

Margarida França, Directora do IQS

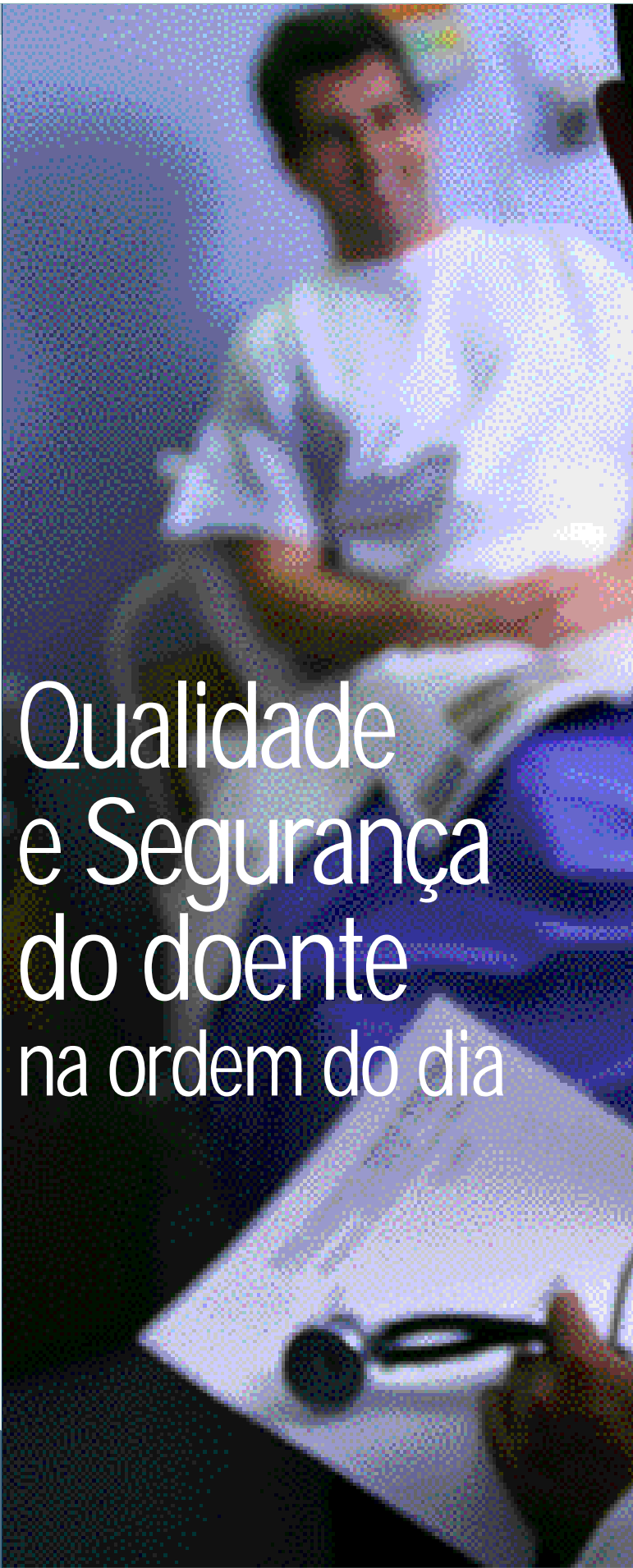
Nas últimas décadas do século XX assistiu-se no sector da saúde a um desafio de inovação pela aplicação dos métodos e ferramentas da gestão da qualidade em uso na área industrial. Pretendia-se obviar à subjectividade do factor humano através da medição do desempenho das organizações prestadoras de cuidados. Em simultâneo, colocou-se a tónica na identificação da variação individual considerada como causa da má prática, ineficácia e inefectividade. Entendia-se, pois, que recursos humanos qualificados e treinados, recursos físicos modernos e tecnicamente avançados, aliados a procedimentos técnicos sofisticados, eram garante suficiente da qualidade dos cuidados de saúde. Em pleno século XXI a segurança do doente está na ordem do dia. Faz parte das agendas políticas, dos fóruns internacionais e alia à sua volta tanto os profissionais como os cidadãos.

A publicação em 1999 do relatório *"To Err is Human: Building a Safer Health System"*, pelo Institute of Medicine americano, chamou a atenção para uma realidade aparentemente ignorada e negligenciada – a segurança do doente! Em consequência, é publicado um segundo relatório subordinado ao título *"Crossing The Quality Chasm"*, centrado na concepção de sistemas de saúde capazes de inovar e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde.

No Reino Unido surge, em 2000, um estudo com a mesma natureza – *"An organisation with a memory"*, seguido de um relatório com propostas de intervenção em áreas específicas – *"Building a safer NHS for patients. Implementing na organisation with a memory"*. Surgem, no entanto, iniciativas similares em países como a Dinamarca, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Japão.

"Knowing is not enough: we must apply.  
Willing is not enough; we must do."

Goethe, in Crossing The Quality Chasm



# Qualidade e Segurança do doente na ordem do dia

A crescente sofisticação da prestação de cuidados de saúde, o aparecimento de doenças novas e raras, a alteração das sociedades e a mobilidade crescente dos cidadãos, entre outros factores, provocaram uma pressão crescente nas unidades de saúde que tendencialmente se focalizaram nos aspectos técnicos dos cuidados de saúde. Esta mesma pressão originou mecanismos de defesa dos profissionais que, uma vez confrontados com um incidente provocado ou não por erro, se refugiavam no silêncio, escondendo falhas e falsas culpas com medo das consequências possíveis.

Os erros humanos por si só não provocam danos. Contudo, erros humanos no quadro de sistemas pobres e ineficientes podem provocar danos sérios a doentes e profissionais. Práticas clínicas frágeis, deficiente comunicação entre profissionais, formação insuficiente ou desadequada, insuficiência de protocolos e a falta de consideração pelas consequências da fadiga dos profissionais constituem os factores mais frequentes do aumento do risco inerente à prestação dos cuidados de saúde. Esta situação, não sendo exclusiva dos cuidados de agudos, acontece em todos os níveis de cuidados e de tipologia das organizações de saúde.

## Uniformizar esforços em torno da segurança

A premência da situação levou a Organização Mundial de Saúde a lançar em 2004 um movimento especialmente dedicado à segurança – a *World Alliance for Patient Safety*, com o grande objectivo de coordenar as iniciativas internacionais e evitar duplicação de esforços nesta área. O programa assumiu como desafio, para o período de 2005-2006, a infecção associada aos cuidados de saúde. De entre as restantes cinco áreas de actuação releva-se pela inovação o esforço de desenvolvimento de uma taxionomia em segurança do doente, através do projecto International Patient Safety Event Taxonomy (IPSET), uma vez reconhecida a ausência de uma linguagem comum e a necessidade de estandarização de alguns conceitos cruciais.

Ressalta também, pelo impacto que assumiu, a acção da Comissão Europeia através da Declaração do Luxemburgo de 5 de Abril de 2005, subordinada ao tema *Patient Safety – Making it Happen!*

A título de resumo, esta declaração parte dos pressupostos identificados pelos estudos de âmbito nacional já referidos, de

que o sector da saúde é uma área de risco elevado por causa dos efeitos de eventos ou acontecimentos adversos decorrentes do tratamento a episódios de doença. A gestão do risco é especificamente recomendada como instrumento de rotina, a aplicar em todo o sector da saúde e a fazer-se acompanhar por uma filosofia de aprendizagem contínua promotora da criação de ambientes organizacionais "sem culpas e vergonhas". No mesmo contexto são definidas áreas de acção prioritária ao nível interno de cada Estado-membro:

- ▶ desenvolvimento de uma cultura da segurança com recurso a uma abordagem sistémica;
- ▶ estabelecimento de sistemas de notificação/*reporting systems* para aprendizagem e intervenção;
- ▶ envolvimento dos doentes/cidadãos no processo de melhoria da segurança.

No contexto da OCDE foi também desenvolvido, nos últimos dois anos, um conjunto de indicadores na área da segurança do doente, após classificação deste tema como prioritário no âmbito de um projecto de indicadores da qualidade para comparação de sistemas de saúde. O painel técnico trabalhou indicadores em cinco domínios principais: infecção hospitalar, eventos sentinela, complicações cirúrgicas, obstetrícia e outros eventos adversos relacionados com o acto clínico. Esta selecção teve como objectivo a cobertura potencial dos domínios dominantes da segurança do doente.

Temos, pois, que o apelo geral à segurança do doente foi abraçado pelas mais altas organizações e responsáveis e é lançado a todos os intervenientes do sector da saúde: aos prestadores de cuidados através da mudança de atitudes, aos doentes através da participação nos planos de cuidados e recuperação, à indústria pela preferência por regras de segurança na concepção e fabrico de materiais e equipamentos, aos *media* pela preferência pela melhor informação e, por último, aos decisores pela colocação da segurança do doente no topo das agendas políticas.

A evidência tem demonstrado que embora a acção individual seja incapaz de constituir solução bastante, a combinação destas acções e das actividades consideradas relevantes tem a capacidade de demonstrar o melhor caminho para a melhoria dos sistemas de saúde.

## Um novo olhar da realidade que se reforça

Podemos então concluir que Qualidade e Segurança não são conceitos distintos, mas sim uma outra "janela" de análise da mesma realidade, ou seja, o desempenho das organizações de saúde. Historicamente faltaram incentivos ao reforço do papel da segurança do doente no âmbito dos sistemas de saúde, falta muitas vezes aliada a uma penalização moral e social que impedia a transparência das organizações nesta área.

Na primeira década do século XXI a segurança do doente tornou-se numa preocupação real e num tópico da agenda dos fóruns nacionais e internacionais da saúde e das agendas políticas, desenvolvendo-se a todos os níveis de actuação e requerendo a participação de todos os profissionais da saúde e de todos os cidadãos, assim como a abertura das fronteiras à experiência e investigação entre nações.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- DEPARTMENT of HEALTH. An organisation with a memory. The Stationary Office, Londres, 2000, 91.
- DEPARTMENT of HEALTH. Building a safer NHS. Implementing an Organisation with a memory. Londres, 2000, 66. Disponível em: [www.doh.gov.uk/buildsafenhs](http://www.doh.gov.uk/buildsafenhs)
- INSTITUTE OF MEDICINE. To Err is Human. Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington D.C., 2000, 287.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing The Quality Chasm. A New Health System for the 21th Century. National Academy Press, Washington D.C., 2001 (5.ª Ed. de Junho 2004), 287.
- OCDE, Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, «OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS Nº 18», Directorate For Employment, Labour and Social Affairs Employment, Outubro 2004, 44. Disponível em: [www.oecd.org/els/health/technicalpapers](http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Global Patient Safety Challenge 2006-2006. Clean Care is Safer Care. World Alliance For Patient Safety, Edição de Autor, Genebra, 2005, 26.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, WHO Guidelines On Hand Hygiene In Health Care (Advanced Draft): A Summary, Clean Hands Are Safer Hands, World Alliance For Patient Safety, Edição de Autor, Genebra, 2005, 31.
- THE NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff, Edição de Autor, Londres, Abril 2004, 25. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk>
- THE NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. The first report of the National and Learning System and The Patient Safety Observatory, Edição de Autor, Londres, Julho 2005, 61.