



**ANA PAULA DE MEDEIROS DURO**

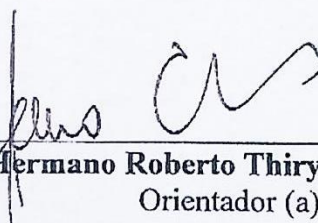
**ERRAR É HUMANO: UM DESAFIO NA BUSCA DA SEGURANÇA DO  
PACIENTE EM UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

Data da defesa: 30/03/2015

Aprovada em:

**ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**



---

**Hermano Roberto Thiry-Cherques**  
Orientador (a)



---

**Alketa Peci**



---

**Magnus Luiz Emmendoerfer**

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**  
**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**Trabalho Final**

**Estudo de caso para ensino: “Errar é humano: um  
desafio na busca da segurança do paciente em unidade  
pública de saúde.”**

**Ana Paula de Medeiros Duro**

Rio de Janeiro - RJ

2015



Duro, Ana Paula de Medeiros

Estudo de caso para ensino: "Errar é humano: um desafio na busca da segurança do paciente em unidade pública de saúde / Ana Paula de Medeiros Duro. – 2015.

49 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Hermano Roberto Thiry-Cherques.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública – Estudo de casos. 2. Serviços de saúde pública. 3. Hospitais – Medidas de segurança. 4. Pacientes – Medidas de segurança. 5. Cuidados médicos. 6. Política de saúde. 7. Erros médicos. I. Thiry-Cherques, Hermano R. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD - 353

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**  
**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**Trabalho Final**

**Estudo de caso para ensino: “Errar é humano: um desafio na busca da segurança do paciente em unidade pública de saúde.”**

Trabalho apresentado à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Profº. Drº. Hermano Roberto Thiry Cherques

**Ana Paula de Medeiros Duro**

Rio de Janeiro / RJ

2015

Dedico esta construção à minha família, por  
todo apoio e ensinamentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu o dom da vida, por ter me permitido concluir mais essa etapa tão sonhada e desejada em minha vida.

Aos meus pais, Ademir e Silvia, e ao meu irmão, Guilherme, minha fortaleza, que pelo amor incondicional me mantiveram erguida diante das dificuldades e sempre acreditaram e me apoiaram na busca dos meus sonhos e na minha capacidade de superar e vencer os desafios.

Aos meus sobrinhos, Sofia e Gabriel, por me fazerem rir nos momentos de dificuldade e estresse.

À minha grande amiga Edna Mara, que desde a graduação me apoia e incentiva e neste período não foi diferente.

À Yuna Fontoura que me auxiliou na elaboração deste trabalho, por ter sido atenciosa, disponível e objetiva nas suas orientações, facilitando meu entendimento sobre as alterações fundamentais no meu trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Profº. Drº. Hermano Roberto Thiry Cherques, pelos conhecimentos a mim repassados, por meio de sua orientação tão objetiva e profissional, pela contribuição precisa de sua vasta experiência, e também por sua paciência.

À bancada do batom, Aline Santos, Maria Paula, Daniela, Monica Vetromile e Gabriela, que durante todo o curso contribuíram para o meu aprendizado e foram fundamentais nessa conquista.

À minha turma de mestrado por todo o apoio e incentivo durante o curso.

Aos mestres professores da EBAPE/FGV, através da Profa. Alketa Peci, coordenadora do curso, agradeço a riqueza dos ensinamentos.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram para meu projeto de vida ser concluído.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

## RESUMO

A preocupação com a segurança do paciente, fator importante na dimensão da qualidade do cuidado de saúde, é, atualmente, um tema de grande relevância entre pesquisadores do todo o mundo. Os “erros” ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O objetivo deste estudo de caso para ensino é desvelar, através de uma revisão bibliográfica, o debate em torno do tema da segurança do paciente a partir do século XXI, enfocando sua relevância enquanto problema global de saúde pública. Além disso, este estudo discorre sobre os desafios relacionados às lacunas e perspectivas neste tema e sua abordagem na realidade brasileira. Os resultados da análise sugerem que a investigação sobre a segurança do paciente apresenta falhas nas suas abordagens a serem melhor definidas e estabelecidas. Foram identificadas ainda, as barreiras, como grande demanda dos prontos-socorros das grandes cidades, o medo do profissional que cometeu o erro, adesão de todos os profissionais e dos gestores, e desafios para serem enfrentados, como

o desenvolvimento de estratégias e ações políticas de saúde específicas, tanto para a pesquisa na área de saúde quanto para a literatura de saúde pública em gestão pública.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente, Cuidado em saúde, Caso para o Ensino em gestão públicaGestão Pública.

#### ABSTRACT

The concern for patient safety, which is an important factor in the matter of health care quality, is currently a highly relevant topic among researchers from around the world. Malpractices occur anywhere where health care is provided and in most situations preventive measures are possible. The objective of this case study is to reveal, through a bibliographic review, the debate over the topic of patient safety since the twenty-first century, focusing on the relevance as a global public health issue. In addition, the study research discusses the challenges related to gaps and perspectives on this issue and its approach in the Brazilian reality. The results of this analysis suggest that investigation on the subject of patient safety has weaknesses in its approach to be better defined and established. They have also identified barriers, such as a high demand in the emergency rooms of urban cities, the low self-confidence of the professionals that makes the malpractice, wiliness of all professionals and managers to take preventive routines, and challenges to be faced, such as the lack of strategy development and specific political health actions, both for research and for health literature on public administration.

**Keywords:** Patient Safety, Health, Health Care, Case for Teaching on Health Public Management.



## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Fichas de inquérito hospitalar	24
<b>Quadro 2</b> – Padrões mínimos para o centro cirúrgico	24
<b>Quadro 3</b> - Custos de eventos adversos e evitáveis por tipo de evento	32

## SUMÁRIO

<b>1. NARRATIVA DO CASO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Cenário .....	11
1.2 O Sonho do Serviço Público .....	11
1.3 Trabalho Árduo .....	12
1.4A Cirurgia .....	12
1.5 Os Problemas Começam .....	14
1.6 Errar é humano?: O desafio de gerenciar um hospital público	14
<b>2. NOTAS PEDAGÓGICAS DO CASO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Resumo do caso .....	16
2.2 Aplicação do caso .....	17
2.3 Fonte de dados do caso .....	19
2.4 Objetivos de aprendizagem do caso .....	19
2.5 Roteiro pedagógico do caso .....	19
2.6 Perguntas orientadoras para discussão do caso .....	20
<b>3. CONTEÚDO REFERENTE AOS TEMAS APRESENTADOS NO</b>	<b>20</b>

<b>CASO</b>	
3.1 Introdução .....	20
3.2 Segurança do Paciente: Conceitos	21
3.3 Levantamento Histórico .....	23
3.4 Epidemiologia .....	25
3.5 O contexto do Sistema de Saúde Brasileiro .....	26
3.6 A Juridicidade do Erro Médico .....	28
3.7 Indicadores de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde .....	29
3.8 Planos de Segurança do Paciente dos Estabelecimentos de Saúde .....	29
3.9 O Impacto dos Erros na Vida dos Profissionais .....	30
3.10 Impactos Econômicos dos Erros e Eventos Adversos .....	31
3.11 Os Desafios do Programa Brasileiro .....	33
3.12 Hospitais Sentinelas .....	35
3.13 Gerenciamento de Riscos .....	35
3.14 Segurança do Paciente .....	36
3.15 Metas Internacionais de Segurança do Paciente .....	37
3.16 A Abordagem das Falhas .....	38
3.17 Medidas Adotadas pelo Ministério da Saúde .....	39
<b>4. DISCUSSÃO: ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>40</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>49</b>



## **1.NARRATIVA DO CASO**

### **1.1 Cenário**

Rio de Janeiro, capital, num hospital público, em 16 de dezembro de 2010. Dra. Andrea, médica cirurgiã geral, estava em um plantão agitado na emergência, quando recebe um chamado de outro médico, Dr. João, médico clínico, que estava passando a visita na enfermaria, informando que havia uma paciente, Dona Jurema, que estava apresentando piora do quadro e necessitava de uma avaliação da cirurgia geral para saber se o caso havia indicação cirúrgica ou se aguardava resposta ao tratamento conservador, ou seja, se operava ou não. Imediatamente, Dra. Andrea se dirige até a enfermaria e após examinar a paciente solicita vários exames para melhor avaliar o caso.

Esse hospital possuía como característica ter a emergência fechada, ou seja, só eram atendidos os pacientes que possuíam matrículas na unidade, estando internados ou não. E alguns médicos atendiam tanto na emergência quanto nos ambulatórios, que era o caso da Dra. Andrea.

Além disso, o hospital dispões de 100 leitos para internação clínica, 15 leitos de terapia intensiva (CTI) adulto.

O quadro de funcionários era composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, maqueiros, recepcionistas, seguranças, administradores, engenheiros clínicos, manutenção e pessoal de higienização. Além disso, o hospital possui um programa de residência multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistente social). Alguns dos serviços prestados são de empresas terceirizadas, como era o caso da engenharia clínica, recepcionistas, segurança, manutenção e higienização.

### **1.2 O Sonho do Serviço Público**

Dra. Andrea sempre foi uma aluna aplicada. Vinda de uma família humilde, sempre foi muito estudiosa e batalhava para realizar seus sonhos.

Desde a graduação procurava fazer estágios e participar de congressos. Durante a residência, trabalhava num outro hospital e seguia firme nos estudos para conseguir

um emprego público, pois sabia que além da estabilidade, também ajudaria as pessoas que possuíam renda *per capita* semelhante à de sua família.

E assim concluiu a residência em cirurgia geral e prestou o concurso público. Como uma cartada do destino, o concurso era justamente para o hospital onde ela havia passado a residência e pelo qual possuía um grande carinho. Afinal poderia continuar atendendo seus pacientes queridos e continuaria aprendendo com seus professores (*Staff*).

Foram várias horas de estudo e dedicação. O resultado deste empenho foi a aprovação em primeiro lugar no concurso.

### **1.3 Trabalho Árduo**

A carga horária era bastante puxada, trabalhava no período da manhã, ambulatório as terças e quartas-feiras e dava plantão de 12 horas na emergência nas quintas-feiras. Além disso, as segundas e sextas-feiras, das 09hs às 18hs, atendia no seu consultório particular e as terças e quartas-feiras, a partir das 14h, realizava as cirurgias particulares. Algumas vezes até seus finais de semana eram comprometidos com o trabalho. Arrumava até tempo para participar de congressos, publicações de artigos e atualizações profissionais.

Sua carga horária no serviço público era de 24 horas semanais, pois só assim conseguia conciliar as agendas, e as cumpria na íntegra.

No serviço público, também se tornou *staff*, e sempre foi muito calada, mas era considerada como uma das mais seguras dos seus colegas. Estava sempre disposta a ensinar os residentes e era muito carinhosa com os pacientes. Além de ser um exemplo, não faltava, não chegava atrasada e nem reclamava de tanto trabalho.

Neste dia, Andrea estava exausta, pois havia operado até as 2h da manhã e dormiu apenas 3 horas antes de ir trabalhar.

### **1.4 A Cirurgia**

Já eram 16h, quando os resultados dos exames de Dona Jurema ficaram prontos. E a Dra. Andrea, após avaliar, viu que a paciente teria que realizar uma cirurgia de emergência. Fez contato com o colega clínico, informou o caso, conversou com a família e com a paciente.

Após a concordância de todos os envolvidos, a Dra. Andrea fez contato com o Centro Cirúrgico, explicou o caso e solicitou uma sala cirúrgica. Como havia disponibilidade, foi imediatamente atendida e conseguiu uma sala de operação e equipe. E tudo foi arrumado rapidamente para que a paciente entrasse o quanto antes na sala de operações.

Por ser um procedimento de emergência, não é necessário que sejam assinados os termos cirúrgicos e anestésico, porém ambos foram realizados e assinados pela paciente e pela família.

Entre a constatação da necessidade cirúrgica e a entrada da paciente na sala cirúrgica, levaram-se aproximadamente 30 minutos.

Enquanto trocava de roupa, preparando-se para a cirurgia, o telefone da Dra. Andrea toca e sua irmã informa que seu tio acabara de falecer, possivelmente vítima de um infarto. Dra. Andrea se viu num dilema, pois um ente familiar acabara de falecer e a família estava precisando do suporte dela, porém a paciente estava apresentando piora do quadro e estava correndo risco de vida, e como ela conhecia o caso não quis passar para outro colega, e acabou optando por realizar a cirurgia. Comunicou a irmã que estava em cirurgia e assim que acabasse iria o mais rápido possível para casa.

A paciente foi anestesiada e iniciou-se o procedimento. Ficando em campo a Dra. Andrea, um cirurgião auxiliar, o anestesista, uma circulante (técnica de enfermagem) e a instrumentadora.

A cirurgia foi muito difícil, houve bastante sangramento. Quando finalmente acabou, a paciente foi encaminhada para a RPA (Recuperação Pós Anestésica) e a Dra. Andrea pôde ir para casa, afinal já eram 21h. Durante o procedimento, a instrumentadora foi trocada, pois o plantão havia terminado, porém antes de sair avisou a médica e a colega que havia uma compressa na cavidade.

Raquel, a instrumentadora substituta, também estava vindo de outro hospital, ou seja, estava na labuta havia 12 horas e iria completar mais 12 horas. Sua rotina de trabalho era bastante pesada também, pois trabalhava em dois empregos e ainda fazia faculdade de nutrição. Muitas das vezes, saía de um plantão e ia para o outro e no dia seguinte ainda tinha aula na faculdade. E quando estava em casa precisava estudar para a faculdade.

Devido à complexidade cirúrgica, Dona Jurema foi para o CTI para ser monitorizada na recuperação do pós-operatório.

### **1.5 Os Problemas Começam**

No pós-operatório, Dona Jurema começou a apresentar febre e dor intensa abdominal. Novamente exames são solicitados e Dona Jurema permaneceu no CTI, prolongando sua estadia.

Foi realizado contato com a Dra. Andrea, que apesar de não ser o dia dela no hospital, foi para avaliar o que poderia ter ocorrido.

Ao checar o resultado do Raio X de abdome, Dra. Andrea observou que havia esquecido uma compressa cirúrgica na cavidade abdominal da paciente. Novamente Dona Jurema foi para o centro cirúrgico para retirar a compressa.

Dra. Andrea fez questão de participar e a cirurgia ocorreu com sucesso.

Após três meses, Dona Jurema saiu de alta hospitalar. A família foi comunicada do ocorrido, e optou por processar o hospital.

### **1.6 Errar é humano?: O desafio de gerenciar um hospital público**

O diretor, Dr Arnaldo, que também é médico cirurgião, e já possuía mais de trinta anos de profissão e estava no cargo de Diretor hospitalar há 6anos, ao tomar ciência do processo através do assessoria jurídica do hospital, resolve apurar os fatos.

A primeira providencia que toma é solicitar o prontuário para estudar o caso. Após realizar isso, resolve checar as normas e rotinas do Centro Cirurgico, onde foi verificado que existiam protocolos que visam a redução de ocorrencia de riscos, tais como a cirurgia segura, que é check list que é realizado antes da cirurgia ocorrer, durante e no término da mesma, e além disso, que é uma das normas a contagem de materiais (intrumentais, compressas, gazes) no início e no término da cirurgia.

Após ter realizado essa apuração, Dr Arnaldo convoca os envolvidos para conversar, de modo individual.

A Dr<sup>a</sup> Andrea ele já conhecia desde os tempos de acadêmica, pois tinha sido um dos seus *staffs*.



Dr Arnaldo: “Bom dia Dr<sup>a</sup> Andrea! É um prazer reve-la! Fui informado sobre o caso da paciente Dona Jurema. Gostaria de saber o que aconteceu naquele dia?”

Dr<sup>a</sup> Andrea: “ Bom dia Dr Arnaldo! O prazer é meu! Infelizmente Dr, aconteceu uma fatalidade e estou me sentindo péssima! Ando até me questionando se devo ou não seguir a profissão! Estava de plantão na emergência, quando fui acionada para avaliar uma paciente, a Dona Jurema, na enfermaria. Prontamente fui avaliar o caso. Após examiná-la, solicitei uns exames. E quando estes ficaram prontos, verifiquei a necessidade de realizar o procedimento cirurgico de emergência. Fiz contato com Centro Cirurgico, passei o caso para o anestesista, para a enfermeira responsável pelo setor e para o colega que iria me auxiliar, sendo liberada a Sala.”

Dr Arnaldo: “Ok. Estava tudo ocorrendo conforme as rotinas pré estabelecidas?”

Dr<sup>a</sup> Andrea: “Sim! Inclusive, mesmo sendo uma cirurgia de emergência, aonde não haveria a necessidade da paciente ou da família assinar o termo de consentimento informado autorizando o procedimento, o termo foi realizado e conversado com a família e com a paciente sobre todos os riscos.”

Dr Arnaldo: “ Então, continue me contando o que houve.”

Dr<sup>a</sup> Andrea: “Então, quando estava me arrumando minha irmã me ligou informando que um parente havia falecido. Mas devido a necessidade e a gravidade da Dona Jurema, optei por realizar a cirurgia e posteriormente ir dar o suporte a minha família. A cirurgia foi bastante complicada.Houve bastante sangramento. Mas no final a paciente foi pro CTI e estava tudo bem. No pós operatório fui contactada e comunicada que Dona Jurema estava com muita dor e febre. E verifiquei que havia esquecido uma compressa na cavidade abdominal. Novamente voltei com ela para o centro cirurgico e retirei a compressa. A paciente melhorou e teve alta.”

Dr Arnaldo: “Muito obrigada pelos esclarecimento, Dr<sup>a</sup> Andreia!”

Dr<sup>a</sup> Andrea: “Vou ser punida? Vou perder minha matrícula?”

Dr Arnaldo: “Dr<sup>a</sup> Andreia, vou verificar ainda os fatos.”

E Dr Arnaldo chama a instrumentadora que estava no início da cirurgia para conversar. Esta contou que havia sido acionada e preparado todo o material, e que

quando deu o horário foi substituída por outra instrumentadora, a Raquel, e que havia comunicado da existência de uma compressa na cavidade.

Dr Arnaldo então conversa com a Raquel.

Dr Arnaldo: “Bom dia Sr Raquel! É um prazer em conhece-la! Fui informado sobre o caso da paciente Dona Jurema. A Sr<sup>a</sup> lembra da paciente? Gostaria de saber o que aconteceu naquele dia?”

Raquel: “ Bom dia Dr Arnaldo! O prazer é meu! Lembro sim! Estou me sentindo péssima! Entrei até de licença médica! Estou em depressão! Eu lembro que recebi plantão e foi bem complicada a cirurgia. Estava bem cansada, pois tenho uma jornada bem pesada de trabalho e estudos! A colega me falou que havia uma compressa na cavidade, mas no término acabei me esquecendo e me enrolei. E não sabia que era rotina contar o material antes e depois! Sou nova aqui! Vou ser punida? Vou perder minha matrícula?”

Dr Arnaldo: “Sr<sup>a</sup> Raquel, se acalme. Ainda estou verificando os fatos.”

E o Dr Arnaldo dá prosseguimento com as conversas com todos os demais membros da equipe, anestesista, enfermeira, circulante e o outro cirurgião.

Após as conversas, Dr Arnaldo verificou que alguns conheciam as normas e rotinas e outros não.

Se você fosse o Dr Arnaldo, que decisões você tomaria para lidar com esta situação específica, a fim de, inclusive, minimizar situações semelhantes no hospital?

## **2.NOTAS PEDAGÓGICAS DO CASO**

### **2.1 Resumo do caso**

Em um hospital público situado na cidade do Rio de Janeiro, uma paciente apresenta uma piora do quadro clínico e necessita passar por um procedimento cirúrgico de emergência. Durante o procedimento, a médica é informada que um familiar falece, a equipe é dividida devido a outra urgência, e houve a troca de turno da instrumentadora. Um corpo estranho é esquecido na cavidade abdominal da paciente no término do procedimento. A paciente apresenta uma piora do quadro geral e, devido a isto, necessita de um novo procedimento cirúrgico. Felizmente houve sucesso e a paciente teve alta hospitalar, porém o hospital foi processado pela família da paciente.

## 2.2 Aplicação do caso

Segundo Roesch (2007) os casos para ensino surgiram há mais de 100 anos na Universidade de Harvard nos Estados Unidos e que uma das vantagens é a possibilidade de aprendizagem através de resolução de problemas e tomada de decisões sem os riscos, ou seja, possibilita o resgate da experiência profissional relatando situações reais com uma construção baseada em pesquisas efetuadas nas organizações.

Graham (2010) diz que o caso para ensino favorece a conexão entre a experiência do profissional e a teoria que embasa a resolução do caso, e pode ser usado como exemplo de conceitos em uma disciplina ou grade curricular, no estudo da administração.

*“O estudo de caso consiste na triangulação de pessoas, eventos e circunstâncias (...). Para os estudantes de administração pública, o uso de casos representa a oportunidade de aplicar teoria à prática, aprimorar habilidades analíticas, trabalhar em equipe e comunicar soluções potenciais para problemas do setor público. Os pesquisadores acreditam que os casos permitem a investigação e organização de informações relacionadas a uma questão específica da administração pública ou a um problema referente a políticas públicas, unindo dados empíricos a fatores contextuais que afetam a relevância e o impacto das informações. Já para os profissionais, um estudo de caso permite a transferência de conhecimentos dentro de uma organização ou entre instituições do setor público. (...) Um estudo de caso documenta a experiência de uma organização na superação de desafios específicos, de maneira que profissionais possam ver os fatos e o contexto associado às práticas, e como funcionaram.” GRAHAM (2010, p. 25 – 27)*

O presente estudo de caso é relevante porque suscita na área de Administração Pública um debate voltado para a situação da saúde e seus desafios na busca pela segurança na assistência e no serviço prestado. Desta forma, o caso contribui teoricamente para o campo, como também para os praticantes na área de saúde, dada a importância do tema no contexto mundial de saúde pública e privada.

O desenvolvimento científico, tecnológico e social tem alterado substancialmente o modo de viver do homem moderno, criando novas necessidades a serem atendidas. Entre outras, o homem necessita de reconhecimento e prestígio social e é através do exercício profissional e nas relações de trabalho onde ele dispõe de maiores oportunidades para atender a essas necessidades. (BONATO, 2011)

A sociedade vive uma época de transição. As modificações que ocorrem nos

tempos modernos, são precedidas por tumultuosas variações nos costumes do indivíduo e no estabelecimento de suas prioridades pessoais e organizacionais. Mas nunca as mudanças ocorreram de maneira rápida, radical e desconcertante como agora, podendo acarretar problemas físicos e psicológicos. (QUINTO NETO, 2004)

Infelizmente, ainda vivemos na cultura onde o indivíduo tem que ser culpado e castigado, pois, antigamente, acreditava-se que as punições eram formas educativas para ocasionar a redução ou ser o impeditivo da ocorrência dos eventos adversos. Com isso, os profissionais com medo, acabam omitindo ou ocultando as falhas. E quando o erro vem a tona, principalmente, se levar o indivíduo a morte, é desencadeado um processo para se descobrir o culpado.(QUINTO NETO, 2004)

Também é importante ressaltar que os profissionais de saúde, durante anos, foram treinados a trabalhar praticamente sozinhos, principalmente os médicos, que se baseavam na autonomia profissional e responsabilidade pessoal. Hoje, com a crescente tecnologia, o ambiente hospitalar tornou-se um ambiente complexo, que privilegia a comunicação e o trabalho em equipe. (QUINTO NETO, 2004)

As condições favoráveis são muitas, segundo Cook (1998), alguns estudos comprovam que a maioria dos eventos adversos é resultado de falhas nos sistemas e não são falhas individuais.

Segundo Ralston (2005), existem alguns fatores que aumentam a probabilidade das falhas, sendo eles: a tecnologia, muitos profissionais atendendo o mesmo paciente, gravidade da doença, ambiente com propensão à distração, pressão do tempo, necessidade de tomar decisões rápidas, alto volume de pacientes e carga imprevisível de atendimento.

Feitas as observações sobre a relevância deste estudo, é indicado a utilização deste estudo de caso para ensino às Instituições Federais de Ensino Superior, às áreas de Saúde Pública, e aos cursos e disciplinas voltadas à Administração Pública, que discutam um ou mais dos seguintes temas:

- Gestão em Saúde
- Administração Pública
- Gestão de Pessoas em Organizações de Saúde

- Saúde Pública

### **2.3 Fonte de dados do caso**

As informações sobre os fatos ocorridos neste Estudo de Caso para Ensino são fictícias, baseadas em fatos que são passíveis de ocorrer na vida profissional. Foram inseridos dados de documentos públicos (leis, relatórios) e bibliográficas (dados de jornais, revistas, artigos e livros).

Segundo Graham (2010), os estudos de caso são histórias que utilizam informações seletivas – fictícias ou factuais – para a consecução de determinados fins de aprendizagem, podendo ser fictícios, “ficcionalizados” (quando se transforma casos reais, modificando-se os nomes dos envolvidos e da organização, para se preservar a imagem), ou factuais.

### **2.4 Objetivos de aprendizagem do caso**

O Objetivo de aprendizagem desse caso é apresentar a questão da problematização da segurança do paciente a partir do século XXI, tendo como enfoque a sua relevância enquanto problema global de saúde pública.

Este estudo de caso revela aspectos, dilemas e pressões que um profissional da área de saúde, servidor público, está sujeito a ocorrer na carreira.

Deseja-se que o aluno no término da leitura tenha a capacidade de realizar uma análise e discussão do caso:

- Identificar os problemas descritos no caso;
- Identificar as teorias ou conceitos subjacentes;
- Buscar soluções visando reduzir este tipo de problema;
- Identificar e avaliar os riscos deste evento ocorrer;
- Habilitar-se de capacidade de elaboração, implementação e consolidação de projetos de gestão no setor de saúde pública.

### **2.5 Roteiro Pedagógico do Caso**

Visando responder sobre as perguntas finais deste estudo de caso, o professor deve fazer com que os alunos reflitam sobre os desafios e problemas da Administração

Pública, voltados para a Área de Saúde, que estão sendo abordados neste caso. Os alunos precisarão apontar linhas de ação. Faz-se necessário, primeiramente, que realizem o contexto, as circunstâncias e os depoimentos de cada personagem envolvido. Nesta etapa, sugere-se um tempo de 20 minutos.

As perguntas podem ser respondidas, dividindo-se a turma em grupos de no máximo 6 pessoas para discussão. Sugere-se um tempo de 15 a 20 minutos. Após, cada grupo expõe suas conclusões à turma. E por fim, o professor faz suas considerações finais junto com a turma.

Além disso, outra dinâmica seria o professor realizar as perguntas para a turma, uma por vez, para provocar uma discussão geral, e no final fazer uma conclusão coletiva sobre o que foi abordado.

## **2.6 Perguntas orientadoras para discussão do caso**

Analisando as situações relatadas no caso descrito, tais como, excesso de trabalho, conflitos e estrutura organizacional, discuta e apresente soluções sobre as questões abaixo:

1. Que fatores contribuíram para o incidente com a paciente?
2. Você acha que existe um “culpado”? E quem seria?
3. Qual a sua percepção acerca da magnitude do problema relacionado à segurança do paciente?
4. Que ação o diretor do hospital deve tomar, punir ou reavaliar as medidas preventivas?
5. Como a instituição deve agir para reduzir e prevenir este tipo de ocorrido?

## **3. CONTEÚDO REFERENTE AOS TEMAS APRESENTADOS NO CASO**

### **3.1 Introdução**

*“A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Contra medidas são baseadas no pressuposto de que embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos funcionam.” (REASON, 2000, p.768)*

Um discurso sempre presente, tanto nas falas dos profissionais de saúde, quanto nas escolas é a preocupação em proporcionar uma assistência de qualidade que minimize o sofrimento dos pacientes. O compromisso e o interesse do indivíduo na prestação do bem e na utilização do melhor do conhecimento são fatores essenciais do cuidado, mas não asseguram a garantia da assistência segura e eficaz. (QUINTO NETO, 2004)

Desde 2000, a OMS (Organização Mundial de Saúde) tem em pauta em sua agenda a preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde. (ANVISA, 2011)

Um marco importante foi em outubro de 2004, quando a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por meio de Resolução na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema Segurança do Paciente. (ANVISA, 2011)

Esta aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhoria da segurança na assistência, além de apoio aos países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo. (ANVISA, 2011)

Desde então, na América Latina, os países vêm tentando cumprir as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. (ANVISA, 2011)

No Brasil o tema é recente e o Governo está realizando medidas de prevenção e educativas para cumprir as metas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

A seguir serão apresentados os tópicos sobre os objetivos desta pesquisa.

### **3.2 Segurança do Paciente: Conceitos**

Este tópico tem por finalidade descrever os principais conceitos visando facilitar o entendimento sobre segurança do paciente.

Segundo The Canadian Patient Safety Dictionary (2003), segurança do paciente é a redução dos atos que não são seguros no sistema de assistência de saúde, além da utilização de boas práticas que visam a boa prática para obter ótimos resultados para os pacientes. Diz ainda, que o evento adverso é a ocorrência na assistência à saúde que pode ocasionar injúria, dano físico ou psicológico ao paciente, ou à missão da

organização de saúde, e o evento sem dano é quando o evento que ao ser realizado não ocasiona dano real, porém existe potencial para que ocorra o dano.

Quinto Neto (2004), diz que um quase acidente é um evento aonde os danos foram revertidos previamente e foram corrigidas as falhas, sendo planejadas ou não.

*“O erro médico pode se verificar por três vias principais. A primeira delas é o caminho da imperícia decorrente da "falta de observação das normas técnicas", "por despreparo prático" ou "insuficiência de conhecimento" como aponta o autor Genival Veloso de França. É mais freqüente na iniciativa privada por motivação mercantilista. O segundo caminho é o da imprudência e daí nasce o erro quando o médico por ação ou omissão assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou, sobretudo, sem esclarecimentos à parte interessada. O terceiro caminho é o da negligência, a forma mais freqüente de erro médico no serviço público, quando o profissional negligencia, trata com descaso ou pouco interesse os deveres e compromissos éticos com o paciente e até com a instituição. O erro médico pode também se realizar por vias esconças quando decorre do resultado adverso da ação médica, do conjunto de ações coletivas de planejamento para prevenção ou combate às doenças.” GOMES (1999)*

De acordo com Souza e Mendes (2014) podemos definir ainda que evento é um fato que acontece ou envolve o paciente; a circunstância é uma situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa; o agente é uma substância, objeto ou sistema que atua na produção da mudança; o dano pode ser físico, social ou psicológico e inclui doenças, lesões, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte; o dano associado ao cuidado de saúde é um dano ocasionado ou oriundo de ações realizadas durante o cuidado de saúde; o paciente/doente é o indivíduo que recebe os cuidados de saúde; os cuidados de saúde são os serviços prestados que visam a promoção, manutenção ou restaurar a saúde de um indivíduo ou comunidade; a saúde é o estado de bem-estar físico, psíquico, mental e social total; e a doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas, sejam municipais, estaduais ou federais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público. E a iniciativa privada participa de modo complementar. Foi instituído na Constituição de 1988 e seus princípios visam a democratização nas ações e serviços de saúde que passaram a ser universais e descentralizados.



### 3.3 Levantamento Histórico

No início do século XXI, com a publicação do relatório *Errar é Humano* do Institute of Medicine (IOM), deu-se início sobre as questões de segurança ao paciente. (SOUZA, 2014)

A primeira legislação que abordava a qualidade da assistência em saúde foi datada há cerca de 200 anos A.C., pelo imperador da Babilônia, o Código de Hammurabi, que dizia “*não causar mal a alguém*”. Depois veio o juramento de Hipócrates, de 400 anos A.C., “*primum non nocere*”, que significa primeiro não causar dano. (QUINTO NETO, 2002)

Segundo Zanon (2001), durante vários anos acreditou-se que apenas o profissional médico era o responsável pela assistência com qualidade. Este fato foi modificado em 1854, durante a guerra da Criméia, onde uma enfermeira, chamada Florence Nightingale, melhorou o ambiente onde eram prestados os cuidados aos feridos da guerra, conseguindo a redução das taxas de mortalidade.

A avaliação da qualidade em saúde, de acordo com os estudos de Feldman (2005), teve início em 1918, quando foi realizada uma avaliação de 692 hospitais com 100 leitos analisados, nos Estados Unidos da América, porém somente 89 cumpriam as exigências preconizadas.

Em 1924, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). Neste programa foi definido um conjunto de padrões que visava a garantia da qualidade da assistência aos pacientes. Nele, três padrões estavam relacionados à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; outro se referia ao preenchimento do prontuário, com o histórico e exames do paciente, e as condições da alta; e o último, era sobre a existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de no mínimo um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia. (FELDMAN, 2005)

Feldman (2005) ressalta que apesar desses padrões referirem-se às condições necessárias para a realização dos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, eles não abordavam outras necessidades e serviços, como a assistência 24 horas, nem a avaliação dos resultados com o paciente e a estrutura física do hospital.

Segundo Carvalho (1973), no Brasil, o primeiro estudo para melhoria da qualidade na organização dos hospitais foi realizado por Odair Pedroso em 1935, ao desenvolver uma Ficha de Inquérito Hospitalar (Quadro1) para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, que mais tarde foi substituída pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto.

**Quadro 1 – Ficha de Inquérito Hospitalar.São Paulo, 1935.**

- 1.Corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente
- 2.Corpo administrativo.
- 3.Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno.
- 4.Serviços radiológico e fisioterápico.
- 5.Laboratório clínico.
- 6.Necrotério com equipamento para necropsia.
- 7.Salas de operações com equipamentos suficientes e anexos.
- 8.Farmácia.
- 9.Serviços auxiliares (cozinha,lavanderia,desinfecção).

Fonte: Carvalho L. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp. 1973; 21(3): 107.

No Brasil, o Sistema de Saúde tem as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde pertencentes ao poder público. E o início foi na década de 1930 através do Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, onde foi formulada uma proposta de regionalização e hierarquização de serviços, que apesar de não ter sido implementada, foi a base para outras classificações. (AZEVEDO, 1993)

No Primeiro Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, em 1951, na cidade de São Paulo, foram criados os primeiros padrões mínimos para Centro Cirúrgico e estudados os aspectos de planta física como a organização desta unidade hospitalar; foram determinados os itens do prontuário médico; e algumas normas gerais que visavam organização do hospital, indispensáveis ao bom funcionamento do setor. (CARVALHO, 1973)

**Quadro 2 - Padrões mínimos para Centro Cirúrgico do hospital.São Paulo, 1951.**

- 1) Chefia: A administração do Centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada.
- 2) Pessoal: Deverá ter número suficiente, devidamente treinado.
- 3) Regulamento: O regulamento do Centro cirúrgico deverá fazer parte do Regulamento do Hospital.
- 4) Rotinas: Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos.
- 5) Avaliação do trabalho profissional: Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
- 6) Prontuário médico: a)nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b)ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.

Fonte: Carvalho L. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp 1973; 21(3):107.

Em 1956, foi criado o Decreto 25.465, que possui âmbito federal e propõe Padrões Gerais onde os estabelecimentos de saúde podem ser classificados. (AZEVEDO, 1993)

Estes critérios continuam válidos e foram complementados com outros descritos em manuais e livros.

### **3.4 Epidemiologia**

Quinto Neto (2004) diz que as falhas não são raras e muito menos intratáveis, porém os profissionais de saúde parecem subestimar isso, seja porque possuem medo ou para transparecer a imagem que não cometem erro.

Quinto Neto (2004) cita ainda um estudo realizado em Harvard onde foi demonstrado que houve prejuízos iatrogênicos em 3,7% das internações. A estimativa, baseada nesses prejuízos, era de que os danos foram os fatores de 180.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América. Esse número é quatro vezes superior ao de acidentes automobilísticos. Segundo o autor, as injúrias médicas que não ocasionaram o óbito, mas causaram incapacidade ou aumento do tempo de internação, ocorreram em 1,3 milhões de pacientes por ano nos Estados Unidos. Apesar dos esforços de todos os membros da equipe hospitalar para prevenir e evitar os erros, 2/3 poderiam ter sido preveníveis.

No Brasil, segundo o *Jornal de Brasília* (2014), o número de casos vem aumentando e com isso o número de processos envolvendo danos médicos aumentaram 225%. Só em 2013, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) julgou 88 casos envolvendo erros médicos. Em contra partida, em 2012 foram 76. Com isso, pode-se notar que houve um aumento de 15% em um ano. Outro dado relevante foi que, em 2008, o número de processos não passou de 27. Anexo 1

Um estudo realizado por Mendes (2013), em três hospitais-escola do Rio de Janeiro, apontou a incidência de 7,6% pacientes que sofreram um evento adverso, ou uma densidade de incidência de 0,8 eventos adversos por 100 pacientes ao dia. Nesse estudo, foi evidenciado que 66,7% eram preveníveis, 48,5% aconteceram no quarto do paciente, porém, os casos mais comuns foram os eventos adversos cirúrgicos com 35,2% dos casos. Esses eventos ocasionaram em 373 dias adicionais de internação.

Sendo o fator mais frequente a não adesão à norma, ou seja, "não verificou ou não seguiu o protocolo ou diretriz clínica".

Os tipos de erros, segundo Wachter (2013), são: os erros de medicações, erros cirúrgicos, erros de diagnósticos, fatores humanos, erros nas transferências e trocas de informações, erros em trabalho em equipe e comunicação, infecções hospitalares e complicações no cuidado.

### **3.5 O Contexto do Sistema de Saúde Brasileiro**

La Forgia e Couttolenc (2009) dizem que os centros de saúde do Brasil são os hospitais, que são responsáveis por dois terços dos gastos e dos serviços produzidos. Diferente da maioria dos outros países, o Brasil tem um serviço pluralista, composto por vários arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, que englobam tanto o setor público quanto o privado. Além disso, é o único a financiar prestadores privados com verba pública.

Apesar disso, o sistema brasileiro é estratificado, com poucos centros de excelência mundial e a maioria dos hospitais estão com baixo padrão de qualidade e a grande maioria da população que não tem recursos para pagar por um sistema privado. (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009)

Segundo a ANVISA (2013), a Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, estabelece as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

O Brasil gastou, em 2006, 8,2% do PIB, sendo que 45% provêm da renda pública, apesar disso, os resultados foram medianos. (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2011, o Brasil ocupava a 72ª posição no *ranking* de investimento em saúde. Os governos gastavam, juntos, uma média anual de US\$ 317 por pessoa, segundo a última pesquisa da OMS, com dados relativos a 2008.

O desempenho brasileiro era 40% mais baixo do que a média internacional (US\$ 517). A liderança do *ranking* de 193 países era da Noruega e de Mônaco, onde as despesas anuais (US\$ 6,2 mil por habitante) eram vinte vezes maiores do que as brasileiras. (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009)

Em 2009, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos públicos em saúde representaram 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, relativos a 2010, os gastos federais com saúde representaram R\$ 63 bilhões. Segundo a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, o governo quase triplicou investimentos no setor entre 2002 e 2012, já que o valor investido na saúde passou de R\$ 28,3 bilhões em 2002 para R\$ 95,9 bilhões em 2012. Para 2013, havia uma previsão de aumento para R\$ 99,3 bilhões.

Segundo o DOU, em 1º de abril de 2013 foi criada a portaria nº 529 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O Art. 2º diz que o objetivo geral é contribuir na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Além disso, o artigo 3º especifica que os objetivos específicos são a promoção e o apoio na implementação de iniciativas que visem à segurança do paciente nas diferentes áreas da atenção, a organização e gestão de serviços de saúde, através da implementação de gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; a ampliação do acesso da sociedade às informações; produção, sistematização e a divulgação de conhecimentos sobre segurança do paciente; e incitar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Segundo o artigo 5º desta portaria, as estratégias de implementação do PNSP são: a criação e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; a promoção de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; a inclusão de metas, indicadores e padrões de conformidade; a implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde; promoção do aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes; e articulação, junto com o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, na inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

O artigo 6º institui o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), cuja finalidade é a promoção de ações para melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

### **3.6 A Juricidade do Erro Médico**

Segundo o Decreto Lei 20931/32, art. 11: *"Os médicos, (...) que cometerem falta grave ou erro de ofício, poderão ser suspensos do exercício de sua profissão pelo prazo de 6 meses a 2 anos e, se exercerem função pública, serão demitidos dos respectivos cargos"*.

O Código Civil, art. 159, diz que: *"Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência violar direito ou causar prejuízo a outrem fica obrigado a reparar o dano. Art. 1545: "Os médicos (...) são obrigados a satisfazer o dano (...)"*.

De acordo com Código Penal, art. 18 *"Diz-se o crime:*

*I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;*

*II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia"*.

Art. 133 - *"Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono (...)"*.

Art. 135 - *"Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autorização pública (...)"*.

Sendo assim, no ponto de vista jurídico, o erro médico é o mau resultado, ocasionado de forma involuntária do trabalho médico. Caso haja intenção, qualifica-se como infração prevista no Código Penal no seu Art.129: *"Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem (...)"*.

O Código de Ética Médica ressalta que é vedado ao médico: *"Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência"*.

### **3.7 Indicadores de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, definiu que deve monitorar os seguintes indicadores de segurança do paciente: as complicações na anestesia, as úlceras de decúbito, corpo estranho que foi deixado após procedimento cirúrgico, infecções relacionadas à assistência de saúde, hemorragia ou hematoma após procedimento cirúrgico, disfunção respiratória no pós-operatório, sepse no pós-operatório, punção acidental ou laceração, trauma de nascimento (dano ao neonato), trauma obstétrico, morte em doenças ou em situações de baixa mortalidade, falha de resgate, pneumotórax iatrogênico, fratura de quadril no pós-operatório, as alterações fisiológicas ou metabólicas no pós-operatório, Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar no pós-operatório, decência de sutura no pós-operatório em pacientes que realizaram cirurgia abdominal e pélvica e reação transfusional.

No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em conjunto com o Ministério da saúde tem implementado, no âmbito federal, estratégias para a redução dos riscos e promover a qualidade em saúde, através da capacitação de profissionais, publicação de material informativo, manuais, normas e definição de critérios de diagnósticos para vigilância epidemiológica das infecções. (ANVISA, 2010)

### **3.8 Planos de Segurança do Paciente dos Estabelecimentos de Saúde**

A OMS ajudou na elaboração de ações dos planos desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS visa a compreensão de modo global do domínio da segurança do paciente, cujo objetivo é representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema. As ações foram diferenciadas da seguinte forma: a partir da detecção de um incidente; a partir de Fatores de Mitigação, onde se previne ou minimiza a progressão de um incidente, ocorridas após um erro onde tenham sido expostos os mecanismos de prevenção de incidentes existentes; ações de melhoria para proporcionar o aprimoramento ou compensar qualquer tipo de dano ao paciente depois de um incidente; ações de redução de risco para que haja uma prevenção da ocorrência de um mesmo incidente ou de um incidente similar; e, ações para a compreensão da realidade e o perfil

assistencial do ponto de atenção, para a observação dos riscos envolvidos no cuidado. (Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014)

Segundo o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014), devem-se conhecer os fatores contribuintes na origem ou no decorrer de um incidente ou na elevação do risco de incidente. Os fatores são:

- Humanos: estão relacionados ao profissional;
- Sistêmico: é referente ao ambiente de trabalho;
- Externos: são os fatores que não estão na governabilidade do gestor;
- Relativos ao paciente: são os fatores que somente o paciente influencia, como a não adesão ou abandono do tratamento.

Para que o plano de segurança funcione adequadamente é necessário que os Núcleos de Segurança do Paciente realizem de modo eficaz a medição da cultura de segurança existente no Serviço de Saúde. (Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014)

Atualmente encontramos diversos tipos de instrumentos para que seja realizada essa medição, cada país utiliza o que melhor se adéqua com a sua realidade. No Brasil, um que foi adaptado para a nossa realidade foi o Survey on Patient Safety Culture, da Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ). Com ele é possível diagnosticar o que está ocorrendo de fato. Além disso, também existem outros auxílios que são fornecidos pelos Conselhos Profissionais.

### **3.9 O Impacto dos Erros na Vida dos Profissionais**

De acordo com um estudo americano, citado por Rogers *et al.* (2004), revelou que os enfermeiros que tinham uma carga horária de trabalho maior que 12,5 horas consecutivas possuíam três vezes mais chances de cometer erros. Com isso, pode-se afirmar que os enfermeiros são mais propensos a cometer erros no final da jornada de trabalho e ao realizarem a conclusão de diversas tarefas.

Gaba (2002), diz que diversas outras publicações também têm demonstrado que existe relação entre o número de horas trabalhadas e os erros médicos. Por isso, o Conselho de Graduação de Educação Médica, em 2003, limitou as horas de trabalho dos residentes.



Os profissionais de saúde que cometeram erros também podem sofrer com os mesmos. Pois, as punições podem ser de ordem administrativa, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos. Além disso, também podem ser impedidos de exercer a profissão, além de ter danos emocionais.

De acordo com um estudo realizado por Padilha *et al.* (2002) sobre esse tema, apontou que a ansiedade, a impotência e a raiva foram os sentimentos mais citados pelos profissionais. E isso acarretou na perda da confiança em suas habilidades e na sua prática, podendo ser um movimento comum ao profissional que, muitas vezes, fica transtornado, culpado e apavorado.

A vergonha surge como sentimento que degrada a imagem do profissional, mesmo quando com a premissa que “todo ser humano é passível a erro”. Raramente esses profissionais serão aceitos e compreendidos, expondo o sujeito a situações vexatórias e a julgamentos e comentários maldosos sobre sua responsabilidade e competência profissional. (REMEN, 1993)

Um outro problema psicológico enfrentado pelos profissionais é o surgimento do *burnout* (esgotamento), que é um problema frequentemente entendido como um prolongamento do *stress* ocupacional crônico, onde o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados (MASLACH & SCHAUFELI, 1993).

Além das implicações psicológicas, também pode haver o desencadeamento de alterações físicas, onde respostas imunológicas possuem grande influência no sistema nervoso autônomo. Os sentimentos como ira, raiva, hostilidade, tensão, ansiedade e depressão, estão relacionados a doenças coronarianas, gastrintestinais, infecciosas, imunológicas, que podem ocasionar até a morte do profissional. (GOLEMAN, 1996)

### **3.10 Impactos Econômicos dos Erros e Eventos Adversos**

De acordo com Perelman *et al.* (2014) os recursos econômicos são limitados e as necessidades variadas, fazendo com que haja a necessidade de realizar escolhas e excluir algumas necessidades em detrimento de outras. Na saúde, o orçamento é limitado e é alocado entre diferentes terapias, programas de prevenção e promoção da saúde, profissionais, equipamentos e meios complementares de diagnósticos. Porém, nas últimas décadas houve um aumento das despesas em saúde. Apesar dos poucos

estudos sobre o impacto dos custos, somente recentemente foi dado a real importância desse impacto econômico.

Segundo o autor, a medição de custos dos eventos adversos se faz necessário devido à medição da prevalência desses eventos serem um peso econômico da doença para a sociedade, se tornando um caráter prioritário para as políticas de saúde, além de ser um pilar importante para a avaliação das intervenções alternativas que permitem a redução dos eventos adversos.

O primeiro estudo a estimar esses custos foi o *Havard Medical Practicec Study* (HMPS), em 1984, em Nova Iorque, onde os autores selecionaram 30.121 pacientes. Os custos de saúde foram calculados para os eventos adversos em 3,8 bilhões de dólares. O impacto nacional foi de mais de 50 bilhões de dólares, cerca de 13% das despesas de saúde nos EUA.

Um outro estudo, realizado por Tomas *et al.* (1999), observou que em 1996 o custo dos eventos adversos (EAs) representavam 4% das despesas de saúde nos EUA.

Quadro 3 – Custos de eventos adversos e evitáveis por tipo de evento – Estudo de Utah e Colorado

Tipo de Evento Adverso	Custos EAs Totais em milhões (USD)/%	Custos EAs evitáveis em milhões (USD)/%
Cirúrgico	232.043/35,06%	120.383/38,79%
Relacionado com medicamentos	213.750/32,29%	50.740/16,35%
Diagnóstico ou terapêutica	114.650/17,32%	72.372/23,32%
Relacionado com procedimentos	59.562/9,00%	38.296/12,34%
Outros	41.884/6,33%	28.591/9,21%
Total	661.889/100%	310.382/100%

Fonte: Adaptado de Thomas *et al.* (1999).

Em 2008, a Society of Actuaries Health Section (SAHS), realizou um novo estudo nos EUA, cujo objetivo era mensurar a frequência anual dos erros médicos e os

impactos dos custos na economia americana. Neste estudo, foi evidenciado que o custo aumentou para 19,5 bilhões de dólares. (PERELMAN *et al.*, 2014)

Na União Europeia, é estimado que de 8% a 12% dos pacientes sofram algum tipo de erro médico durante o tratamento. (PERELMAN *et al.*, 2014)

Travassos *et al.* (2010), realizou um estudo onde o tempo médio de permanência hospitalar de pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso é de 28,3 dias a mais.

Dados recentes publicados por Zimlichman *et al.* (2013) diz que o custo relacionado a infecções associado aos cuidados de saúde nos EUA é em torno de 9,8 bilhões de dólares.

Apesar de não existir um método padronizado para estimar o custo, pode-se utilizar as reclamações de pedidos de indenizações, técnica de minicusteio ou protocolos de custeio e métodos de faturação excedentes e dos custos médios. (PERELMAN *et al.*, 2014)

*“A ocorrência de EAs, com conseqüente lesão ou dano aos pacientes, é um problema mundial com impacto elevado nas despesas de saúde e a nível social. A solução para minimizar esse problema não é simples, nem única; a avaliação econômica pode também contribuir para determinar quais alternativas para combater os EAs devem ser adotadas, por meio da comparação de seus custos e benefícios.[...] A implementação dessas estratégias pode ser realizada por meio da formatação dos profissionais, técnicas de avaliação do desempenho, colaborações multiprofissionais, incentivos financeiros, intervenções dos pacientes, entre outros.[...]”* (PERELMAN *et al.*, 2014, p.51)

### **3.11 Os Desafios do Programa Brasileiro**

Segundo o documento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013), existe uma alta complexidade no cuidar na saúde e a falta de gestão adequada atrelada às condições de alto risco favorecem ao surgimento de crises cada vez mais frequentes.

Segundo este documento, apesar dos avanços com o SUS, existem muitos problemas no que tange a qualidade dos cuidados. Um grande problema são os hospitais públicos e privados onde os prontos-socorros das grandes cidades possuem elevada demanda.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no Brasil está relacionado ao conhecimento e do cumprimento de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, para que possam elaborar planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por um núcleo responsável, baseado numa política voltada para o estímulo à utilização frequente de protocolos e diretrizes clínicas.

Além disso, existem outras ações necessárias nas políticas de saúde, como as específicas para cada região, ações reguladas e melhoria do financiamento etc.

Apesar dos fatores limitantes, também existem os fatores positivos, pois essa ferramenta pode auxiliar na promoção dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado.

Para a eficácia desse Programa, deve-se ter: comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; governança plural, através da participação de todos; que exista uma coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, estruturada, com recursos compatíveis com o tamanho e dimensionamento da implementação do programa; e ação de comunicação social ampla, com domínio público.

Os programas e políticas do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que têm maior destaque em âmbito nacional são: o conjunto de iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), principalmente o programa hospital sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); a união do Ministério da Saúde (MS) e das entidades de Saúde que possuem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional de Humanização (PNH); o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST – Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), responsável por criar as diretrizes para a reorganização hospitalar da Rede de Atenção à Saúde.

### 3.12 Hospitais Sentinelas

A Rede Sentinela foi criada devido à necessidade da ANVISA de obter informações qualificadas, e, além disso, cria-se um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e pacientes.

Essas informações integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-Comercialização, cuja finalidade principal é subsidiar a ANVISA nas ações necessárias de regulação do mercado dos produtos de saúde.

Os resultados esperados pela ANVISA são a criação de uma rede hospitalar que seja capacitada para a gerência racional de insumos e equipamentos médico-hospitalares, sangue e seus componentes, visando a qualidade e segurança e sua incorporação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de Produtos de Saúde Pós-Comercialização.

Os produtos de saúde que participam desse projeto são: os medicamentos; equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar; materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar; materiais e produtos de diagnóstico de uso *in vitro*; sangue e seus componentes; saneantes de uso hospitalar.

### 3.13 Gerenciamento de Riscos

O Gerenciamento de Riscos deve ser o setor envolvido com a Farmacovigilância, a Tecnovigilância, a Vigilância de Saneantes e a Hemovigilância. (SOUZA, 2014)

A Farmacovigilância, segundo a OMS é a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos. A OMS ampliou o escopo da farmacovigilância, contemplando “quaisquer problemas relacionados a medicamentos”, como queixas técnicas, erros de medicação, uso *off label* e interações medicamentosas.

Segundo a ANVISA, a tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, visando a recomendação de adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. Está relacionada à vigilância da qualidade de equipamentos,

materiais e artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso "in-vitro".

De acordo com a ANVISA, a hemovigilância é a identificação, análise e prevenção de efeitos indesejáveis imediatos ou tardios provenientes do uso de sangue e seus componentes para melhoria da qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e o aumento da segurança do paciente.

Já a Vigilância de Saneantes é a detecção, avaliação, compreensão e prevenção das queixas técnicas e acidentes ocorridos provenientes da utilização de produtos de limpeza, como os detergentes, alvejantes, desinfetantes, desodorizantes, esterilizantes, desinfetantes de água, água sanitária e os inseticidas. (SOUZA, 2014)

### **3.14 Segurança do Paciente**

A assistência à saúde envolve riscos, porém esses riscos podem ser minimizados através de análises e ações preventivas, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para isso, é preciso o conhecimento dos fatores de risco, principalmente pelos profissionais, que são importantes aliados na resolução de um problema nos processos assistenciais do Hospital. Essa ação é parte da cultura de segurança do paciente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para segurança do paciente existem várias definições, porém o objetivo é único:

- *“A prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes". Segurança emerge da interação dos componentes do sistema, que faz não residir em uma pessoa, dispositivo ou departamento.”*
- *“A segurança dos pacientes é um subconjunto qualidade da assistência à saúde.”*
- *“Livre de lesão acidental, garantindo a segurança do paciente, através de sistemas e processos operacionais que minimizam a probabilidade de erros e maximizam a probabilidade de interceptá-los quando eles ocorrem.”*
- *“Livre de lesões acidentais durante os cuidados de saúde.”*
- *“Atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde.”*

- *“Identificação, análise e gestão de riscos relacionados com paciente, a fim de proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro e minimizar os danos a ele causados.”*

- *“Redução e mitigação dos atos inseguros dentro do sistema de saúde, bem como através da utilização das melhores práticas, para conduzir a resultados positivos para os pacientes.”*

- *“Prevenção e mitigação de danos aos pacientes.”*

- *“Paciente livre de danos desnecessários associados à assistência de saúde.”*

### **3.15 Metas Internacionais de Segurança do Paciente**

A World Patient Safety Alliance ou Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS realizou a identificação das prioridades e dos desafios globais ao combate da infecção nosocomial, e usou como mote o *slogan Clean is Safer Care*. Sendo realizadas campanhas de lavagens de mãos. Depois, foram identificadas seis áreas prioritárias para atuação, cujo objetivo é transformar em metas mundiais. (OMS, 2008).

Segundo a Joint Commission (2011) essas metas são:

1. Identificar os pacientes corretamente – o paciente deve ser identificado tanto através de pulseiras de identificação quanto checagem de sua identidade antes de qualquer procedimento ou assistência;
2. Melhorar a eficiência da comunicação entre os profissionais da assistência – comunicação da equipe é um grande desafio, e envolve as passagens de plantão, discussão de casos entre os especialistas, o planejamento do cuidado, a transferência do paciente e as orientações realizadas;
3. Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alta vigilância - os medicamentos são fontes frequentes de eventos adversos, muitas vezes graves, podendo levar à morte de pacientes. O uso deve ser restrito às unidades de cuidados críticos ou similares, com controle na quantidade armazenada e no uso. É recomendado mundialmente, que essas substâncias estejam disponíveis em baixa concentração e padronizadas, com ampolas ou embalagens distintas e claras, para facilitar a identificação e o uso adequado;

4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto – é preciso verificar a identificação do paciente, confirmar o procedimento a ser realizado e qual o membro ou lado da intervenção. A OMS recomenda a realização do “time out”, que é um *checklist* de todos esses aspectos (OMS, 2009; GAWANDE, 2009);

5. Reduzir os riscos de infecções associados aos cuidados de saúde – é importante a atuação da Comissão ou do Serviço de Infecção Hospitalar na redução desse risco;

6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas – na admissão do paciente, durante a avaliação e durante a sua permanência, é verificado o risco de queda, que pode estar relacionado à idade, estado de saúde, uso de determinadas medicações etc.

### 3.16 A Abordagem das Falhas

Reason (1994), diz que apesar de a falibilidade ser uma parte da condição humana, não podemos modificá-la, porém podemos modificar as condições de trabalho. Foi através de pesquisas realizadas nos acidentes que ocorreram em indústrias que se notou que não existe sistema perfeito.

Segundo Neto (2006, p.155): “Todos os serviços de saúde contêm falhas que podem em um determinado momento se alinhar e produzir um acidente que atinja o paciente, o profissional ou outros envolvidos na assistência.”

Neto (2006, p.155), diz ainda que:

*“A falha ativa é um ato não seguro ou uma omissão cometida por aqueles que atendem diretamente o paciente e que suas ações podem ter consequências adversas imediatas (ex.: omissões, enganos, violações). São falhas ativas os seguintes eventos: a) esquecer de dar um medicamento ou de efetuar um procedimento; b) trocar a medicação que deve ser administrada, b) executar cirurgia em paciente errado, etc.*

*Outra forma de abordar a questão das falhas é considerar uma organização constituída por duas partes: profissionais que atuam na “ponta” (que têm contato direto com os pacientes) e profissionais que atuam na “base” (que dão as condições estruturais para que os pacientes sejam atendidos).”*

Cook (1994) diz que é necessário focar nos profissionais da “base”, pois são mais propensos a ter deficiências. Já as falhas ativas são provenientes dos profissionais da “ponta”.



Outro ponto importante, segundo Bates (2000) é que as tecnologias, que são amplamente utilizadas, não foram planejadas em conformidade com as limitações humanas, e com isso, podem ocasionar erros que só são percebidos quando acontece um acidente grave.

### **3.17 Medidas Adotadas pelo Ministério da Saúde**

Tendo em consideração o contexto atual da saúde no país, estão sendo promovidas políticas públicas voltadas à construção de parcerias entre as organizações governamentais e não governamentais, principalmente, visando a melhoria da qualidade de formação dos profissionais e dos serviços de saúde.

Um dos focos dessas parcerias está voltado para a educação dos profissionais de saúde. Havendo a capacitação e a especialização destes profissionais para a produção de intervenções na realidade brasileira.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através da Coordenação de Educação a Distância (EAD/ENSP - FIOCRUZ) e o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa juntamente com o Ministério da Saúde têm desenvolvido projetos educacionais em apoio ao SUS, vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, que é regulamentado pela Portaria GM / MS nº 3276, de dezembro de 2007, e GM/MS nº 936, de 27 de abril de 2011. (PADILHA, 2014).

Esses projetos visam o envolvimento do maior número possível de profissionais de saúde na promoção da autonomia da responsabilização e consciência crítica dos trabalhadores do SUS, na melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas.

Segundo Petrolino *et al.* (2014), o curso oferecido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa juntamente com o Ministério da Saúde é um curso de aperfeiçoamento com ênfase na capacitação de facilitadores. E tem como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à saúde no SUS, através da capacitação de profissionais de enfermagem do SUS, visando o fortalecimento do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O público alvo foi de 200 enfermeiros indicados por hospitais da rede sentinela, hospitais universitários, rede SOS emergência e/ou Escolas Técnicas que atuavam preferencialmente nas áreas de Educação continuada ou treinamento, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Qualidade, Gerenciamento de Risco, Núcleos de Segurança do Paciente, de todo o país. Os vários elementos do

Programa Nacional de Segurança do Paciente serão abordados, discutidos, problematizados, buscando instrumentalizar os facilitadores para a adaptação destes para sua realidade e para aquela dos técnicos de enfermagem dos diferentes contextos organizacionais existentes no país. A carga-horária total do curso foi de 195 horas, e a duração foi de agosto a dezembro de 2014. Foram realizados encontros presenciais e através de ambientes virtuais.

Já o curso da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) / Ensp junto com o Ministério da Saúde é uma especialização, na modalidade a distância, cuja carga horária é de 408 horas, sendo dividida em 368 horas realizadas a distância e 40 horas de forma presencial. O objetivo é proporcionar o desenvolvimento de competências e conhecimentos científicos sobre as questões da qualidade e da segurança do paciente enquanto questões-chave na prestação de cuidados em saúde. O público alvo foi de 1.000 profissionais portadores de diploma de nível superior que atuam na área de saúde e que tenham sido indicados por representantes dos estabelecimentos de saúde de todo o Brasil, determinados para a participação no projeto. O curso teve início em setembro de 2014. Participam deste curso 226 hospitais de todo o país. (Fiocruz/Ensp, 2014)

Segundo o edital deste programa, participam deste curso os seguintes Estados: Acre (03 Instituições), Alagoas (04 Instituições), Amazonas (08 Instituições), Amapá (03 Instituições), Bahia (10 Instituições), Ceará (07 Instituições), Mato Grosso do Sul (04 Instituições), Mato Grosso (02 Instituições), Pará (07 Instituições), Paraíba (06 Instituições), Pernambuco (11 Instituições), Piauí (03 Instituições), Paraná (06 Instituições), Rio de Janeiro (29 Instituições), Rio Grande do Norte (03 Instituições), Rondônia (02 Instituições), Roraima (02 Instituições), Rio Grande do Sul (08 Instituições), Santa Catarina (06 Instituições), São Paulo (55 Instituições), Sergipe (02 Instituições), Tocantins (03 Instituições).

#### **4. DISCUSSÃO: ANÁLISE SITUACIONAL**

No Brasil, a Segurança do Paciente tem sido um objeto de atenção e de ações do Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde.

Independentemente do plano de segurança do paciente ser um documento exigido pela legislação brasileira e pela OMS, sua importância está além da execução de

normas e regulamentos, é um documento necessário para conduzir as ações institucionais na segurança do paciente.

Os hospitais, semelhante a outra organização do mundo capitalista e globalizado, procuram produtividade e qualidade, investindo em tecnologias de ponta para melhoria na assistência, devem investir, também, no capital humano (os profissionais).

Ao não negligenciar os erros, as organizações de saúde criam uma parceria importante com os profissionais, fazendo com que estes se sintam acolhidos, com segurança e respaldo para realizar o registro de erros e, com isso, ocorre a resolução do problema de forma rápida e eficiente.

Os exemplos citados nesta pesquisa refletem o impacto significativo que os erros médicos podem ocasionar no sistema de saúde.

Como resultado dos movimentos mundiais em saúde, investigações científicas estão sendo efetuadas, norteadas e implementadas, visando a identificação e percepção dos erros e dos eventos adversos através da adoção de medidas corretivas e pró-ativas, da análise das falhas e dos fatores causais, elaboração das estratégias em prática segura melhorando a qualidade da assistência e, com isso, acarretando maior segurança ao paciente.

Um importante problema encontrado nas organizações de saúde, que foi notório durante a realização das análises de dados deste estudo, foi o desprovimento de informações dos eventos adversos que ocorrem e os fatores causais, travancando o conhecimento, a avaliação e o debate das consequências destes eventos para os profissionais, usuários, instituições e o Governo. Isto afeta a ação dos gestores na efetuação do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais para a adoção de práticas seguras, redução dos eventos e melhoria da assistência.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como foi notado durante a elaboração deste estudo de caso para ensino, o tema sobre a segurança do paciente está sendo uma questão central nas agendas do Brasil e de vários países desde o início do século XXI e que desde a época de Hipócrates já ocorria uma preocupação com o cuidado seguro.

A literatura comprova a necessidade da realização de estudos e medidas que desenvolvam soluções efetivas para tornar o cuidado mais seguro.

Está cada vez mais notório que as pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar estão bastante presentes no meio científico. Uma cultura de segurança positiva favorece a realização de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos.

Apesar de no Brasil não haver um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em organizações hospitalares, o aumento de eventos adversos evitáveis fortalecem a necessidade do enfoque da cultura de segurança entre os profissionais e as organizações hospitalares.

As pesquisas existentes nesta área mostram resultados surpreendentes sobre a realidade do ambiente de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, porém ainda há muito para ser descoberto e implementado, visto a dificuldade de levar à prática uma assistência não repreensiva e sem punições diante de erros, onde desde os profissionais até a alta gestão deve ser compreendida a necessidade de investimentos e transformação de paradigmas.

Na retrospectiva histórica foi possível perceber a evolução no pensamento e no modo de agir sobre os erros na área da saúde devido ao desenvolvimento de pesquisas dentro da temática e à motivação e conscientização da alta gestão e dos profissionais dos serviços de saúde.

Diversas barreiras e desafios necessitam ser enfrentados na concepção de estudos e utilização de novas técnicas, as quais envolvem o paciente, o profissional e as organizações na identificação do risco e na resolução dos problemas.

O Governo Federal brasileiro vem atuando no desenvolvimento de programas voltados na visão preventiva e sistêmica, objetivando a redução dos investimentos praticados no nível terciário e quaternário, além da ampliação e abrangência de ação na sociedade, por meio do incentivo das ações preventivas, no segmento primário e secundário, e com isso, em longo prazo, minimizar as deficiências estruturais, diminuindo o fluxo de atendimento nesses hospitais.

Essa atitude do Governo Federal brasileiro contribui na prevenção e na redução dos erros médicos e eventos adversos. Porém, vale ressaltar, que além dos hospitais públicos, existem os hospitais privados e estes não estão inclusos no programa e o que vemos é que alguns pacientes, após os erros sofridos nessas instituições, acabam

procurando a rede pública, seja por falta de verba, pois o plano de saúde não cobre, ou até mesmo porque a instituição pública, apesar de estar em estado precário, possui um profissional especialista no caso, mas este não atende por plano na rede privada, acaba arcando na correção do problema.

Apesar da existência de um grande número de instituições de saúde, é notório, em nível nacional, a existência de um movimento inicial de hospitais buscando a adoção de medidas preventivas para reduzir os erros decorrentes de falhas no sistema, demonstrando a proatividade do setor. É necessário consolidar e fortalecer o processo de gestão.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

AZEVEDO, A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. *Rev. Ind. Qual. Produt. Ipea*, v.1, n.1, p. 49-54, 1993.

BATES, D. W.; GAWANDE, A. A. *Error in medicine: what have we learned?* Disponível em: <<http://www.atulgawande.com/documents/ErrorinmedicineWhathavewelearned.pdf>>. Acesso em: 28 de out. 2014.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim informativo de tecnovigilância – BIT*, n.4, set. 2004.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*, Brasília, jan./jul., 2011.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cartilha de notificações em tecnovigilância*. Brasília: Unidade de Tecnovigilância Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde, 2003.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss)*. Brasília: Assessoria de Comunicação da Anvisa, 2010.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rede Sentinela*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 5 nov. 2014.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010*. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Organizacao+dos+Servicos+de+Saude/Gerenciamento+de+Tecnologias+em+Saude>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 7 nov. 2014.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 5 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 28 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, L. F. Padrões mínimos de organização de hospitais. *Rev. Paul. Hosp.*, v.21, n.3, p.107, 1973.

CARVALHO, Manoel de; VIEIRA, Alan A. Erro Médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.78, n.4, p.261-268, jul./ago. 2002.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIERICATO, C.; CASSIANI, S.H.B.; CARVALHO, V.T. Instrumento de registro dos erros nas medicações segundo a revisão da literatura. *Acta Paul. Enferm.*, v.14, n.2, p.79-90, 2001.

COOK, R.I.; Woods, D.D.; MILLER, C. *A tale of two stories: contrasting views on patient safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1565>>. Acesso em: 10 set. 2014.

ESTADOS UNIDOS. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient safety indicators*. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/health-care-information/topics/topic-patient-safety-indicators.html>>. Acesso em: 13 out. 2014.

FÁVERO, F. *Deontologia médica e medicina profissional*. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1945.

FELDMAN, Liliane B.; GATTO, Maria A. F.; CUNHA, Isabel C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2005.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANÇA, G.V. *Direito médico*. 6. ed. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

GABA, D.M.; HOWARD, S.K. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N. Engl. J. Med.*, n.347, p.1249-55, 2002.

GAWANDE, A. *The checklist manifesto: how to get things right*. New York: Metropolitan Books, 2009.

GOLEMAN, D. *Mente e medicina*. In: GOLEMAN, D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996. p.179-200.

GOMES, J. C. M.; FRANÇA, G. V. *Erro médico: um enfoque sobre sua origem e conseqüências*. Montes Claros: Unimontes, 1999.

JCI. Joint Commission International. *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais*. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2011.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard E. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos metodologia científica*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Orgs.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993.

MENDES, Walter *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.59, n.5, set./out. 2013.

MORAES, I.N. *Erro médico*. 2.ed. São Paulo: Santos-Maltese, 1991. p. 35-49.

NETO, A. Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v.8, n.33, p.153-158, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: HSS/OPS/OMS, 2010.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.

PADILHA, K.G. *et al.* Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.36, n.1, p.50-7, 2002.

PERELMAN, Julian *et al.* Consequências econômicas de erros e eventos adversos em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.



PETROLINO, Helen Maria B. S. *et al.* *Qualidade e segurança no cuidado ao paciente: caderno do curso* 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. *Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Da Casa Editora; Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2004.

RALSTON, J.D.; LARSON, E.B. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J. Postgrad. Med.*, v.51, n.1, p. 61-67, Jan./Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793345>>. Acesso em: 10 set. 2014.

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, n.320, p. 768-70, 2000.

REMEN, R.N. Carinho cooperativo. In: REMEN, R.N. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus; 1993. p. 179-217.

ROESCH, S. M. A.; FERNANDES, F. *Como escrever casos para o ensino de administração*. São Paulo: Atlas, 2007.

ROGERS, A.E. *et al.* Hospital staff nurse work and patient safety. *Health Aff.*, n.23, p. 1-11, 2004.

SILVA, R. R.; BENEGAS, A. A. O uso do estudo de caso como método de ensino na graduação. *Economia & Pesquisa*, Araçatuba, v.12, n.12, p. 9-31, nov. 2010.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.

THE CANADIAN Patient Safety Dictionary. Disponível em: <[http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient\\_safety\\_dictionary\\_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2014.

THOMAS, E. *et al.* Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, v.36, n.3, p. 255-64, Jan. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471478>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

TRAVASSOS, C. *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev. Port. Saúde Pública*, v. Temático, n.10, p. 74-80, 2010.

VERGARA, Sylvia C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 15.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2014.

WACHTER, Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente*. São Paulo: AMGH, 2013.

WHO. World Health Organization. *Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*: technical report 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1)>. Acesso em: 20 out. 2014.

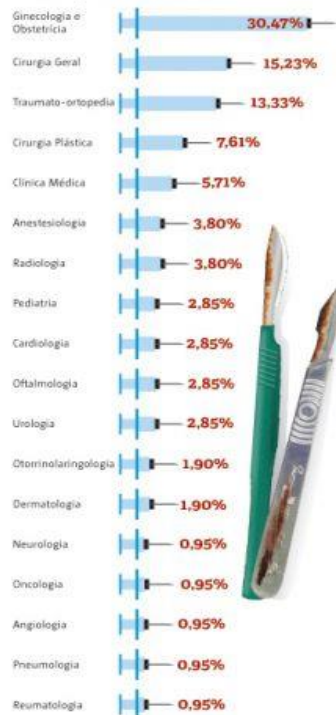
YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANON, U. *Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZILMICHMAN, E. *et al.* Health care-associated infections: a meta-analysis of cost and financial impact on the US Health Care System. *JAMA Intern.Med.*, v.02120, p.1-8, Sep. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23999949>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

## ANEXO

### Por especialidade



### Principais queixas

1. Óbito de criança internada, sem o diagnóstico, no prazo adequado, de miocardite (inflamação do miocárdio, a camada muscular grossa da parede do coração), à ausência dos exames
2. Fratura de clavícula e consequente paralisia do braço do bebê, devido à pressão nas manobras do parto
3. Infecção urinária provocada por fistula retrovaginal não diagnosticada
4. Encurtamento da perna, devido à fratura de cabeça de fêmur e acetábulo, não diagnosticada
5. Amputação de dedo, devido ao não tratamento no prazo adequado
6. Quadro infeccioso anêmico e cicatrizes decorrentes de histerectomia e anexectomia bilateral
7. Óbito do feto gemelar, devido à equivocada opção do obstetra pelo parto normal
8. Meningite erroneamente diagnosticada como escarlatina e tratada dessa forma, gerando danos pelo tratamento tardio
9. Bloqueio atrioventricular durante ablação por radiofrequência para fechamento de via nodal, com instalação de marca-passo, sem consentimento do paciente
10. Óbito de paciente com meningoencefalite herpética, devido à ausência de leito de UTI

### Quantidade de processos por ano



Fonte: Jornal de Brasília 09/04/2014