloca para o ambiente domiciliar e comunitário. Uma pergunta essencial que os médicos devem fazer aos seus pacientes é: “Você realmente consegue fazer o que estou pedindo que faça?”.
- Já defendemos a necessidade de uma visão ampliada para a segurança ao longo da trajetória do paciente, adaptada a múltiplos contextos. Isso já é necessário, mas ganhará mais ímpeto com as modificações resumidas acima e com os inevitáveis desafios à segurança que surgem em períodos de transição.
- As alterações necessárias têm grandes consequências para a organização do cuidado de saúde e o trabalho dos profissionais. Além disso, representam uma mudança profunda em toda a sociedade e nas expectativas dos cidadãos, o que é muito importante para o sistema de saúde.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, Mackinnon NJ, Kovacs G (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ QualSaf* 20(7):564–569

Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA (2013) Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg* 206(2):253–262

Anker SD, Koehler F, Abraham WT (2011) Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet* 378(9792):731–739

Baker LC, Johnson SJ, Macaulay D, Birnbaum H (2011) Integrated telehealth and care management program for Medicare beneficiaries with chronic disease linked to savings. *Health Aff* 30(9):1689–1697

Béjui-Hugues H (2011) La nomenclature Dintihac, de l'évaluation à l'indemnisation. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNAmed_nomenclature_Dintilhac.pdf

Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Brugal MT, García-de-Olalla P, Mari-Dell'Olmo

M, Caylà J (2006) AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic group in a country with a National

Health System? *Eur J Public Health* 16(6):601–608

Brenner DJ, Hall EJ (2007) Computed tomography—an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 357(22):2277–2284

Classen DC, Resar R, Griff n F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, Whittington JC, Frankel A, Seger A, James BC (2011) Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff* 30(4):581–589

Dalton D (2014) Examining new options and opportunities for providers of NHS care. Department of Health, Londres

Davies J, Davies D (2010) Origins and evolution of antibiotic resistance. *Microbiol Mol Biol Rev* 74(3):417–433

Gilcommunity. The CEO's 360 Perspective. Healthcare 2020. http://www.gilcommunity.com/files/6313/6251/3856/360_perspective_Healthcare_2020.pdf

Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Ramasimanana Cerf N, Bossard N (2013) Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007, Rapport Invs, fevereiro de 2013

Groves P, Kayyali B, Knott D, Van Kuiken S (2013) The 'big data' revolution in healthcare. McKinsey Q. Disponível em http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/the_bigdata_revolution_in_us_health_care

Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, Dolor RJ, Irvine RJ, Heidenfelder BL, Kendrick AS, Gray R, Williams JW (2013) The patient-centred medical home: a systematic review. *Ann Intern Med* 158(3):169–178

Jones SS, Rudin RS, Perry T, Shekelle PG (2014) Health information technology: an updated systematic review with a focus on meaningful use. *Ann Intern Med* 160(1):48–54

Mair FS, May CR (2014) Thinking about the burden of treatment. *BMC Health Serv Res* 14:281

Masotti P, Green M, McColl MA (2009) Adverse events in community care: implications for practice, policy and research. *Healthc Q* 12(1):69–76

Moynihan R, Doust J, Henry D (2012) Preventing over diagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 344:e3502

Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, Tremaine WJ, Pitot HC, McFarland EG, Robinson ME, Koenig BA, King BF, Wolf SM (2010) Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. *Arch Intern Med* 170(17):1525–1532

Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA (2014) Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA* 311(7):709–716

Resnic FS, Welt FG (2009) The public health hazards of risk avoidance associated with public reporting of risk-adjusted outcomes in coronary intervention. *J Am Coll Cardiol* 53(10):825–830

Roland M, Paddison C (2013) Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 346:f2510

Symons NR, Almoudaris AM, Nagpal K, Vincent CA, Moorthy K (2013) An observational study of the frequency, severity, and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. *Ann Surg* 257(1):1–5

Taylor SP, Ledford R, Palmer V, Abel E (2014) We need to talk: an observational study of the impact of electronic medical record implementation on hospital communication. *BMJ QualSaf* 23(7):584–588

Wachter RM (2015) *The digital doctor*. McGraw Hill, Nova York

Wachter RM, Goldman L (2002) The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 287(4):487–494

Weiner JP, Fowles JB, Chan KS (2012) New paradigms for measuring clinical performance using electronic health records. *International J Qual Health Care* 24(3):200–205

Werner RM, Asch DA (2005) The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 293(10):1239–1244

Yoshikawa TT (2002) Antimicrobial resistance and aging: beginning of the end of the antibiotic era? *J Am Geriatr Soc* 50(s7):226–229



Capítulo 11 - Um Compêndio de Estratégias e Intervenções de Segurança

As ideias fundamentais nas quais baseamos o nosso pensamento são essencialmente bastante simples, mas foram duramente conquistadas, no sentido de que boa parte delas ainda não está integrada ao pensamento atual. Defendemos a necessidade de examinar a segurança pelos olhos do paciente, abordando-a de forma muito distinta nos vários ambientes ao longo da trajetória do paciente. Isso, por sua vez, implica que precisamos pensar mais explicitamente sobre quais estratégias de segurança são mais úteis em diferentes contextos. Podemos agora juntar esses temas e considerar as novas direções a seguir.

Neste capítulo, vamos começar por rever as ideias e os argumentos apresentados ao longo do livro e resumir as transições que acreditamos ser necessárias na segurança do paciente (Quadro 11.1). Depois, estabeleceremos um compêndio de estratégias de segurança e gestão de riscos que podem ser selecionadas, combinadas e alteradas para qualquer ambiente de saúde.

Quadro 11.1. Cinco transições para a segurança do paciente

- Entender riscos e dano pelos olhos do paciente
- Avaliar tanto os benefícios como os danos dos episódios de cuidado
- Entender a segurança do paciente como a gestão dos riscos ao longo do tempo
- Adotar diferentes modelos de segurança segundo o contexto
- Usar uma ampla gama de estratégias e intervenções de segurança

Enxergar a segurança pelos olhos do paciente

A nossa abordagem atual para a segurança do paciente, baseada na perspectiva dos profissionais de saúde, pressupõe um cuidado de saúde de qualidade geralmente alta, pontuado por incidentes relacionados ao cuidado e eventos adversos. Essa é uma visão sincera, na qual os profissionais naturalmente supõem que, na maior parte do tempo, o cuidado prestado por eles seja de boa qualidade, embora saibam da existência de lapsos ocasionais. Por outro lado, nós nos esforçamos em ver a segurança pelos olhos do paciente. Um paciente pode receber um cuidado excelente durante uma internação, seguido de um declínio devido ao monitoramento inadequado na comunidade, que é então corrigido, e a sua saúde é restaurada; nossos cinco níveis de cuidado são uma formalização dessas variações nos padrões de cuidado observadas ao longo da trajetória do paciente. Essa é uma visão da segurança pela perspectiva do paciente, seus cuidadores e familiares, que é a realidade que precisamos apreender (Quadro 11.2).

Quadro 11.2. Enxergar a segurança pelos olhos do paciente

- Os erros e incidentes isolados geralmente são menos importantes que a coordenação global do cuidado e a prevenção de grandes lapsos
- A coordenação do cuidado assume uma importância muito maior como uma questão de segurança
- Pacientes com múltiplos problemas enfrentam grandes dificuldades na coordenação do seu próprio cuidado, o que pode representar uma carga considerável e tornar-se uma fonte de ansiedade
- As intervenções de segurança para apoiar pacientes no ambiente domiciliar precisarão se concentrar em intervenções organizacionais, tais como a resposta rápida diante de crises e a coordenação entre diferentes entidades
- O sistema de saúde deve prestar mais atenção à perspectiva dos pacientes e famílias no que diz respeito ao monitoramento e à manutenção da segurança

A maior parte das pessoas entende que todo cuidado de saúde implica um grau de risco. O nível de risco que é aceito deve ser compensado pelos benefícios esperados, devendo também ser expresso de forma transparente. Até certo ponto, sempre haverá falhas no sistema de saúde, mas suas consequências podem ser limitadas pela honestidade, transparência, resposta rápida e mitigação. Acreditamos — embora isto possa ser formalmente investigado — que essa é a visão pragmática que a maior parte das pessoas adota em relação ao seu cuidado de saúde. A medicina reduz o sofrimento e melhora nossas vidas de várias maneiras, mas é necessariamente limitada naquilo que pode alcançar. O importante para nós, como pacientes, é saber se o cuidado de saúde melhora nossas vidas de modo geral e se cumpre nossas expectativas, tanto ao nível técnico como na maneira como é prestado. O envolvimento e a relação com os profissionais de saúde são importantes por si sós, mas também afetam a avaliação global do cuidado como benéfico ou prejudicial.

Considerar benefícios e danos ao longo da trajetória do paciente

A consequência imediata de se analisar a segurança pelos olhos do paciente é que precisamos examiná-la ao longo da trajetória do paciente. Isso significa que devemos avaliar episódios de cuidado e considerar tanto os riscos como os danos dentro de um período de tempo prolongado. Obviamente, ainda podemos examinar incidentes específicos que ocorram em determinados momentos, e isso continua a ser um exercício útil. No entanto, tal abordagem não identifica todos os problemas relacionados à segurança e não é adequada para compreendermos ou melhorarmos a segurança em ambientes comunitários. A abordagem de longo prazo tem consequências para a medição do dano, os métodos de análise e, naturalmente, para as intervenções de segurança.

No passado, a medição do dano se concentrava em examinar a incidência de eventos adversos específicos. Não há nada de errado com essa abordagem; ela gera informações

que nos permitem estabelecer uma linha de base em determinados ambientes e que podem ser utilizadas para monitorar certos tipos de dano. Porém, essa abordagem precisará ser ampliada para avaliar o equilíbrio entre benefícios e danos ao longo do tempo para um paciente qualquer e, conseqüentemente, para populações de pacientes. Os indicadores de confiabilidade e de qualidade global do cuidado entre diferentes ambientes poderiam incluir a redução das reinternações, o tempo de resposta ao problema ou o impacto sobre o trabalho e a família (Mountford e Davie 2010). O ideal seria desenvolver sistemas de informação que possam acompanhar os pacientes ao longo do tempo e conectar os diferentes ambientes e formas de tratamento. A mais longo prazo, devemos desenvolver indicadores que possam avaliar a contribuição holística do cuidado de saúde à vida de uma pessoa, nos quais seja possível avaliar e combinar os benefícios e danos gerais. Essa seria realmente uma visão centrada no paciente, na qual fosse avaliada a totalidade do cuidado de saúde, e não apenas os resultados específicos para cada doença. Isso não vai ser nada fácil; entretanto, acreditamos que é a direção na qual precisamos seguir.

A maior parte dos nossos métodos de análise de incidentes se restringe a períodos de tempo relativamente curtos, no âmbito de uma só internação, embora os conceitos fundamentais tenham apresentado resultados robustos em outros ambientes, como a atenção primária e a saúde mental. Precisaremos expandir essas abordagens para examinar períodos de cuidado, em vez de um incidente específico e seus antecedentes. Ainda não temos métodos totalmente desenvolvidos para conduzir análises de segurança durante períodos mais longos; portanto, precisaremos desenvolver novas abordagens. As análises iniciais indicam o surgimento de considerações muito diferentes, como a importância fundamental do momento em que são tomadas decisões e executadas ações ao longo do processo clínico (Amalberti e Brami 2012). Essas novas formas de análise precisarão abranger um período suficientemente longo para incluir a avaliação inicial, a prestação do tratamento, o monitoramento dos resultados e a resposta às complicações, enquanto o cuidado continua a ser prestado. Essas análises provavelmente darão uma ênfase muito maior à detecção e à recuperação diante de problemas ao longo da prestação do cuidado de saúde.

Segurança do paciente como a gestão dos riscos ao longo do tempo

Chegamos agora a uma visão bastante diferente da segurança do paciente, que inclui as definições baseadas na redução de erros e danos, mas não está em conflito com elas. O objetivo revisto da segurança do paciente é maximizar o equilíbrio geral entre benefícios e danos, em vez de especificamente reduzir erros e incidentes. A segurança do paciente passa a ser vista como a gestão de riscos ao longo do tempo, à medida que os pacientes e suas famílias transitam pelo sistema de saúde. Os benefícios podem ser expressos como recuperação, sempre que possível, redução do sofrimento ou sobrevivência prolongada. Esse é, obviamente, o objetivo dos profissionais de saúde em qualquer ambiente, ao tratarem pacientes individuais; no entanto, estamos preocupados com a forma pela qual esse objetivo poderia ser alcançado num sistema como um todo.

A redução do dano continua a ser importante, bem como dos erros e incidentes,

mas não é a perspectiva dominante. Os incidentes associados ao cuidado continuarão a acontecer, já que nenhuma atividade humana pode evitar os erros completamente, especialmente num sistema com acesso aberto 24 horas por dia, sete dias por semana. O dano pode ocorrer devido a incidentes individuais relacionados ao cuidado de saúde, mas é mais comum que aconteça por um acúmulo de situações de cuidado deficiente que impedem a recuperação, pioram o prognóstico ou prolongam a incapacidade de forma desnecessária. A segurança do paciente é a arte de minimizar esses incidentes e de gerir os riscos por períodos de tempo mais longos, o que requer novas habilidades e métodos. Nessa visão, reconhecemos que os erros são inevitáveis, ainda que, num sistema seguro, pouquíssimos tenham consequências para os pacientes. Essa é, em essência, uma visão clínica, mas em âmbito tanto do sistema como do paciente individual. Essa visão dá muita ênfase às conquistas dos pacientes, famílias e profissionais da saúde no monitoramento, negociação, adaptação e recuperação diante dos inevitáveis riscos e falhas ao longo da trajetória do paciente.

Adotar diversos modelos de segurança

A segurança precisa ser abordada de forma muito diferente em cada ambiente. Distinguimos inicialmente três classes de modelos de segurança ajustados às diferentes necessidades: o modelo ultra-adaptável, que aceita os riscos; o modelo de alta confiabilidade, que os administra; e o modelo ultrasseguro, no qual os riscos são controlados ou evitados sempre que possível. Essas diferentes respostas aos riscos dão origem a diferentes modelos de segurança, cada um com suas próprias vantagens e limitações. As diferenças entre esses modelos estão no equilíbrio entre os benefícios da adaptabilidade e os benefícios da padronização e do controle.

O cuidado de saúde envolve uma grande variedade de atividades e ambientes; portanto, não podemos usar um modelo único (Quadro 11.3). É relativamente fácil encontrar paralelos e aplicações dos três modelos no ambiente hospitalar. A radioterapia, os hemocomponentes, os exames de imagem e a gestão de medicamentos na farmácia são altamente regulados, muito confiáveis e operam em padrões industriais de precisão. Muitos desses sistemas se baseiam num alto grau de automação e no apoio à decisão. Os profissionais dessas áreas estão acostumados a trabalhar de uma forma altamente ordenada. Em outros ambientes, como a obstetria e as cirurgias eletivas, os riscos devem ser aceitos e administrados num trabalho de equipe coordenado. Cirurgias de alto risco, trauma e o tratamento de infecções raras e perigosas requerem uma abordagem mais adaptável, embora se beneficiem de um conjunto de procedimentos padronizados. Também devemos ter em mente que boa parte da adaptação e da resiliência no cuidado de saúde é desnecessária, uma vez que não surge de necessidades clínicas, e sim para compensar deficiências sistêmicas maiores (Wears e Vincent 2013).

Quadro 11.3. Modelos de segurança no cuidado de saúde

- Não existe um modelo universal para a segurança no cuidado de saúde que possa ser aplicado em qualquer ambiente. Cada modelo tem suas próprias vantagens, limitações e desafios à melhoria
- A escolha de um modelo de segurança irá depender do consenso profissional, da experiência no mundo real, de uma compreensão da segurança e de avaliações sobre o que é politicamente viável no contexto em questão
- A imposição de um modelo de segurança mal adaptado ao contexto pode não ser eficaz, podendo até reduzir a segurança
- Todos os modelos têm o potencial de melhorar a segurança no cuidado de saúde por um fator de 10, embora o nível máximo de segurança que pode ser atingido dependa do contexto, podendo variar consideravelmente de um modelo ao outro

No cuidado de saúde, talvez seja necessário adotar um conjunto maior de modelos do que os três que apresentamos aqui. Seria um engano supor que essas três abordagens são tudo que precisamos; elas são uma simplificação útil de um problema mais complexo. Por exemplo, o cuidado na comunidade é incomum, no sentido de que é extremamente disperso entre diferentes pessoas e organizações, e também por se basear apenas parcialmente em normas rigorosas. Muitas indústrias administrariam um sistema tão disperso por meio da padronização cuidadosa dos principais procedimentos, mas isso talvez não seja possível, por exemplo, na gestão do cuidado de pessoas com problemas graves de saúde mental na comunidade. Também sabemos que as indústrias que escolhemos para ilustrar as diferentes abordagens de segurança são de alto risco e alta tecnologia e que, embora os profissionais dessas indústrias se apoiem mutuamente, eles não estão simultaneamente preocupados com a prestação de um cuidado compassivo a pessoas vulneráveis. Provavelmente precisaremos de uma abordagem mais refletida para a gestão sistêmica dos riscos no cuidado de pessoas com déficits de aprendizagem, por exemplo, mantendo nossa compreensão estratégica mais ampla, mas alcançando o objetivo de gerir os riscos tanto através das relações pessoais como de estratégias formais.

Também precisaremos considerar como transitar entre os diferentes modelos. Em que momento, por exemplo, uma abordagem ultra-adaptável se torna suficientemente integrada e compreendida a ponto de podermos começar a transição para uma abordagem de alta confiabilidade? Isso depende, em parte, da inovação, da familiarização e do fortalecimento das competências especializadas numa comunidade. Cirurgias inovadoras, por exemplo, sempre começam num contexto de riscos e desafios. À medida que ganhamos experiência numa área — como no tratamento de aneurismas de aorta —, a cirurgia ainda traz riscos, mas eles são conhecidos, entendidos e administrados, em vez de serem apenas suportados.

Ao longo de sua trajetória, um paciente passa por muitos ambientes e serviços de cuidado, em diferentes contextos, e por isso é necessariamente exposto a toda a gama de

modelos de segurança. Para controlar os riscos, precisamos não apenas gerir cada ambiente e as transições entre eles, mas também estar atentos ao fato de que as intervenções de segurança que são eficazes num ambiente podem afetar negativamente a segurança em outros contextos. Por exemplo, o controle cauteloso e restritivo dos serviços laboratoriais com o objetivo de reduzir os erros, que melhoraria os padrões no âmbito local, pode afetar negativamente a segurança de forma mais ampla, por dificultar a obtenção de resultados laboratoriais em tempo hábil.

O ambiente externo também é um determinante fundamental das abordagens de segurança a ser adotadas. Um sistema ultrasseguro se baseia não apenas em procedimentos internos, padronização e automação, mas também em sua capacidade de controlar o ambiente externo e as condições de trabalho. Esse controle é feito limitando-se a exposição aos riscos, como quando uma companhia aérea proíbe a decolagem de aviões em situações de mau tempo, e também controlando-se as condições de trabalho — por exemplo, impondo controles estritos sobre quantas horas os pilotos de aviação civil podem voar e quanto tempo devem descansar antes de voar novamente. Com recursos suficientes, isso seria viável em algumas áreas do cuidado de saúde, e, de fato, algumas áreas já são muito seguras. Porém, se não podemos controlar a demanda e as condições de trabalho, necessariamente precisaremos nos basear em abordagens de segurança mais adaptáveis; um modelo diferente talvez seja intrinsecamente mais seguro, mas pode não ser viável num determinado contexto. Embora a aviação civil seja de fato uma fonte de inspiração e aprendizagem, atualmente esse modelo somente é aplicável ao cuidado de saúde em circunstâncias relativamente limitadas. A abordagem de segurança adotada em qualquer ambiente de cuidado de saúde pode depender, em parte, do que é politicamente viável, o que varia de acordo com a especialidade, a organização e a jurisdição.

Desenvolver uma maior variedade de estratégias de segurança

A visão dominante na melhoria da segurança é a de aumentar a confiabilidade de procedimentos básicos, como os procedimentos padrão em centros cirúrgicos, a prevenção de tromboembolismo venoso ou procedimentos para minimizar as infecções associadas a cateteres venosos centrais (ou outras infecções). Uma série de intervenções importantes demonstrou que, com vontade suficiente, uma abordagem de implementação sofisticada e os recursos necessários, é possível melhorar significativamente a confiabilidade em pelo menos um conjunto de processos principais.

Nossas estratégias de segurança ainda são muito limitadas para tratar das realidades cotidianas do cuidado de saúde. Os perigos que surgem para os pacientes quando os profissionais de saúde trabalham em condições difíceis às vezes são discutidos, embora geralmente em termos da necessidade de mais profissionais, o que obviamente pode ser um pedido razoável; se houver mais profissionais disponíveis, ou se seu tempo for mais bem utilizado, talvez seja possível cumprir as normas básicas. No entanto, no cuidado de saúde, nunca conseguiremos cumprir as normas básicas em todos os momentos e contextos. Portanto, precisamos abandonar a esperança de sermos capazes de fazê-lo a todo momento, dedicando-nos a responder uma pergunta diferente: como assegurar que

o cuidado seja seguro, ainda que não ideal, quando as condições de trabalho são difíceis? Por exemplo, como administrar um serviço de emergência em tempos de elevada carga de trabalho ou durante grandes emergências, quando o cuidado de alguns pacientes com doenças menos graves é inevitavelmente atrasado ou comprometido? Que estratégias estão disponíveis para um médico ou enfermeiro iniciante que enfrenta uma carga de trabalho absurda, múltiplas demandas simultâneas e muitos pacientes doentes? Obviamente, as pessoas se adaptam e aprendem a lidar com essas questões, mas individualmente, e não como uma estratégia refletida e baseada na equipe. O desenvolvimento de abordagens ponderadas para a gestão de riscos nessas situações é uma prioridade para a próxima fase da segurança do paciente (Quadro 11.4)

Quadro 11.4. Desenvolver uma maior variedade de estratégias de segurança

- Devemos ampliar nossas estratégias de segurança para incluir o controle dos riscos, o monitoramento, a adaptação e a mitigação
- Não devemos hesitar em propor estratégias que visem gerir os riscos em vez de otimizar o cuidado, desde que o resultado final seja benéfico para o paciente e robusto no contexto em questão
- O desenvolvimento e a implementação de respostas ponderadas, baseadas na equipe, diante de condições de trabalho difíceis trarão mais segurança do que confiar na improvisação ad hoc
- O cuidado de saúde usa um conjunto muito limitado de intervenções de segurança. O lento progresso na segurança do paciente se deve, em parte, à subutilização das estratégias e intervenções disponíveis. É como dirigir um carro usando apenas a primeira marcha

Também devemos considerar a melhor forma de customizar intervenções de segurança específicas. Por exemplo, as revisões de estudos de intervenção para reduzir a ocorrência de quedas geraram evidências contraditórias em relação à sua efetividade —alguns estudos mostraram efeitos fortes, enquanto outros não demonstraram nenhum efeito. Frances Healey et al. argumentam que esse conflito é apenas aparente, devendo-se ao fato de que foram testados dois tipos de intervenção muito diferentes; alguns estudos implementaram um modelo único baseado num pacote de procedimentos, enquanto outros desenvolveram uma abordagem individualizada para cada paciente, planejando um cuidado responsivo e fazendo uma revisão após a ocorrência da queda. Grandes estudos clínicos controlados e randomizados mostraram que a intervenção-padrão tem pouco efeito; a abordagem mais personalizada, que enfatiza a resposta adaptável aos riscos, provou ser muito mais efetiva. Healey et al. comentam que isto “faz todo sentido no contexto do risco de quedas, que é uma combinação complexa de fatores intrínsecos e extrínsecos e atitudes pessoais em relação aos riscos, num ambiente de cuidado agudo onde a condição física (e, conseqüentemente, os fatores de risco para as quedas) se modifica rapidamente” (Healey et al. 2014 e comunicação pessoal 2015).

Um compêndio de estratégias de segurança

Propusemos cinco estratégias de segurança amplas, cada uma delas associada a um conjunto de intervenções, e ilustramos como elas poderiam ser aplicadas no ambiente hospitalar, domiciliar e na atenção primária. A realidade, sem dúvida, é muito mais complicada e precisa ser mais explorada. Porém, mesmo sem termos ainda uma compreensão completa do tema, podemos estabelecer um conjunto de possíveis intervenções para melhorar a segurança e gerir os riscos.

A Tabela 11.1 reúne muitas das estratégias e intervenções descritas em capítulos anteriores e faz alguns comentários sobre sua aplicabilidade, seu uso atual e os desafios para sua implementação. As estratégias e intervenções podem funcionar em diferentes níveis: na linha de frente do cuidado ou ao nível da organização e do sistema. Não se trata, de maneira nenhuma, de uma lista exaustiva, já que, por exemplo, não incluímos os pacientes e famílias como usuários dessas abordagens. Porém, ela transmite a ideia geral de que algumas intervenções são mais úteis na linha de frente, enquanto outras são mais úteis em âmbito sistêmico. Os pacotes de intervenções de cuidado, por exemplo, destinam-se às equipes da linha de frente, embora os gestores e reguladores possam estimular e até impor seu uso. As abordagens de controle de riscos podem ser usadas dentro de uma equipe clínica no momento de decidir se devem começar ou não uma cirurgia a menos que todo o equipamento esteja disponível. Porém, a maior parte das intervenções de controle de riscos, tais como a restrição da demanda ou o controle das condições de trabalho, ocorre em âmbito organizacional ou sistêmico e exige a ação de fortes autoridades para serem implementadas. Evidentemente, para ser efetivas elas também precisam do apoio dos profissionais da saúde na linha de frente.

Tabela 11.1 Um compêndio de estratégias e intervenções de segurança
 Um compêndio de estratégias e intervenções de segurança
 Uma taxonomia incompleta

Estratégia		Intervenções	Nível de implementação		Grau de utilização	Desafios
			Linha de frente	Organização		
Segurança como boas práticas: aspirar atingir os padrões	Programa de segurança focal para reduzir danos específicos Aumento da confiabilidade de processos-alvo Melhoria da educação profissional continuada para adoção das boas práticas Desenvolvimento de diretrizes clínicas mais sofisticadas dirigidas a pacientes complexos	✓			Utilizado ++	Alocar mais tempo para a implementação
		✓			Subutilizado +	Reduzir as diferenças dentro dos ambientes
		✓	✓		Utilizado +	Pouco tempo destinado à educação e ao treinamento
				✓	Subutilizado	Progresso da medicina personalizada
		✓	✓		Utilizado +	Uso excessivo de profissionais de saúde temporários
		✓	✓	✓	Subutilizado ++	Aumento do volume de políticas e de processos que geram desperdício
		✓	✓		Utilizado +	A usabilidade e a integração no fluxo de trabalho continuam sendo problemáticas
		✓	✓		Subutilizado +	Relutância em adotar
		✓		✓	Utilizado +	Os fabricantes não estão suficientemente envolvidos na segurança
		✓	✓		Utilizado	Modelos disponíveis, mas raramente implementados
Melhoria de sistemas e processos	Melhoria no design de equipamentos Formalização das funções e responsabilidades na equipe Padronização e melhoria da passagem de casos Melhoria das condições de trabalho: ruído, iluminação, ambiente físico Redução das interrupções e distrações Melhoria da organização e do contingente de pessoal Criação de novas funções e novos postos de trabalho para melhorar a coordenação	✓			Utilizado	Modelos disponíveis, mas raramente implementados
		✓			Utilizado	Modelos disponíveis, mas raramente implementados
		✓	✓		Utilizado +	Grande margem para evolução
		✓	✓		Subutilizado ++	Não é considerado como um problema
		✓	✓	✓	Subutilizado +	Limitações financeiras e papéis profissionais fixos
		✓	✓		Subutilizado +	Limitações financeiras e papéis profissionais fixos
		✓				
		✓				
		✓				
		✓				

Estratégias de controle de risco									
	Interrupção dos serviços	✓	✓	✓	Subutilizado ++	✓	Limitações políticas e impacto social potencialmente adverso		
	Redução da demanda	✓	✓	✓	Subutilizado ++	✓	Limitações políticas e impacto social potencialmente adverso		
	Imposição de restrições aos serviços	✓	✓	✓	Subutilizado ++	✓	Limitações políticas e impacto social potencialmente adverso		
	Imposição de restrições às pessoas	✓	✓	✓	Subutilizado ++	✓	A resposta geralmente é tardia e excessivamente punitiva		
	Imposição de restrições às condições de operação	✓	✓	✓	Subutilizado +	✓	Não condiz com a cultura do cuidado de saúde		
	Priorização do cuidado de forma temporária ou permanente	✓	✓	✓	Subutilizado ++		Politicamente difícil ao nível local		
	Melhoria na cultura de segurança	✓	✓	✓	Subutilizado +		Geralmente aconselhado, mas raramente implementado de forma efetiva		
	Melhoria da deteção de deterioração	✓	✓	✓	Subutilizado +		Em andamento; com crescente atenção a falhas no resgate		
	Desenvolvimento de sistemas de resposta a emergências	✓	✓	✓	Utilizado +		Muitos exemplos, mas poderia ser utilizado de forma mais ampla		
	Desenvolvimento de verificação cruzada e monitoramento de equipas	✓	✓	✓	Utilizado +		Disponibilidade de modelos e grande potencial de aumento da utilização		
	Briefings e antecipação de perigos	✓	✓	✓	Utilizado +		Disponibilidade de modelos e grande potencial de aumento da utilização		
	Melhoria da resposta organizacional às pressões e às ameaças à segurança	✓	✓	✓	Subutilizado +		Precisa ser explorado, estudado e desenvolvido		
	Negociação de respostas às exigências de agentes de regulação	✓	✓	✓	Subutilizado	✓	Relação conflituosa entre prestadores e agentes de regulação		
	Política voltada para explicação, pedido de desculpas e apoio para pacientes que sofreram dano	✓	✓	✓	Utilizado +		Existem políticas sobre o tema, mas a prática fica para trás		
	Resposta rápida ao dano físico	✓	✓	✓	Utilizado +		Resposta rápida no hospital, mas pode ser mais lenta no ambiente comunitário		
	Apoio psicológico a pacientes e familiares	✓	✓	✓	Subutilizado +		Existem políticas sobre o tema, mas a prática não as acompanha		
	Programas de apoio entre pares para os profissionais de saúde	✓	✓	✓	Subutilizado ++		Existem modelos, mas poucos exemplos de aplicação efetiva		
	Apoio formal e orientação para os profissionais de saúde	✓	✓	✓	Subutilizado ++		Existem modelos, mas poucos exemplos de aplicação efetiva		
	Seguro para os profissionais de saúde e para a organização contra processos jurídicos	✓	✓	✓	Utilizado ++	✓	Amplamente utilizado, mas não relacionado efetivamente a iniciativas de segurança		
	Resposta proativa a reclamações e processos judiciais	✓	✓	✓	Subutilizado ++		Existem modelos, mas poucos exemplos de aplicação efetiva		
	Resposta proativa diante da imprensa	✓	✓	✓	Subutilizado	✓	Alguns exemplos de boas práticas, mas frequentemente tal resposta é difícil		
	Diálogo aberto com os agentes de regulação	✓	✓	✓	Subutilizado ++	✓	Grande espaço para relações melhores e mais produtivas		

Temos consciência de que essas propostas são apenas um ponto de partida, pois será necessário um esforço considerável para mapear e articular toda a gama de estratégias e intervenções utilizadas atualmente e aquelas que poderiam ser adotadas. Isso foi feito com abordagens que utilizam melhores práticas e, até certo ponto, para intervenções destinadas a melhorar o sistema. No entanto, precisamos elaborar uma descrição muito mais completa de todos os tipos de estratégias e intervenções para podermos desenvolver uma abordagem de segurança realmente abrangente.

Podemos indicar avanços semelhantes em outras áreas, que podem servir de modelo para a implementação destas ideias. Por exemplo, existe um enorme interesse em influenciar o comportamento das pessoas de várias formas, seja em relação à alimentação, ao tabagismo, à prática de atividades físicas, à segurança no trânsito, ao pagamento de impostos e a vários outros objetivos políticos. Existem diversas teorias psicológicas e sociais que tentam explicar modificações no comportamento humano por meio de vários mecanismos, cada um deles com consequências para as intervenções. Na perda de peso, por exemplo, uma forma de aumentar a adesão à dieta pode ser por meio do aumento da autoestima do paciente ou por motivações extrínsecas, tais como estímulos financeiros (Quadro 11.5). Susan Michie et al. desenvolveram a Roda de Modificação do Comportamento (Behaviour Change Wheel, BCW), uma síntese de 19 referenciais de modificação do comportamento encontrados na literatura (Michie et al.2013). No centro da BCW está um modelo de comportamento conhecido como COM-B, a sigla em inglês para capacidade, oportunidade, motivação e comportamento. A BCW identifica diferentes possibilidades de intervenção que podem ser aplicadas para modificar cada um dos componentes, bem como políticas que podem ser adotadas para implementar as opções de intervenção.

Quadro 11.5. Diferentes abordagens para a modificação de comportamentos arriscados

Suponha que quiséssemos reduzir a propensão de jovens motoristas a se envolver em comportamentos arriscados no trânsito, como dirigir em alta velocidade. Investigaríamos todas as opções, como melhorar sua "capacidade" de avaliar a estrada e ajustar sua forma de dirigir às condições, restringir suas "oportunidades" de dirigir de forma imprudente por meio de redutores de velocidade ou quebra-molas, ou mudar sua "motivação" para dirigir de forma segura por meio de campanhas em meios de comunicação de massa ou da legislação e sua aplicação. Qualquer um desses métodos (ou todos eles) pode surtir algum efeito. A Roda de Modificação do Comportamento serve como um modelo sistemático para determinar quais opções terão a maior probabilidade de promover as modificações necessárias.

Adaptado de Michie et al. (2014)

A modificação do comportamento é, naturalmente, uma maneira de gerir os riscos, particularmente no que diz respeito à adesão a procedimentos fundamentais de segurança. Porém, neste contexto, estamos estabelecendo um paralelo maior com a abordagem estratégica para classificar, interpretar e elaborar intervenções. Michie et al. apontam, como fizemos, para o grande número de intervenções possíveis e o fato de que, em sua maioria, as intervenções são usadas isoladamente ou em combinações limitadas. A estratégia desses autores consistiu em selecionar as características distintivas de cada abordagem, classificá-las e integrá-las num amplo referencial conceitual de intervenções para a modificação do comportamento.

A nossa “taxonomia incompleta” é um primeiro passo em direção a uma iniciativa semelhante na gestão sistêmica dos riscos no cuidado de saúde, e potencialmente em outros ambientes. Atualmente, precisamos mapear o cenário, avaliar as diversas hipóteses e abordagens de cada estratégia e intervenção e começar a pensar em como personalizar e combinar as intervenções para enfrentar os desafios. No momento atual, na maioria dos casos, usamos apenas uma parte das intervenções potencialmente disponíveis. Usar toda a gama de intervenções e intervir em todos os níveis do sistema nos daria mais vantagens e a capacidade de confrontar o desafio de manter o cuidado de saúde seguro numa época de austeridade e demandas crescentes.

Pontos principais

- Para passar da visão atual da segurança do paciente à visão ampliada que precisamos para o futuro, serão necessárias cinco transições.
- A nossa abordagem atual para a segurança do paciente pressupõe um cuidado de saúde de qualidade geralmente alta, pontuado por incidentes relacionados ao cuidado e eventos adversos ocasionais; essa é uma visão da segurança da perspectiva dos profissionais de saúde. Também precisamos enxergar os riscos e danos pelos olhos do paciente.
- A consequência imediata de se analisar a segurança pelos olhos do paciente é que precisamos examiná-la ao longo da trajetória do paciente. Isso significa que devemos avaliar episódios de cuidado e considerar tanto os riscos como os danos dentro de um período de tempo prolongado.
- A segurança do paciente é a arte de minimizar esses incidentes e de gerir os riscos por períodos de tempo mais longos, o que requer novas habilidades e métodos. Nessa visão, reconhecemos que os erros são inevitáveis, ainda que, num sistema seguro, pouquíssimos tenham consequências para os pacientes.
- A segurança precisa ser abordada de forma muito diferente em cada ambiente. O cuidado de saúde envolve uma grande variedade de atividades e ambientes; portanto, não podemos usar um modelo único.
- Devemos desenvolver uma ampla variedade de estratégias e intervenções de segurança, ampliando nossas estratégias para incluir o controle dos riscos, o

monitoramento, a adaptação e a mitigação.

- Nossas estratégias de segurança ainda são muito limitadas para tratar das realidades cotidianas do cuidado de saúde. As pessoas se adaptam e aprendem a lidar com essas questões, mas ao nível individual, e não como uma estratégia refletida e baseada na equipe. O desenvolvimento de abordagens ponderadas para a gestão de riscos nessas situações é uma prioridade para a próxima fase da segurança do paciente.
- Já existe um compêndio de estratégias e intervenções de segurança. O lento progresso na segurança do paciente se deve, em parte, à subutilização das estratégias e intervenções disponíveis. É como dirigir um carro usando apenas a primeira marcha.
- Será necessário um esforço considerável para mapear e articular toda a gama de estratégias e intervenções utilizadas atualmente e aquelas que poderiam ser adotadas.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.

Referências

Amalberti R, Brami J (2012) ‘Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 21(9):729–736

Healey F, Lowe D, Darowski A, Windsor J, Treml J, Byrne L, Husk J, Phipps J (2014) Falls prevention in hospitals and mental health units: an extended evaluation of the FallSafe quality improvement project. *Age Ageing* 43(4):484–491. doi: 10.1093/ageing/aft190

Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE (2013) The behaviour change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behaviour change interventions. *Ann Behav Med* 46(1):81–95

Michie S, Atkins L, West R (2014) *The behaviour change wheel a guide to designing interventions*. Silverback Publishing, Londres

Mountford J, Davie C (2010) Toward an outcomes-based health care system: a view from the United Kingdom. *JAMA* 304(21):2407–2408

Wears R, Vincent CA (2013) Relying on resilience: too much of a good thing? In: Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R (eds) *Resilient health care*. Burlington, VT: Ashgate. pp 135–144



Capítulo 12 - Gestão de Riscos no Mundo Real

Propusemos uma série de argumentos que culminam na ideia de que a segurança do paciente deve ser examinada como a gestão dos riscos ao longo do tempo. Sugerimos que o cuidado de saúde pode utilizar um repertório muito mais amplo de estratégias e intervenções para gerir os riscos e aumentar a segurança. Este é um livro de ideias e argumentos, mas esperamos que se baseiem na experiência e tenham aplicações práticas. Neste capítulo, vamos começar por considerar as implicações que consideramos mais imediatas e, em seguida, examinaremos como seria possível explorar e desenvolver estes temas a longo prazo.

Implicações para os pacientes, cuidadores e famílias

O envolvimento dos pacientes em sua segurança tem sido um processo lento e difícil. Boa parte do esforço inicial envolveu engajar pacientes e profissionais de saúde para que notificassem problemas relacionados à segurança e respondessem a eles. Esse foi um exercício valioso, mas há sempre (e com razão) um limite naquilo que os pacientes podem fazer de forma razoável ou viável no ambiente hospitalar. Devemos agora voltar nossa atenção ao ambiente domiciliar e comunitário, o que irá gerar desafios de segurança muito diferentes. Por exemplo, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são comuns em hospitais, mas desenvolvemos modos efetivos para combatê-las, baseados no monitoramento atento e numa rápida resposta clínica e organizacional. Em casa, o risco de IRASs pode ser menor, mas surgem outros riscos devido ao ambiente aberto, aos visitantes frequentes e aos diferentes padrões de higiene. A segurança é um equilíbrio dinâmico entre os riscos aceitos e as soluções disponíveis; podemos aumentar a segurança modificando a exposição aos riscos ou melhorando as soluções.

Em casa e na comunidade, os pacientes são responsáveis por seu próprio cuidado e, portanto, por sua segurança, podendo cometer erros e ser influenciados pelos diversos fatores que afetam a segurança. Isso vai além do envolvimento, da tomada de decisões compartilhada ou da formação de parcerias. Os pacientes e suas famílias assumem papéis e responsabilidades que, em outros ambientes, seriam exclusivos dos profissionais. Isso levanta várias questões para a gestão de riscos e, na verdade, para a prestação dos serviços de maneira geral.

Sabemos que os pacientes e suas famílias levam a segurança muito a sério e são engenhosos na gestão de muitas situações potencialmente perigosas. Demos alguns exemplos no livro; certamente, muitos outros poderiam ser reunidos e estudados para revelar novas estratégias e intervenções que pudessem ser compartilhadas, adaptadas e potencialmente adotadas de forma mais ampla. Nossas cinco estratégias podem ser

usadas para levantar algumas questões imediatas sobre a gestão de riscos por pacientes e famílias. Que tipo de treinamento devem receber? Se um profissional precisa receber treinamento para, por exemplo, manter condições estéreis ao trocar um curativo, então certamente os pacientes e cuidadores também precisam ser treinados. Até que ponto os padrões de higiene podem ser reduzidos simplesmente porque uma pessoa doente saiu do hospital e foi para casa? Talvez seja preciso considerar a definição de normas e o controle do ambiente no qual o cuidado será prestado. De que tipo de apoio os pacientes e famílias precisam para monitorar a segurança e agir adequadamente em caso de deterioração? O exemplo da hemodiálise em casa demonstra que certas unidades avançadas já contam com um conjunto de estratégias de segurança que são ensinadas aos pacientes e famílias. Isso poderia ser reproduzido, em diversos graus de intensidade, em outras formas de cuidado fora do ambiente hospitalar.

Implicações para os profissionais da linha de frente e os gestores

No cuidado de saúde, a expressão “linha de frente” geralmente denota os profissionais de saúde que estão em contato direto com o paciente e cujas ações e decisões têm efeitos imediatos. Os gestores não prestam o cuidado e, portanto, não podem ser considerados como profissionais da linha de frente nesse sentido. No entanto, eles afetam a linha de frente, pois suas ações têm uma influência muito grande sobre a segurança. Um gestor de leitos num grande hospital, por exemplo, está constantemente fazendo malabarismos com pacientes e leitos, avaliando o último pedido urgente, tentando colocar pacientes em enfermarias que sejam razoavelmente adequadas e impedindo que pacientes muito doentes sejam colocados em enfermarias onde os profissionais de saúde não estejam familiarizados com as suas necessidades. Se o paciente estiver muito doente, “estar no lugar errado” gera grandes riscos. Os gestores clínicos têm uma enorme influência sobre a segurança, mas não sabemos muito sobre as estratégias que utilizam.

Tanto os profissionais clínicos como os gestores podem fazer muito para melhorar os padrões e o valor da análise de incidentes. Ao menos no Reino Unido, o que antes era um exercício de aprendizagem, reflexão e melhoria tem, em alguns ambientes, lamentavelmente sido reduzido a um exercício essencialmente burocrático que produz inúmeras recomendações que jamais são postas em prática. Temos a necessidade urgente de retornar ao objetivo original da análise de incidentes, concentrando-nos na investigação abrangente de um número muito menor de eventos e considerando os resultados no contexto da segurança e dos programas de melhoria de qualidade como um todo. Tudo isso pode ser alcançado com os métodos que já temos. No entanto, também precisamos explorar a análise de episódios de cuidado, estando atentos aos fatores contribuintes em diferentes momentos, à adaptação e à recuperação diante de problemas e dando maior importância aos relatos dos pacientes e famílias.

Acreditamos que os pacientes e suas famílias devem escolher algumas das análises e ser estimulados a contribuir tanto quanto possível; obviamente, sua perspectiva é especialmente importante fora do contexto hospitalar. O ponto de vista dos pacientes

e suas famílias nos ajudará a entender os problemas de segurança de longo prazo e desenvolver novas técnicas e inovações. Essa visão pode parecer utópica e dispendiosa; ela certamente exigirá uma organização cuidadosa e o uso da tecnologia para incluir alguns participantes. No entanto, como já dissemos, a qualidade é mais importante que a quantidade. Um número relativamente pequeno de investigações aprofundadas pode produzir um enorme volume de informações úteis sobre as vulnerabilidades, as defesas e a resiliência do sistema de saúde.

Com o apoio dos gestores, as equipes da linha de frente podem iniciar programas de gestão de riscos muito maiores e mais estratégicos do que os que temos atualmente. Podemos desenvolver uma árvore de decisões na qual diferentes estratégias e intervenções fossem consideradas em sequência, separadamente ou em conjunto, como candidatas para aumentar a segurança num determinado ambiente e em resposta aos problemas identificados. A melhoria dos padrões na prática clínica é a abordagem mais comum para a segurança na linha de frente e, se realizável, é um primeiro passo óbvio e necessário. A partir daí, há várias maneiras de melhorar o sistema como um todo, embora muitas não estejam sob o controle das equipes da linha de frente. Uma tarefa fundamental é identificar pontos no sistema nos quais processos ineficientes e a baixa confiabilidade forcem soluções alternativas que geram desperdício de tempo e são potencialmente perigosas; as adaptações são naturalmente necessárias nesse momento, mas geram desperdícios, pois apenas compensam outras deficiências em vez de dar a resposta necessária aos problemas ou crises. No curto prazo, lidar com os problemas é admirável e pode ser o melhor para o paciente em questão, mas a longo prazo essa atitude é prejudicial para a segurança, pois apenas prolonga os problemas subjacentes e elimina qualquer incentivo para a mudança. Os controles de riscos, realizados por consenso entre os profissionais de saúde e os gestores, protegem tanto os pacientes como os profissionais e podem trazer ordem e calma a sistemas atualmente caóticos. Obviamente, eles podem e devem ser ignorados em situações de emergência.

O monitoramento, a adaptação e a resposta podem ser mal utilizados, mas ainda assim são uma estratégia de segurança absolutamente fundamental em todos os níveis do sistema. Já foram feitos grandes avanços no treinamento de equipes de anestesia, cirurgia, medicina de emergência e outros contextos clínicos. As habilidades de monitoramento, verificação cruzada e outras características dos fatores humanos são amplamente ensinadas no treinamento de equipes, e foi demonstrado que esses programas melhoram a segurança e os resultados clínicos. Devemos dedicar muito mais energia para compreender a maneira como os profissionais de cada nível do sistema se adaptam e respondem aos problemas fundamentais relacionados à segurança, procurando desenvolver métodos de preparação e treinamento dessas habilidades.

Um caminho que deve ser explorado é a compreensão de como essas e outras estratégias são usadas pelos gestores, em particular os que estão diretamente envolvidos nos serviços clínicos. Os gestores constantemente se adaptam e apagam incêndios; qual proporção desse trabalho é necessária, e qual é desnecessária e causada pela existência de sistemas deficientes? Que estratégias e intervenções são atualmente usadas no dia a dia e em tempos de crise, e quais seriam as ideais? Não desejamos, de maneira alguma, desvalorizar

a competência e a dedicação dos gestores, que fazem um enorme esforço para manter a segurança. Em vez disso, queremos nos afastar das improvisações ad hoc, seguindo em direção a intervenções explícitas e planejadas, preparação e treinamento no uso de um conjunto de estratégias e intervenções. Podemos adquirir muitos conhecimentos ao estudar a forma como os gestores se adaptam e lidam com os problemas, refinando esses mecanismos por meio de uma abordagem mais estratégica. Um programa de treinamento em segurança personalizado para gestores, ou possivelmente para duplas de gestores e profissionais clínicos, está no topo da nossa lista de desejos para o futuro da segurança.

Implicações para executivos e conselhos de administração

No Reino Unido e em alguns outros países, os conselhos de administração das instituições de saúde incluem pessoas de outros setores, com conhecimentos e perspectivas bastante distintas. Para um engenheiro, por exemplo, pode ser muito difícil entender que o que é tolerado no cuidado de saúde é muito diferente do que é tolerado na engenharia. Os incidentes levados à atenção dos conselhos muitas vezes são entendidos como distanciamentos terríveis e excepcionais das melhores práticas, e não como o subproduto inevitável das múltiplas vulnerabilidades de um sistema sobrecarregado. Para um conselho de administração, o mais importante é reconhecer a dimensão da baixa confiabilidade, as condições de trabalho difíceis e a correspondente necessidade de improvisações ad hoc e dos desvios em relação às normas, que são frequentemente necessários e, muitas vezes, ativamente estimulados. Mesmo os membros de conselhos com experiência clínica, que conhecem os problemas por sua experiência diária, podem ter dificuldade em explicitar esses fatos. Essa compreensão do contexto é fundamental para qualquer ação de segurança efetiva e para os inevitáveis sacrifícios e concessões necessários para se alcançar o equilíbrio delicado e variável entre finanças, segurança, qualidade e a experiência vivida pelo paciente.

Uma observação importante na implementação do referencial de medição e monitoramento da segurança desenvolvido recentemente é que suas ideias principais parecem ter boa repercussão nos diferentes ambientes e níveis do sistema de saúde. Isso é importante, uma vez que uma organização poderia agir de forma coesa em torno de um núcleo central de questões de segurança que fossem significativas para os profissionais da saúde em todos os níveis. Não sabemos como nosso referencial de estratégias e intervenções será recebido nem até que ponto ele será aplicável nos diferentes níveis do sistema. Estamos conscientes de que a linguagem e a prática da melhoria de segurança são mais parecidas à prática da linha de frente, enquanto a linguagem do controle, das garantias e da mitigação é mais familiar para pessoas em cargos executivos, regulatórios e de formulação de políticas. Para a comunidade da segurança, seria extremamente valioso encontrar uma linguagem e uma prática que funcionassem em todos os níveis e contextos e que ecoasse da mesma forma junto aos pacientes, profissionais da linha de frente, executivos e reguladores. Acreditamos que isso é possível e que pode trazer esclarecimentos muito necessários, bem como a integração das iniciativas de segurança.

Os conselhos de administração também podem adotar uma gama muito maior de estratégias e intervenções, que precisam ser combinadas estrategicamente para alcançarmos a segurança ideal num contexto de restrições financeiras. Uma expansão das estratégias de segurança pode permitir a adoção de abordagens como o controle de riscos, que são mais familiares e parecidas às que são usadas na gestão e supervisão financeira. Os conselhos muitas vezes associam o aumento da segurança ao aumento das despesas, mas uma combinação sensata de estratégias e intervenções pode ter um custo global neutro. Por exemplo, podemos supor que os controles, as restrições e o aumento da confiabilidade reduziriam os custos e permitiriam o desenvolvimento de um programa para gestores destinado a otimizar a gestão simultânea da segurança, dos custos, da qualidade e da experiência dos pacientes. Isso também pode parecer otimista, mas acreditamos ser possível num programa de segurança suficientemente amplo e bem pensado.

Neste nível organizacional, a integração de estratégias e programas e a priorização explícita de alguns objetivos em detrimento de outros é uma habilidade fundamental. Uma estratégia de modificação organizacional ou regional geralmente consiste numa combinação de subprogramas individuais desenvolvidos e conduzidos por diferentes diretores. Os programas individuais quase sempre estão em conflito uns com os outros. Por exemplo, o plano ideal para saldar uma dívida a um ritmo satisfatório geralmente é prejudicial para os investimentos em contratação de pessoal, novas tecnologias e, em última análise, qualidade e segurança.

O desenvolvimento da estratégia final será uma responsabilidade do diretor executivo, do conselho de administração e de um pequeno grupo de líderes sêniores. Eles devem resolver os conflitos entre os diretores e programas individuais, criar e manter uma visão global que alcance todos os objetivos da organização. Existem maneiras boas e más de estabelecer esse equilíbrio; cada diretor deve estar disposto a adaptar seu próprio programa e a integrá-lo com os outros objetivos e planos da organização. O diretor executivo e outros líderes seniores devem ser capazes de resolver os conflitos e negociar com todos os envolvidos para formular um plano que alcance os objetivos da organização sem comprometer indevidamente a qualidade e a segurança na linha de frente.

Esses cenários são comuns em cursos para executivos em faculdades de administração, mas raramente incluem questões de segurança, ao menos no cuidado de saúde. O desenvolvimento de cenários nos quais a segurança precise ser administrada de forma realista e perspicaz diante das pressões financeiras seria um passo importante para a gestão de riscos. Uma questão especialmente importante é o reconhecimento dos primeiros sinais de falha organizacional, tanto para os gestores como para os supervisores externos das organizações, como agências reguladoras e governos. Cursos para executivos voltados especificamente ao desenvolvimento de estratégias para administrar simultaneamente a segurança, as finanças e outros objetivos organizacionais estão sendo desenvolvidos e testados nas indústrias de petróleo e gás natural, mas ainda não surgiram no cuidado de saúde.

Implicações para agências reguladoras e governos

As agências reguladoras enfrentam importantes novos desafios. Até agora, a maior parte da regulamentação tem se concentrado nos profissionais de saúde ou em organizações e instituições específicas. A regulamentação, em suas várias formas, precisa agora se expandir para abranger novas formas de organização e a complexa série de transições e interfaces ao longo da trajetória do paciente. A acreditação de novos tipos de organização já está em andamento em muitos países, mas ainda precisa ser mais desenvolvida; por exemplo, muitas vezes não está claro qual jurisdição os reguladores têm sobre pacientes que vivem de forma relativamente independente na atenção domiciliar. As abordagens tradicionais de certificação e inspeção e os critérios de avaliação correspondentes deverão ser consideravelmente adaptados. Será um grande desafio passar da acreditação de estruturas e instituições à acreditação da trajetória dos pacientes na atenção primária, secundária e domiciliar.

Um segundo desafio importante é o de encontrar uma forma de regular um sistema que se modifica tão rapidamente. Na maior parte das indústrias, os reguladores têm a sorte de contar com um ambiente relativamente estático no qual os padrões podem ser definidos e mantidos durante anos ou até décadas; a inovação obviamente existe, mas geralmente não leva à modificação das normas principais, representando apenas uma melhor maneira de cumpri-las. Na aviação ou na indústria nuclear, as grandes mudanças podem levar dez anos desde a proposta inicial até sua implementação final, dando bastante tempo para o desenvolvimento de um consenso profissional, testes formais e a absorção gradual na estrutura regulamentar.

Por outro lado, devido à rapidez da inovação nos exames e tratamentos do cuidado de saúde, os reguladores inevitavelmente ficam para trás. A rápida inovação torna o desenvolvimento de novas normas muito difícil; elas podem ser desenvolvidas rapidamente e adaptadas a um ambiente em constante modificação, mas só com uma consequente redução no rigor e nos testes, uma vez que não é possível realizar uma avaliação formal no tempo disponível. O sistema atual não consegue lidar com o ritmo da inovação, mas não sabemos ao certo como desenvolver novas formas de regulamentação mais responsivas.

Os políticos e outros funcionários sêniores estão sob pressão para manter a ficção de que todo cidadão pode receber um cuidado de saúde ideal. Ao menos no âmbito privado, é fundamental que o governo e os reguladores reconheçam as vulnerabilidades do sistema e a disparidade entre o que se almeja e o que é efetivamente oferecido. A ideia de padrões absolutos é ingênua e potencialmente perigosa, especialmente em organizações que passam por dificuldades. A inovação e a implementação de normas novas e melhoradas, que são bastante desejáveis, geram enormes pressões sobre organizações específicas e sobre o sistema como um todo, criando novos problemas relacionados à segurança. Muitas agências reguladoras entendem isso muito bem, mas ainda assim podem ter dificuldade em encontrar uma resposta eficaz para a questão. O problema da regulamentação muitas vezes é concebido como o de encontrar boas formas de detectar essas disparidades e identificar organizações com baixo desempenho.

Trata-se, essencialmente, de uma visão de “melhores práticas” para a segurança. Contudo, o problema mais profundo da regulamentação não é tanto o de identificar o distanciamento em relação às normas, e sim o de gerir essa disparidade de forma inteligente e humana. Do nosso ponto de vista, trata-se de um problema de monitoramento, adaptação e resposta e de desenvolver abordagens que sejam estratégicas, e não improvisadas.

As agências reguladoras desenvolvem abordagens de inspeção muito abrangentes e dedicam a maior parte de suas energias a monitorar a adesão às normas. Muito menos atenção é dada à questão crítica de como responder quando as normas não são seguidas. Em muitos casos, a resposta parece limitar-se a recriminação, ameaças e reinspeção. Uma estratégia básica de controle de riscos deveria envolver o fechamento ou a limitação de unidades quando uma inspeção revelasse problemas fundamentais, mas essa ameaça costuma ser encarada com forte resistência local. O sistema de saúde precisa superar esses obstáculos ou fazer um balanço e reconhecer que nenhuma instituição está isenta da possibilidade de ser fechada, desenvolvendo uma resposta mais sofisticada para lidar com os lapsos em relação às normas. Assim como em outros níveis do sistema, precisamos considerar como as organizações e os reguladores poderiam colaborar num processo de adaptação e monitoramento contínuo da disparidade entre o ideal e o real. A lentidão em fazer com que uma organização passe a cumprir as normas, o que pode levar meses ou até anos, pode ser perigosa, mas raramente vemos qualquer discussão explícita sobre como administrar a segurança nesse meio tempo. A arte de negociar uma escala de tempo realista para as mudanças e a conformidade precisa ser explorada, pesquisada e desenvolvida.

Direções futuras para a pesquisa e a prática

Este curto livro e suas propostas são um passo inicial. Acreditamos que ele traz implicações imediatas, mas reconhecemos que, se as nossas ideias tiverem mérito, elas deverão ser discutidas, desenvolvidas e testadas na prática por uma comunidade de pessoas. A tabela do Capítulo 11 oferece, como já indicamos, uma taxonomia incompleta. Sabemos que será necessário muito mais trabalho para mapear todo o conjunto de estratégias e intervenções, avaliar o valor do referencial como um todo, a natureza e o objetivo de várias intervenções e a sua efetividade na prática. Nossa experiência até o momento, com o pequeno grupo de pessoas que generosamente encontraram tempo para ler um manuscrito inicial deste livro, indica que elas reconheceram a necessidade de uma visão mais ampla da segurança, de uma abordagem estratégica e, em particular, de alterar as abordagens de segurança de acordo com os diferentes ambientes e ao longo da trajetória do paciente.

O próximo passo é essencialmente etnográfico. Devemos observar, identificar e comparar as estratégias e intervenções de segurança relevantes em todos os níveis das organizações de saúde e no sistema como um todo. O ideal seria comparar e combinar essas estratégias e intervenções com as abordagens adotadas em outras indústrias. A partir daí será possível desenvolver uma taxonomia mais robusta de abordagens e começar a avaliar quais delas poderiam ser aplicadas em diferentes contextos. Será necessária muita pesquisa e trabalho empírico para mapear todo o conjunto de estratégias e intervenções

utilizadas atualmente, as pessoas que as utilizam e em que contexto. A partir daí, podemos conceber testes empíricos para as diferentes abordagens e combinações de intervenções, semelhantes aos já desenvolvidos para as melhores práticas e a melhoria de sistemas, mas adotando um repertório maior de abordagens e, principalmente, testando-as em todos os níveis do sistema.

Apresentamos aqui muitas ideias e abordagens de segurança; o próprio termo “segurança” foi contestado e definido de várias maneiras. Já contamos com uma grande variedade de conceitos e ideais organizacionais para nos guiar na trajetória da segurança. Porém, muitas dessas ideias têm permanecido como tal, não encontrando uma expressão ou aplicação concreta. A nossa abordagem, por outro lado, embora pareça abstrata para algumas pessoas, tem uma intenção firmemente prática. Todas as estratégias e abordagens de segurança que descrevemos aqui já são utilizadas, mas não tinham sido reunidas numa arquitetura abrangente que procura incluir todos os ambientes de prestação de cuidado de saúde. Em trabalhos anteriores, observamos que um referencial de unificação pode ser valioso para aqueles que administram a segurança em todos os níveis do sistema de saúde. Esperamos que as nossas propostas e a tentativa de desenvolver uma arquitetura de intervenções de segurança sejam úteis agora e produtivas no futuro.

Acesso aberto

Este capítulo é distribuído nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial, que permite qualquer uso, distribuição e reprodução não comercial, em qualquer meio, contanto que o(s) autor(es) original(is) e a fonte sejam citados.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz