

2. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente

Lurdes Trindade e Maria João Lage

Apresentam-se, neste capítulo, alguns dos principais contributos/colaboradores (autores, movimentos, publicações, instituições, estudos, descobertas etc.) relevantes para a forma como as questões relacionadas com qualidade e, principalmente, a segurança do paciente são interpretadas e valorizadas nos dias de hoje. Na história da prestação de cuidados de saúde, poderemos ver, nalguns casos, determinadas descobertas fundamentais para o conhecimento que temos atualmente. Noutras situações, constatamos também que algumas figuras importantes foram colocadas de parte por apresentarem ideias/pensamentos, muitas vezes, contra a corrente dominante e, nalguns casos, em oposição à maioria dos seus pares (veja, mais à frente, os casos de Semmelweis e Codman).

Serão também descritos, de forma sucinta, os contributos/colaboradores de vários estudos e relatórios, entre eles o relatório do IOM que, na segunda metade do século XX, alertava para o elevado número de incidentes nos hospitais (e suas consequências). De acordo com vários autores, em virtude dele, as questões da segurança do paciente e dos eventos adversos (EAs) viriam a ter grande relevo nos anos seguintes.

Conceitos de doença na Antiguidade

Na Pré-História e na Antiguidade, a vida dos homens estava sempre em risco, à mercê da violência e de inúmeras doenças infecciosas para as quais se dispunha de poucos tratamentos eficazes. Não é de estranhar o recurso frequente à intercessão dos deuses. A doença era, muitas vezes, encarada como uma punição ou mal de origem divina, sendo o sacerdote/mágico um dos instrumentos para a cura, atuando em con-

junto com o curandeiro responsável pelas drogas, poções e ligaduras. No Egito dos anos 500 antes de Cristo (a.C.), existia já a distinção entre as doenças que estariam ao alcance do curandeiro e de suas poções – divididas em especialidades como abdômen, olho, ouvido etc. – e aquelas, particularmente as crônicas, que, por não terem resposta previsível à ação das drogas e intervenções cirúrgicas disponíveis, necessitariam da intervenção divina (Porter 2006).

Há evidências de que, ainda na Antiguidade, na Mesopotâmia, eram já efetuados alguns procedimentos cirúrgicos e outros tratamentos a que Pita (2007) chama de medicina pré-técnica.

Segundo a lenda, **Manú** era filho de Brahma e pode ser considerado o mais antigo legislador do mundo – segundo estudiosos, seu código data, aproximadamente, entre os anos 1300 e 800 a.C.

O Código de Hamurabi, mais antigo, tecnicamente não é um código no sentido técnico da palavra, já que se tratava de uma coletânea de normas que abrange vários assuntos e preceitos.

O Código de Hammurabi, na Babilônia dos anos 1792-50 a.C., contém alguns artigos relacionados com o tratamento médico, reconhecendo que seu resultado também dependia da ação do médico e responsabilizando-o de forma dura: se, em razão de determinado tratamento, um paciente perdesse a mão, o médico poderia perder a sua. Também na antiga Índia, segundo as **leis de Manú**, os médicos podiam ser castigados se fizessem um diagnóstico errado, ou se tentassem tratar os casos considerados incuráveis; a falha não era atribuída à vontade divina, mas a um engano ou má prática do médico.

Na Grécia antiga, a cura da doença era uma prática aberta, procurada no templo ou na diversidade de outras propostas terapêuticas, dependendo do tratamento escolhido e da preferência individual. Coexistiam várias escolas de medicina, entre elas a escola de Cós, da qual fez parte Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C. considerado o pai da medicina. Para ele, a doença era um desequilíbrio dos humores, cabendo ao médico perceber qual e auxiliar a natureza no seu restabelecimento. Hipócrates afirmava que, em sua prática, o médico deve dirigir os cuidados com a finalidade da recuperação do paciente, abstendo-se de toda a maldade e dano (Pita 2007). “Primum non nocere” – que significa: primeiro não cause o dano – é reconhecida como uma das primeiras referências explícitas à segurança do paciente.

Figura 1 – Galeno, médico romano (130 a 200 d.C.)



Fonte: Wikipedia

Galeno, cuja influência na Europa chegou ao século XVIII, escreveu sobre anatomia e fisiologia, mas também deontologia médica, advogando que a medicina devia ter o rigor da geometria.

Na Europa, durante a Idade Média, a medicina baseava-se no respeito pela tradição e pelos mestres da Antiguidade como Galeno e, como em outras áreas do saber, ficou em grande parte a cargo das ordens religiosas. Essas fundaram os primeiros hospitais e foram os principais agentes da preservação e difusão da prática e do ensino médico, tanto no nível assistencial como, mais tarde (século XII), na criação das primeiras universidades (Porter 2006).

Figuras históricas relevantes para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde

No final do século XIX, a comunidade médica e a sociedade em geral assumiam que os incidentes se deviam ao comportamento de alguns raros profissionais e tinham pouco peso no resultado do tratamento do paciente.

O pensamento dominante, à época, era que o profissional cumprisse seu papel sem errar; cada incidente era gerido individualmente por ele, que não o partilhava com o paciente nem com seus pares. Essa atitude

devia muito à formação profissional, mas estava também enraizada na cultura da sociedade e na forma como o homem conviveu com a doença desde sempre.

No século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, além de revolucionar a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da segurança do paciente, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. Durante a Guerra da Crimeia e a convite do governo britânico, chefiou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha e, por meio da introdução de mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, provocou diminuição significativa no número de infecções e mortes.

Nas várias obras publicadas ao longo da sua vida, Florence afirma que a estrutura e a organização dos hospitais influenciam a saúde e recuperação do paciente.

Ao analisar as condições dos soldados na Índia, demonstrou que os problemas de saneamento, a contaminação da água, superlotação dos espaços e ventilação incorreta eram responsáveis pelos maus resultados. Avança mais e alarga as recomendações de melhoria das condições sanitárias ao país em sua totalidade, como forma de melhorar a saúde do exército e da população em geral.

Apesar de demonstrar estatisticamente os dados que deram suporte às suas conclusões e ter conseguido algumas modificações nos hospitais ingleses, suas recomendações não foram bem acolhidas pela maioria da classe médica (Lopes 2010).

Outro exemplo de não aceitação de novas teorias, por desconhecimento dos seus fundamentos científicos, ocorreu com as propostas de Ignaz Semmelweis. Só após os trabalhos de Pasteur, Koch e Lister e das teorias de microrganismos e técnicas antissépticas, elas foram compreendidas e aceitas.

Figura 2 – A enfermeira britânica Florence Nightingale (1820-1910)



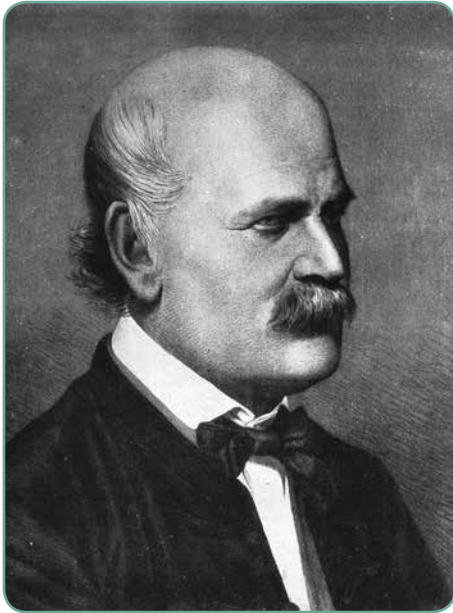
Fonte: Wikimedia Commons (2009).

A enfermeira britânica Florence Nightingale era também conhecida pela alcunha “A dama da lamparina”, pois usava este instrumento para iluminar o atendimento que realizava aos feridos durante a noite.



Para saber mais sobre Florence Nightingale, sugerimos que assista ao filme *Florence Nightingale – História da Enfermagem*, que conta sua história. Você poderá encontrá-lo nas locadoras ou em versões legendadas na Internet.

Figura 3 – Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865)



Fonte: Wikimedia Commons (2014).

Ignaz Philipp Semmelweis nasceu na Hungria. Mais tarde foi para Viena completar seus estudos em advocacia, mas acabou se tornando médico.

Semmelweis era responsável pela maternidade de um hospital universitário, onde verificou que a taxa de morte por infecção após o parto era superior nas enfermarias em que as mulheres eram cuidadas pelos estudantes em relação àquelas nas quais os partos eram feitos por enfermeiras parteiras. Ao estudar essa diferença, identificou como causa o facto de os estudantes passarem de procedimentos de autópsias para a observação das parturientes, sem procederem à lavagem das mãos.

Ao introduzir a obrigação de lavagem das mãos dos estudantes e médicos, verificou que a taxa de mortalidade desceu para valores idênticos aos das enfermarias das

parteiras. No entanto, essas conclusões não foram aceitas pelos responsáveis do hospital, e não lhe foi renovado o contrato como professor. Semmelweis voltou para seu país natal, onde conseguiu obter resultados de mortalidade muito baixos com a introdução da lavagem sistemática das mãos, numa maternidade pela qual era responsável. Publicou esses resultados em 1861, mas o livro não foi bem aceito pela comunidade científica, e acabou por morrer aos 47 anos num asilo para pacientes mentais (Best 2004).

Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgião em Boston, é outra figura incompreendida pelos seus pares durante sua vida e percurso profissional. Para ele, o trabalho desenvolvido pelos médicos era limitado, faltando-lhe a avaliação do resultado das suas cirurgias. Descontente com o hospital onde trabalhava, fundou um hospital privado em que acompanhou, de forma sistemática, os pacientes que operava, marcando erros de diagnóstico e tratamento e monitorizando os resultados alcançados. Num período de cinco anos, houve o registo do número e do tipo de erros ocorridos, classificando-os em: falta de conhecimento ou habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de cuidados ou equipamento e falta de competências para diagnosticar. Em seus estudos, também foram incluídas situações que classificou como calamidades

cirúrgicas e complicações que fogem ao controle, recomendando que essas últimas fossem conhecidas dos profissionais e do público e estudadas de forma a serem prevenidas.

Segundo Codman, os artigos científicos habitualmente publicados só davam a conhecer as experiências positivas, e era importante que os resultados reais fossem conhecidos. Suportou os custos da publicação dos seus resultados e divulgou-os aos outros hospitais, instando-os a fazer o mesmo, sem sucesso. Estudante e cirurgião brilhante, fundador do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), foi rejeitado pelos seus pares, e seus esforços reformadores só lhe valeram censura, terminando seus dias na pobreza. No entanto, em 1917, o ACS acabou por publicar um grupo de padrões mínimos baseados nas categorias de Codman, que viriam a ser alicerces dos padrões de acreditação hospitalar (Neuhauser 2002).

Esses conceitos foram abordados no capítulo anterior. Reveja também seu conceito de qualidade em saúde e sua proposta de avaliação da qualidade baseada na tríade: estrutura, processos e resultados.

Avedis Donabedian (1919-2000), médico e professor que estudou a qualidade na saúde, propõe a decomposição do conceito de qualidade em eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Cada uma dessas dimensões pode ser medida e avaliada, isolada ou em conjunto, permitindo fazer uma avaliação objetiva da qualidade.

Donabedian prova, no estudo “Epidemiologia da qualidade”, publicado em 1985, que os atributos estruturais convertem-se em medidas indiretas da qualidade dos cuidados, assim como em indicadores de uma possível assistência deficiente. Outros estudos publicados sobre a avaliação da qualidade dos cuidados descrevem a existência de variações geográficas da prática, como discutido no capítulo anterior.

Essa linha de estudo foi aprofundada pelo médico americano Wennberg, que, no início do século XXI, comparou os cuidados médicos em diferentes zonas geográficas a pacientes com a mesma patologia. Ele encontrou uma variação nos tratamentos administrados que não dependia do tipo de doença, da evidência médica ou preferência dos pacientes, levando-o a atribuir essa responsabilidade ao comportamento do médico.

Para refletir

Ao refletir sobre suas experiências, você consegue imaginar de que forma o comportamento do médico pode interferir na variação dos tratamentos administrados? Você já viu doentes com as mesmas características e patologia serem tratados de forma diferente pelo facto de serem atendidos em centros diferentes ou por médicos diferentes?

As causas e soluções para essas variações indesejáveis são diferentes dependendo da categoria de cuidado de saúde prestado: cuidado efetivo, cuidado sensível às preferências dos pacientes e cuidado sensível à oferta.

O cuidado efetivo tem, comprovadamente, melhor resultado que as suas alternativas, cujos benefícios ultrapassam os efeitos secundários e o risco de possíveis danos e que assenta em evidência científica sólida. O problema de qualidade encontrado nos cuidados efetivos é a subutilização, de que a falha na administração de vacinas é exemplo.

O cuidado sensível às preferências dos pacientes refere-se aos casos em que existem várias opções de cuidado, com resultados que variam segundo a opção escolhida. Habitualmente, o paciente delega ao médico grande parte das decisões terapêuticas, e a escolha dos cuidados acaba por não ser aquela que o paciente escolheria se tivesse acesso à informação detalhada sobre o tipo de qualidade de vida proporcionada por esse cuidado. Nesse caso, é fundamental mudar a relação médico-paciente e aumentar o poder de decisão do paciente, informando-o para que possa fazer as suas escolhas.

Por fim, o cuidado sensível à oferta resulta habitualmente na sobreutilização dos recursos, sendo muito influenciado pela disponibilidade do mercado local de cuidados de saúde; na ausência de orientações baseadas na evidência científica, a tendência é utilizar ao máximo os recursos existentes.

Segundo Wennberg (2010), com a organização dos sistemas de cuidados, a qualidade aumentaria, haveria ganhos significativos e poupança dos sistemas de saúde, com melhores resultados para o paciente. Essa reorganização passaria pela determinação, como norma ética e legal, da escolha informada do paciente para decisões relativas a alguns atos, nomeadamente a cirurgia eletiva, a sustentação dos cuidados em evidências científicas e impedindo o crescimento indisciplinado da capacidade e custos dos serviços de saúde.

Mais tratamento não significa necessariamente melhores cuidados, pelo que esse autor recomenda uma gestão inteligente dos cuidados envolvendo os pacientes, sobretudo no decurso da doença crônica, como forma de aumentar a qualidade (Wennberg 2010).

Figura 4 – John E. Wennberg

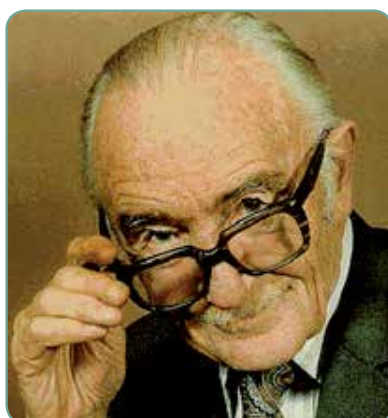


Fonte: Flickr (2011).

John E. Wennberg é fundador e diretor emérito do Instituto de Dartmouth para a Política de Saúde e Prática Clínica. Também é professor no Departamento de Medicina da Família e Comunidade e no Departamento de Medicina da Escola de Medicina de Dartmouth.

Archie Cochrane (1909-1988), epidemiologista, também preocupado com as escolhas nos cuidados de saúde, sugeriu que dada a escassez de recursos, esses deveriam ser utilizados para proporcionar os cuidados que se comprovaram eficazes e efetivos por meio de estudos científicos bem desenhados. Sobretudo estudos controlados e randomizados, que têm mais hipótese de fornecer informação de maior rigor que outro tipo de fontes.

Figura 5 – Archibald Leman Cochrane (1909-1988)



Fonte: Wikimedia Commons (2013).

Archibald Leman Cochrane nasceu na Escócia e como médico se tornou um defensor da utilização do método científico para investigar a eficiência e eficácia de tratamentos e doenças. É um dos pioneiros e fundadores da medicina baseada em evidências.

O ritmo de publicação de estudos, no entanto, é tão elevado que impossibilita que os profissionais se mantenham a par de todas as edições. Por isso, Cochrane sugere que é imprescindível “...um sumário crítico, revisto periodicamente de todos os estudos controlados...” publicados diariamente.

Em resposta a esse desafio, foi criada, inicialmente, a base de dados de estudos perinatais de Oxford, alargada mais tarde, que deu origem à colaboração de Cochrane, em 1993. Com o contributo/apoio de equipas de investigadores/pesquisadores em todo o mundo, ela organiza e classifica uma imensa quantidade de informação, disponibilizando essas revisões sistemáticas aos profissionais, para que suas decisões clínicas sejam apoiadas por estudos robustos.



Saiba mais sobre esse projeto de pesquisa no endereço do sítio da organização Cochrane: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>

Os primeiros estudos, relatórios, organizações e campanhas que lançaram as bases da segurança do paciente

O estudo pioneiro que empregou o método de revisão retrospectiva de processos clínicos/prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais foi *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS), realizado na Califórnia em 1974 (Mills, 1978). Contudo, foi *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS), realizado em 1984 em hospitais do Estado de Nova Iorque, que tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do paciente internado. O estudo de Harvard (HMPS) teve como objetivo obter mais e melhor informação sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre os pacientes hospitalizados. Baseou-se no estudo retrospectivo de uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos/prontuários de pacientes internados em 51 hospitais no ano de 1984. Seus resultados mostraram que cerca de 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, e a maioria poderia ter sido prevenida. Apesar de a maioria resultar em lesões menores, aproximadamente 2,6% tiveram problemas que implicaram incapacidade total e permanente ou morte (Leape et al. 1991).

A repetição do estudo de Harvard na Austrália, com a revisão de mais de 14 mil processos de pacientes admitidos em 28 hospitais no ano de 1995, revela que 16,6% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, incapacidade permanente em 13,7% e morte em 4,9%. Também, nesse caso, 51% dos incidentes foram classificados como evitáveis. A diferença dos resultados é atribuída a diferenças metodológicas (Weingart et al. 2000).

A mesma metodologia foi aplicada no estudo realizado no Reino Unido e em outros países, incluindo Portugal e Brasil (Mendes et al. 2009; Sousa et al. 2011), tendo-se obtido resultados semelhantes.

Para refletir

As estatísticas encontradas nos diversos estudos descritos correspondem ao que você vivencia em sua região? Que importância você vê nesse tipo de levantamento e por quê?



Você pode ter acesso a um resumo do relatório *To Err is Human* em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Humam%201999%20%20report%20brief.pdf>.

O relatório *To Err is Human*, elaborado pelo IOM em 2000, estimava a ocorrência de 44 mil a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos da América, causadas por eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, e dessas cerca de metade seria evitável. O custo associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares em razão dos custos de cuidados adicionais, mas também pela perda de rendimento e incapacidade resultante (Kohn et al. 1999). Essa constatação alertou os profissionais de saúde, gestores da saúde, pacientes, organizações e decisores políticos para a dimensão do problema e dos seus custos sociais e econômicos, além do óbvio sofrimento dos pacientes e famílias.

No Reino Unido, um relatório sobre a análise dos EAs, *An organisation with a memory*, publicado no mesmo ano (Expert Group on Learning 2000) revelou uma incidência desses eventos de cerca de 10% em pacientes internados, que, extrapolados para o total de pacientes admitidos por ano, significaria cerca de 850 mil internamentos/internações com custos diretos acima dos 2 milhões de libras.

Ambos os relatórios sugeriam algumas estratégias para fazer face a essa problemática. Entre essas estratégias destaca-se a mudança de cultura das organizações de saúde. A passagem de uma cultura de culpabilização do indivíduo para a cultura de segurança e de aprendizagem com o erro, por meio da criação de sistemas de notificação confidencial de eventos adversos, incentivando os profissionais a reportá-los, proceder à sua análise sistemática e divulgar os resultados dessa análise para que outros profissionais e pacientes se beneficiem com as recomendações. A notificação voluntária dos incidentes, algumas vezes em plataformas nacionais, foi assim implementada como medida de melhoria e de prevenção de incidentes em diversos países.

Alguns países criaram instituições próprias para desenvolver as estratégias de prevenção a nível nacional, com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde:

no Reino Unido, a National Patient Safety; a Danish Society for Patient Safety, na Dinamarca; a Australian Patient Safety Agency, na Austrália; e nos EUA, a Agency for Healthcare Research and Quality (Sousa 2011).

Em 2004, a OMS lançou o desafio da campanha para a segurança do paciente “*Patient Safety*” com o objetivo de coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do paciente a nível mundial. Essa campanha propõe a segurança do paciente como uma prioridade de saúde pública, procurando integrar a perspectiva do paciente e família aos seus cuidados. No entanto, uma década depois da publicação do relatório do IOM, os números de eventos adversos não diminuíram como esperado e desejável (Consumers Union 2010; Levinson 2012), apesar da implementação de algumas estratégias recomendadas, nomeadamente a do relato e análise do incidente como forma a promover a aprendizagem pelo erro.

A consciência desse problema levou ao desenvolvimento de campanhas para envolver o paciente nessas questões de segurança, sendo disso exemplo a campanha da OMS – “*Patients for Patient Safety*” (PFPS), que procura dar voz ao paciente e família após a ocorrência de incidentes relacionados aos cuidados de saúde.

Recomenda-se às instituições que procurem o ponto de vista do paciente nos aspetos que podem melhorar sua segurança e usem a análise das reclamações como uma forma de melhorar a prática. É encorajado o *feedback* e o envolvimento do paciente utilizando inquéritos de satisfação e sítios electrónicos para exposição das suas preocupações, assim como o envolvimento da população em geral por meio das suas associações, com encontros para discussão sobre segurança do paciente.

Em 2005, da parceria entre a OMS e a Joint Commission International (JCI), surgiram as “**Soluções de Segurança do Paciente**” (*Patient Safety Solutions*) que pretendem ser um contributo/apoio para a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente. As soluções criadas a partir desse trabalho foram publicadas em 2007 e descrevem o(s) problema(s) em questão; apresentam a evidência que suporta a(s) solução(ões) proposta(s); identificam as potenciais barreiras à sua implementação; descrevem os riscos potenciais; e fazem referência ao papel do paciente e da família para cada uma das nove soluções (são nove as áreas definidas – conforme você poderá ver a seguir). Esse conjunto de soluções, que passam por mudanças simples das práticas, mas podem evitar incidentes graves, pretendem ser uma boa referência para os profissionais e instituições que prestam cuidados de saúde.

Os aspetos que podem melhorar a segurança do paciente serão focados com maior profundidade no livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Mais precisamente nos Capítulos 7, Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente, e 8, Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites.



Sobre as nove soluções de segurança, você pode saber mais consultando o site da OMS, *Patient safety solutions*: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/patientsafety/en/>

As nove soluções de segurança propostas são as seguintes:

Gestão de medicamentos de aspecto e nome semelhante
(medicamentos LASA – “Look Alike, Sounds Alike”)

Identificação do paciente

Comunicação durante a transição de cuidados

Realização do procedimento correto no local correto

Controlo das soluções concentradas de eletrólitos

Conciliação medicamentosa

Evitar erros nas conexões de cateteres e tubos

Uso único de dispositivos injetáveis

Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções
associadas aos cuidados de saúde

O projeto *High 5s*, lançado pela OMS em 2006, na mesma linha das soluções de segurança, passa pela implementação e disseminação de protocolos simples (*Standard Operating Protocols – SOP’s*), cuja intenção era reduzir a frequência de cinco dos problemas identificados, em cinco países, num horizonte temporal de cinco anos, daí o nome *High 5s*.

Para refletir

Na sua prática clínica, quais os problemas que poderiam ser resolvidos com estas recomendações? Pense em exemplos concretos.



Você pode consultar essa plataforma on-line no website da OMS: https://www.high5s.org/pub/Main/WebHome/High_5s_Overview_Sheet.pdf.

Além da criação dos protocolos padronizados na intenção de resolver os problemas, foram definidos os mecanismos de avaliação do seu impacto; da colheita e análise dos dados e, igualmente, estabelecida uma plataforma on-line de ensino, aprendizagem e monitorização dessas ações.

A implementação do projeto foi iniciada em 2009 e sua *timeline* de implementação é até 2014, estando, atualmente, três SOP's a ser implementadas em vários hospitais aderentes, quer na Europa, quer na Ásia e América. As três SOP'S são:

- ✿ a reconciliação do medicamento na transição dos cuidados;
- ✿ a realização do procedimento correto no local correto do corpo; e
- ✿ a gestão de soluções concentradas injetáveis.

Como reação ao relatório de 2001 do IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century*, que chamava a atenção para a necessidade de melhoria urgente do sistema de saúde americano, nomeadamente nos aspetos da sua efetividade, eficiência, equidade e segurança do paciente, o Institute for Healthy Improvement (IHI) abraçou esse desafio, traduzindo-o em seis objetivos para combater:



Fonte: Institute for Healthy Improvement (2006).

A campanha das “100 mil vidas” do IHI decorreu de 2004 a 2006, estendendo-se a uma rede vasta de hospitais aderentes. A esses hospitais era pedido que implementassem um conjunto de intervenções, cuja eficácia em impedir mortes desnecessárias era conhecida, cabendo ao IHI a disponibilização de algumas ferramentas e a participação na formação dos profissionais envolvidos.

As intervenções recomendadas pelo IHI passavam por um conjunto de ações focalizadas, como sejam:

- * ativação de equipas de resposta imediata ao primeiro sinal de agravamento da situação do paciente;
- * providenciar o tratamento eficaz e baseado na melhor evidência às mortes por EAM/IAM;
- * prevenir incidentes adversos relacionados com a medicação, implementando a reconciliação do medicamento;
- * prevenindo a infeção de cateteres centrais e a pneumonia associada à ventilação, implementando algumas medidas com evidência comprovada; e
- * prevenindo a infeção do local cirúrgico por meio da administração da profilaxia antibiótica em tempo correto.

No final do período da campanha, foi estimado que mais de 120 mil mortes tinham sido evitadas com o cumprimento dessas medidas pelos hospitais aderentes.



Conheça mais sobre essa nova campanha do IH no endereço: <http://www.ih.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>

O sucesso inspirou o IHI a lançar uma nova campanha: “5 milhões de vidas”. Nela, mais que a redução do número de mortes, o objetivo era proteger os pacientes de cinco milhões de lesões causadas por eventos adversos. Para isso, além de desejar a adesão do dobro dos hospitais, a intenção das intervenções foi alargada. Pretendia-se atuar também em áreas com a prevenção de todas as infeções relacionadas aos cuidados de saúde e das lesões associadas aos medicamentos de alto risco; nas complicações cirúrgicas; nas úlceras por pressão, para dar, apenas, alguns exemplos.

Os custos dos serviços de saúde tendem a aumentar exponencialmente, o que resulta da ampliação da procura (em razão, entre outros factores, ao envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida, à inovação e conhecimento biomédico e desenvolvimento de novos fármacos e novas técnicas terapêuticas etc.), mas também ao custo elevado dos procedimentos e medicamentos que vão sendo disponibilizados. Coloca-se, neste momento, a questão, em vários sistemas de saúde a nível mundial, de saber como controlar esses custos sem reduzir os níveis de segurança para o paciente.

Refere-se aqui um exemplo recente de como a preocupação de alcançar os objetivos financeiros pode afetar a segurança do paciente: um hospital inglês, o Stafford Hospital, durante anos sucessivos, apresentou uma taxa de mortalidade acima do esperado. As sucessivas queixas

dos pacientes e familiares foram sendo ignoradas, e o número insuficiente de enfermeiros, assim como uma cultura de tolerância e de não cumprimento das boas práticas, pôs em causa cuidados básicos, como a higiene e hidratação dos pacientes, por exemplo. Esse caso foi conhecido e tornado público, estando todo o processo bem descrito (desde as causas até as consequências) no relatório *Francis* (2013). Esse relatório público do inquérito que foi efetuado avança como uma das principais causas para prestação de cuidados inseguros e das consequências que daí resultaram; o enfoque da gestão do hospital apenas no cumprimento dos objetivos financeiros, descurando os sinais e indicadores de falta de qualidade e de falhas na segurança que iam sendo referidos por pacientes e familiares.

Figura 6 – Stafford Hospital



Fonte: Wikimedia Commons – Alistair Rose (2011).

O caso do Hospital de Stafford nos mostra a importância de implementação nas organizações de saúde de uma cultura de segurança do paciente. Muitos eventos adversos poderiam ter sido evitados, além de processos judiciais.

Considerações finais

O caminho para o desenvolvimento da segurança do paciente, da sua integração no trabalho diário das instituições e na cultura de todos os profissionais tem sido lento, com alertas ignorados ao longo do tempo.

Apesar do ritmo lento e da dimensão do problema, inúmeras estratégias para a avaliação, melhoria e garantia da segurança do paciente estão identificadas, e, em muitos casos, já existe um conjunto significativo de evidências que comprovam sua efetividade e eficiência.

Passará sempre pelo esforço individual e das equipas a aceitação da necessidade de mudança da sua prática (com vista a potenciar a segurança do paciente), mas é fundamental que as organizações de saúde procedam também a alterações organizacionais que incentivem e possibilitem essas práticas mais seguras – daí que o enfoque deva incidir sempre, simultaneamente, nos indivíduos e no sistema.

Muito vem sendo feito, ao longo da história, para que os cuidados de saúde prestados tenham o nível de desenvolvimento que hoje apresentam, bem como a qualidade e a segurança que os caracteriza.

Referências

Best M., Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. Qual Saf Health Care. 2004 [citado 2013ago. 20];13:233-34. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/233.full.pdf+html>.

Consumers Union. To err is human: to delay is deadly. [Local desconhecido]: Safe Patient Project; 2009 [citado 2012 jan. 20]. Disponível em: <http://safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelaysDeadly.pdf>.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calid Asist. 2001; 16:529-538 [citado 2013 set. 12]. Disponível em: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/251.pdf>.

Donabedian A. Epidemiología de la calidad. Rev Calid Asist. 2001;16:554-562 [citado 2013set. 12]. Disponível em: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/251.pdf>.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260:1743-48.

Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: Stationery Office; 2000 [citado 2011 ago 23]. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf.

Flick. John E. Wennberg. [Local desconhecido]: New American Foundation, 2011 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/newamerica/5387871543/>.

Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationery Office; 2013 [citado 2013 set. 21]. Disponível em: <http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. 5 million lives campaign. Cambridge (MA): The Institute; 2006 [citado 2013 set. 3]. Disponível em: <http://www.ihl.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>.

Institute for Healthcare Improvement. The Triple Aim: optimizing health, care and cost. Cambridge (MA): The Institute; 2009 [citado 2013 set. 3]. Disponível em: <http://www.ihl.org/offering/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>.

Institute of Medicine [IOM]. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991 [citado 2011 out. 6]; 324(6): 377-84. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240605>.

Levinson DR. Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General; 2012 [citado 2012 jan 18]. Disponível em: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf>.

Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. Rev Enferm Referência. 2010 dez [citado 2013 ago. 20];3.série(2):181-9. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>.

Lyons AS. et al. Historia de la medicina medicine: an illustrated history. Barcelona: Doyma; 1984.

Mendes V. Qualidade no Sistema Nacional de Saúde, evolução recente e perspectivas futuras. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saude Pública; 2012.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009 [citado 2013 ago. 20];21(4): 279–84. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>.

Mills DH. Medical insurance feasibility study: a technical summary. West J Med. 1978;128: 360-5.

Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care. 2002 [citado 2013 ago. 20];11:104-5, 2002. Disponível em <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/104.full.pdf+html>.

Pita JR. História da farmácia. Coimbra: Minerva; 2007.

Porter R., editor. The Cambridge history of medicine. New York: Cambridge University; 2006.

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde Debate. 1999 set./dez.;23(53):81-92.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

Weingart S. et. al. Epidemiology of medical error. BMJ 2000 [citado em 2008 set. 17];320:774-7. Disponível em: <http://bmj.com>.

Wennberg J. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. New York: Oxford University; 2010 [citado 2013 ago. 20]. Disponível em: <http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/Tracking%20Medicine%20Researcher's%20Quest%20to%20Understand%20Health%20Care.pdf> .

Wikimedia Commons. File:Florence Nightingale.png. 2009 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Florence_Nightingale.png

Wikimedia Commons. File:Ignaz Semmelweis 1860.jpg. 2014 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ignaz_Semmelweis_1860.jpg?uselang=pt-br

Wikimedia Commons. File:Professor Archibald Leman Cochrane (Dr. Archie Cochrane).gif. 2013 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Professor_Archibald_Leman_Cochrane_%28Dr._Archie_Cochrane%29.gif.

Wikipedia. Ficheiro: Galen detail.jpg. [citado 2014 jun. 18]. 1 reprodução de original de arte bidimensional. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Galen_detail.jpg.

World Health Organization, Patient Safety Programme. Evaluation of the WHO Patient Safety solutions aides. Donna O. Failey, evaluation consultant. [Genebra: WHO], Aug. 31, 2011 [citado 2013 set. 3]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/patientsafety/PSP_H5-Solutions_Report-Final_Apr-2012.pdf.

World Health Organization, Patient Safety Programme. High 5s: action on Patient Safety. [Genebra: WHO], 2013 [citado 2013 set. 3]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_Oct_2011.pdf.