

Cuidado seguro: um desafio a mais para as organizações de saúde

A ocorrência de eventos adversos decorrentes do cuidado em saúde é um sério problema relacionado à segurança e qualidade. O amplo destaque ao tema adveio da divulgação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*¹, em 1999, mobilizando médicos, pesquisadores e a sociedade nos Estados Unidos. As estimativas indicaram elevada frequência de erro no cuidado de saúde e, embora controversa, uma mortalidade decorrente de eventos adversos comparável a doenças como o câncer de mama. Passados mais de 15 anos, a segurança do paciente é uma prioridade em diversos países e organizações de saúde. Contudo, apesar dos esforços e investimentos, a magnitude do problema e suas consequências persistem em todas as modalidades de cuidado, da atenção primária ao cuidado domiciliar².

Ademais, há desafios metodológicos, a começar pela mensuração dos eventos adversos e sua evitabilidade. Majoritariamente, os estudos se baseiam em revisão retrospectiva de prontuário orientada pela aplicação de instrumentos de rastreamento, seguido pela avaliação da ocorrência de evento adverso associado ao cuidado e não ao curso da doença. Esse julgamento coloca em foco a gravidade do caso e a adequação do processo de cuidado. Separar o efeito de cada um desses elementos é crucial, mas não trivial. Ação sinérgica é esperada, pois pacientes mais graves necessitam de cuidados complexos e usam maior intensidade de recursos, expondo-os à maior chance de serem acometidos por evento adverso, menores ou graves, devido a falhas e erros humanos e na organização. No ambiente hospitalar, as unidades de terapia intensiva (UTI) lidam cotidianamente com o vértice: gravidade dos casos e intensidade e complexidade do cuidado. A UTI tem um papel fundamental no prognóstico e sobrevida do paciente, mas garantir a segurança no cuidado intensivo exige agir sobre questões relacionadas à tomada de decisão clínica, adesão a protocolos, funcionamento de equipamentos, trabalho e comunicação de equipes multidisciplinares, passagem de plantão e até a exaustão do corpo clínico.

Em que pesem as recomendações internacionais para que as pesquisas avancem na compreensão da causa dos danos, na identificação de soluções, impacto e transposição das evidências para a organização do cuidado², medir o dano ainda é fundamental para conhecer o problema no nosso contexto. Assim, o artigo de Roque et al., neste fascículo de CSP, contribui para o amadurecimento da segurança do paciente no nosso país. Esse estudo tem o mérito metodológico pelo desenho prospectivo, provavelmente pioneiro, e buscou enfrentar os desafios da tríplice gravidade do caso, complexidade do cuidado e ocorrência de eventos adversos. Realizado num hospital universitário, aporta um requisito importante para mudanças na formação do profissional de saúde e fomento da cultura de aprendizado organizacional face aos erros e problemas. O gasto de cerca de R\$ 112,6 milhões com UTI somente no Rio de Janeiro, Brasil, em 2015 ajuda a vislumbrar o impacto desses eventos no sistema de saúde brasileiro. Ademais, alguns resultados, até certo ponto surpreendentes, como a elevada taxa de incidência de úlcera por pressão numa UTI de hospital universitário, deve nos fazer refletir sobre, não só a baixa qualidade de cuidado prestado, como também distorções no aprendizado dos alunos na área de saúde. Por outro lado, os tipos de

eventos adversos observados no estudo sublinham a oportunidade do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde brasileiro, consoante com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que considera que os principais riscos nas organizações de saúde – infecção associada ao cuidado de saúde, úlcera por pressão, queda, erros no manejo da terapia medicamentosa, identificação do paciente – devem ser mitigados com a utilização de protocolos específicos³. Consequentemente, o desdobramento almejado é intervir, especialmente sobre o cuidado nas UTI. A implantação de uma cultura de saúde do paciente e de protocolos são tarefas inadiáveis, para tal podemos aprender com experiências exitosas no mundo, como a desenvolvida por Pronovost et al.⁴. Por fim, os resultados desse artigo podem contribuir para intervenções específicas e ajudar a manter em destaque a questão da saúde do paciente e da qualidade do cuidado na agenda nacional.

Mônica Martins

Editora Associada

Walter Mendes¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human – building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Shekelle PG, Pronovost P, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med* 2013; 158:365-8.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.
4. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006; 355:2725-32.