



A importância do sistema de notificação e da formação de um serviço de qualidade eficiente na cultura de segurança de um serviço de saúde

Por André Luis Ottoboni*, Regiane Xavier Dias** e Guilherme Henrique Moura***

O conceito da Cultura de Segurança se originou no acidente nuclear de Chernobyl em 1986, o mesmo ano da explosão do ônibus espacial Challenger. Após investigação em relação à causalidade do acidente nuclear, duas teorias oficiais foram aventadas. A primeira atribuiu a culpa, exclusivamente, aos operadores da usina, enfatizando que a produção foi priorizada frente às questões de segurança. A segunda teoria refere-se a defeitos no projeto do reator. De qualquer forma, ambas focam no indivíduo que está na linha de frente da operação e, possivelmente, o que aconteceu foi uma conjunção das duas, sendo que a possibilidade de defeito no reator

foi exponencialmente agravada pelo erro humano. [1]

The UK Health and Safety Commission of the Advisory Committee on the Safety Nuclear Installations (UKHSCACSNi) define cultura de segurança como "produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e em grupos que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência em executar programas de segurança organizacionais".

As organizações de "alto nível" são assim reconhecidas pela sua prioridade no investimento nas práticas de segurança. É necessária uma demonstração do comprometimento com a segurança em di-

versos níveis: operação, gerentes e líderes. O conhecimento das atividades de alto risco e determinação para atingir operações consistentemente seguras são etapas essenciais na implantação da cultura de segurança, porém, todo o esforço só será retribuído se o ambiente não for punitivo, onde os indivíduos são estimulados a reportar as falhas ou quase falhas sem medo de repressão, encorajados na procura de soluções para os problemas relacionados à segurança.

O *Safety Culture Indicator Scale Measurement System (SCISMS)* é um instrumento para medir a cultura de segurança organizacional, cujas dimensões avaliadas são: comprometimento da liderança, inte-

ração operacional (comunicação aberta), aprendizado organizacional (notificação e feedback), percepção dos colaboradores em relação a medidas punitivas (condução não punitiva dos relatos de eventos adversos) e à maturidade da organização na importância da segurança. [1]

Na área da saúde, o *Institute of Medicine* (IOM) ao publicar o relatório “*To Err is Human*”, em 1999, abriu espaço para discussão das práticas de segurança nas organizações de saúde. A exposição de que até 98 mil mortes/ano nos EUA ocorriam em consequência de eventos adversos quantificou o real problema a ser enfrentado pelas instituições de saúde do mundo. [2] Após quase 20 anos de sua publicação, ainda estamos caminhando lentamente para o entendimento do conceito e sua aplicação de maneira eficiente e transparente. [1]

No âmbito das organizações de saúde, há alguns elementos fundamentais da prática médica que proporcionam o aumento da cultura de segurança, como a necessidade de avaliação do risco para criação de barreiras organizacionais aos riscos conhecidos e sistemas de reporte e monitoramento com a finalidade de detectar riscos em desenvolvimento. Caso retrocedamos no caso de Chernobyl, poderemos identificar inúmeras barreiras de processos com falhas até atingir um desfecho trágico, mas esperado.

Outros elementos essenciais na promoção da cultura de segurança são o desenvolvimento de uma liderança efetiva (liderar pelo exemplo), encorajamento do *team working*, a comunicação efetiva com o time e pacientes, o aprendizado com as reclamações e erros, além do treinamento contínuo. [1]

Instituições que se dispuseram a mudar seus hábitos e processos tiveram reduções consideráveis no número de eventos. Há relatos de redução considerável, incluindo erros de diagnóstico, medicações, infecções, cirurgias em sítio cirúrgico errado e queda resultando em dano, em situações em que a organização avaliou a linha basal de segurança e elencou-a como seu valor central, definiu e divulgou práticas de segurança gerais, elaborou checklists de procedimentos padrão e, adicionalmente, criou uma área para investigação e análise de eventos. [3]

O compartilhamento da percepção da relevância da segurança e a

É necessária uma demonstração de comprometimento com a segurança em diversos níveis: operação, gerentes e líderes

crença da eficácia das medidas preventivas são primordiais para evitar a normalização do desvio. Esta situação é descrita como aquela em que acreditamos que algum processo é de menor risco apenas porque o enfrentamos rotineiramente, e, raramente, causa incidentes. Contudo, a baixa probabilidade de eventos, com experiências de sucesso não muda a probabilidade de ocorrência nem a severidade do impacto da intercorrência.

As lesões iatrogênicas geralmente

decorrem de falhas e da natureza fragmentada dos processos no sistema de saúde. A detecção e análise de eventos adversos, tanto individualmente como em larga escala, podem revelar problemas organizacionais, sistêmicos e ambientais. [3]

Um evento adverso é definido como um evento que resulta em danos involuntários para o paciente por meio de um ato ativo ou omissão, apesar da doença ou condição subjacente do paciente. [4]

O principal método de notificação de eventos adversos é o relato voluntário e, como resultado, a maioria relacionados ao cuidado à saúde não é detectado. Mesmo que o fosse, a informação seria de valor limitado devido a diferentes definições, métodos variáveis de coleta e análise de dados. O regime voluntário do relato de eventos demonstrou ser um meio minimamente efetivo de detecção, principalmente devido a alguns fatores, tais como: desconhecimento por parte da equipe sobre o que é um evento, preocupações com foco jurídico, vergonha, medo de implicação/punição.

Uma revisão sistemática de 2007 demonstrou a distribuição dos eventos adversos segundo local, profissionais, tipos de lesão, entre outros. Os resultados obtidos foram: 80,8% de todos os eventos ocorrem em pacientes em regime de internação hospitalar; 41% destes aconteceram dentro do centro cirúrgico, 24,5% nos quartos de internação, 3,1% nas unidades de terapia intensiva e 3% nas salas de emergência. Os profissionais responsáveis pela assistência cirúrgica, entre cirurgiões e anestesistas, foram responsáveis por 58,4% de todos os eventos adversos. [6] Base-

ado nestes dados, a busca por eventos nas unidades cirúrgicas deve ser ativa e estar no escopo principal das organizações de saúde.

O anestesiológico tem papel fundamental no time cirúrgico, em que a comunicação multiprofissional firmada na confiança mútua é essencial para o alinhamento das condutas e segurança do paciente. [1]

Existem muitas maneiras de detectar eventos adversos, tais como: sistemas de relatórios, revisão de documentos, vigilância automatizada de dados clínicos e monitoramento da prestação de serviço ao paciente. Essas abordagens são, em última instância, complementares e requerem uma ampla gama de elementos de dados que cobrem informações demográficas, sinais e sintomas, medicamentos, resultados de exames, diagnósticos, terapias e resultados. [4]

O uso de sistemas de notificação de eventos adversos também visa identificar processos de saúde aprimorados através da sua análise de dados. Este processo envolve sua seleção e definição para pesquisas, a definição da população a ser analisada, a coleta e análise de dados de vigilância (identificação de fatores causais) e a utilização dos achados para desenvolver intervenções.

O aprimoramento do trabalho envolve, invariavelmente, vários sistemas, processos e áreas dentro de uma prática. A equipe ou comissão de melhoria da qualidade é o grupo de indivíduos dentro de uma prática encarregada de realizar o diagnóstico e ações de melhoria. A equipe pode se reportar ao diretor executivo da organização, ou alguém da alta direção, mas é importantíssimo o canal de comu-

nicação aberto com as lideranças para aumento da efetividade das ações tomadas. Ela deve incluir indivíduos que representam todas as áreas da prática que serão afetadas pela melhoria proposta, bem como pelos representantes dos pacientes.

A equipe de qualidade deve se reunir regularmente para analisar dados de desempenho, identificar áreas que precisam ser melhoradas, e realizar e monitorar as ações de melhoria. Para essas atividades, as equipes usarão uma variedade de abordagens e ferramentas, incluindo o *Model of Improvement*, os ciclos de melhoria de processos (PDSA), mapeamento de fluxo de trabalho, avaliações, auditorias e feedback, benchmarking e pesquisa de melhores práticas. [3]

A equipe deve ter uma pessoa-re-

O anestesiológico tem papel fundamental no time cirúrgico(...)

ferência, ou grupo de pessoas, que esteja comprometido com o ideal do processo de melhoria contínua. Esta deve estar interessada em desenvolver capacidades na prática para a melhoria contínua e implementar "processos" efetivos. Estes podem incluir a coleta e análise de dados, a busca das melhores práticas e a participação de vozes de indivíduos que estejam envolvidos em todos os aspectos do processo/atividade sob seu escrutínio. [3]

Um sistema de notificação multi-variado, acessível, rápido, com foco

nas circunstâncias de risco como forma de prevenção e, paralelamente, mitigação de eventos, associado a uma equipe de qualidade e segurança eficiente na análise detalhada dos riscos e incidentes, além de influente na implementação de estratégias para atingir o resultado esperado, são de extrema importância para o estabelecimento de uma cultura de segurança consolidada e contínua.

BIBLIOGRAFIA

- [1] K. Ruskin, *Quality and safety in anesthesia and perioperative care*, New York, 2016.
- [2] I. o. Medicine, "To Err is Human: Building a safer Health System," 1999.
- [3] T. H. Foundation, "Does improving safety culture affect patient outcomes?," UK, 2011.
- [4] R. J, "Managing the risks of organizational accidents," 1997.
- [5] I. o. Medicine, "Patient Safety: Achieving a New Standard for Care," 2004.
- [6] E. N. d. Vries, "The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review," *Quality Safety Healthcare*, pp. 216-223, 2008.

.....
* *TSA-SBA, membro da Comissão de Qualidade e Segurança em Anestesia SBA e coordenador do Comitê Qualidade e Segurança do SMA.*

** *Gerente Médico Qualidade e Segurança SMA.*

*** *Gerente Médico SMA.*