

## Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica Patient Safety: a reflection on its historical trajectory

Andressa Aline Bernardo Bueno<sup>1</sup>; Cintia Silva Fassarella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduanda do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO. Monitora em Saúde do Adulto e Idoso II. Trainee de Enfermagem – Hospital do Barra D’Or.

<sup>2</sup>Mestre em Centro de Educação e Humanidades pela UERJ. Professora Substituta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF. Professora Adjunta Mestre I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO. Enfermeira da SES/ RJ – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro.

### RESUMO

**Introdução:** Os erros são cada vez mais frequentes aos pacientes. A segurança do paciente é compreendida como ações cuja finalidade é impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência de saúde. **Objetivo:** Compreender a trajetória histórica dos principais acontecimentos e modificações inerente à segurança do paciente até os dias atuais. **Método:** Estudo bibliográfico baseado em três artigos, cinco livros e dois *homepage* pertinentes ao objeto de estudo no período de 1990 à 2011 no SciELO e BVS. Foram selecionados manuscritos em português de modo que pudesse atender ao objetivo desta pesquisa. **Resultados:** Enfocaram-se os principais acontecimentos da evolução histórica relacionados à segurança do paciente de acordo com publicações na área onde o grande marco dessa linha cronológica foi o relatório do *Institute of Medicine* que evidenciou altas taxas de mortalidade pela grande incidência de erros. **Conclusão:** Pode-se perceber que desde a época de Hipócrates, ainda que incipiente, ocorria uma preocupação das pessoas envolvidas no processo assistencial com respeito aos cuidados seguros. Hodiernamente há uma crescente modificação do pensamento e da atuação sobre as falhas na área da saúde, decorrente a isso, mostra-se necessário aceitar que somos falíveis através de uma cultura de segurança e de aprendizado.

Descritores: Segurança. Erros Médicos. História.

### ABSTRACT

**Introduction:** The errors are each time more frequent to patients. The patient’s security is understood as actions that the purpose is to prevent, to guard and to reduce the harmful results from the health assistance. **Objective:** Understand the historical trajectory of the main events and modifications inherent of patient’s security until nowadays. **Method:** Bibliographical Study based on three articles, five books and two homepage pertinent to the study object in the period from 1990 to 2011 in SciELO and BVS. Was selected some manuscripts in Portuguese in a way that could reach the objective of this research. **Results:** The focus was on the main events of the historical evolution related to the patient’s security according to publications of the area where the great point of this chronological line was the report of the *Institute of Medicine* which revealed high levels of mortality because of the big incidence of mistakes in the health system. **Conclusion:** It is possible to say that since the time of Hippocrates, even incipient, there was a concern coming from people who were evolved in the assistance process related to the save care. Nowadays, there is a progressing change in the way of thinking and in the way of acting when there are mistakes in the health field, as a

result it is necessary to admit that everybody makes mistakes through a culture based on security and learning.

Key-words: Safety. Medical Errors. History.

## INTRODUÇÃO

A primeira razão para escrever esse artigo é muito simples: a relevância imensurável do assunto. Como iremos perceber no decorrer da leitura, existem fortes evidências de que, embora o cuidado humano traga inúmeros benefícios, os erros são cada vez mais frequentes aos pacientes. É por esse motivo que temos o anseio de compreender a trajetória histórica dos principais acontecimentos e modificações inerente à segurança do paciente até os dias atuais.

A segurança do paciente é compreendida como ações cuja finalidade é impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência de saúde, Cassiani (2005). Dessa forma, os danos causados aos pacientes têm sido discutidos cada vez mais no âmbito hospitalar e não-hospitalar. Percebemos que esse assunto vem sendo estudado por mais de um século, por pesquisadores internacionais.

## METODOLOGIA

Para percorrer pelos principais fatos na história da segurança do paciente, foi realizado um estudo bibliográfico baseado em três artigos, cinco livros e dois *home pages* pertinentes ao objeto de estudo no período de 1990 à 2011 disponível no SciELO e BVS. Para possibilitar reflexão e entendimento acerca do progresso histórico da temática foram selecionados manuscritos em português, e que estivessem por completo, de modo a atender ao objetivo desta pesquisa.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

No quarto século antes de Cristo, Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, num contexto de saúde rudimentar que, se comparado com o elevado nível da tecnociência contemporânea, pode ser julgado como um pensamento a frente para sua época escreve “*Nunca causarei dano a ninguém*” que após um tempo é traduzido como “*Primum non nocere*” ou “*primeiro não causar dano*”, Wachter (2010). Através deste legado é possível notar que mesmo num contexto assistencial elementar, Hipócrates admitiu que os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade.

Antigamente não se possuía uma assistência especializada e mesmo assim não era permissivo errar. À medida que ocorreram novos avanços no conhecimento e conseqüentemente a tecnologia foi progredindo, o nível de complexidade assistencial aumentou e a probabilidade de sobrevir erros também. Contrariamente a esse contexto, cada

vez mais era adotada a conduta punitiva, de modo a identificar e apontar sempre o indivíduo responsável pelo engano.

Com o passar dos anos, em 1863, Florence Nightingale em seu livro *Notes on Hospitals*, diz: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”, Wachter (2010). Nightingale, que possuía uma mente avançada para sua época, dotava um vasto conhecimento em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia, constatou que existiam falhas nas condutas profissionais as quais eram um sério problema e alerta para a realidade, George (2000). Ela classificava como primordial a segurança dos doentes devido às consequências observadas.

Quarenta e oito anos após o relato de Florence, Ernest Codman, um cirurgião de Boston, estudou os desenlaces de pacientes, incluindo falhas no tratamento. Após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, em 1918 pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surge o primeiro trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, onde mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas. Estas são concebidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial que não foi uma consequência natural da doença do paciente, Wachter (2010).

Em um estudo com 815 pacientes de um hospital universitário revelou que 36% sofriam desse dano e a frequência de lesão iatrogênica de qualquer espécie devido a um erro de medicação foi de 3.1%, Kohn (2000). As iatrogenias mais frequentes nas primeiras 24h após administração de medicamentos inclui: “lesões locais, alterações respiratórias, cardiovasculares, renais, dor e até mesmo parada respiratória, Araujo (2009). Seis décadas se passaram, poucos estudos foram publicados evidenciando a presença de doenças iatrogênicas dentro das instituições de saúde decorrentes de más práticas profissionais, suas consequências e a gravidade do problema.

Paralelamente ao setor de saúde, encontra-se setores de alto risco como aviação e empresas nucleares cujo pensamento sobre a lógica de sistemas com ênfase nos processos para minimizar eventos adversos e, assim, otimizar a segurança da atividade e do trabalhador já era considerado a cerne da organização. Neste sentido, ao admitir que o fator humano é passível de falhas, seja evitável ou não, ocorre uma modificação na conformação da maneira com que o sistema funciona, de forma a interceptar os “*quase erros*” e reduzir as taxas de eventos adversos, Wachter (2010).

Em 1990 James Reason, psicólogo britânico, publica *Human Error*, o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente, onde mostra que a abordagem individualizada

do problema é obsoleta e propõe a quebra deste paradigma. Ele mostrou que um erro é fruto da falha de sistema e por isso deve ser abordado de forma holística, Wachter (2010). Ele define erro como: “*as the failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*”. Ou seja, “é a incapacidade de uma ação planejada para ser concluída ou entendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento)”, Reason (1990, tradução nossa).

Através de inúmeras observações de acidentes, Reason, propôs o Modelo do Queijo Suíço, onde um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo) – são os orifícios do queijo. Ele trouxe a premência de tentar obstruir esses buracos e criar camadas sobrepostas a fim de impedir o realinhamento e assim ratifica que é preciso não ceder ao desejo veemente de concentrar a atenção na ponta e convergir às causas-raiz, Wachter (2010).

Este estudo de Reason tornou-se notório somente em 1999 com o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), onde obteve grande influência de modo a iniciar um movimento mundial de segurança do paciente, Kohn (2000).

Este relatório chamou atenção e veio à público ao revelar a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA decorrentes de erros na assistência a saúde que estavam entre 44.000 e 98.000 mortes/ano. Se for realizada uma estimativa ao redor do mundo, certamente, esses dados iriam crescer exponencialmente. É de fato um problema de saúde pública com discussão inadiável, pois possuem uma elevada magnitude e transcendência, Wachter (2010).

Por volta de duas semanas após a publicação desse relatório, o Congresso Norte Americano, solicitou um estudo sobre a viabilidade da implementação das recomendações do documento, e ainda, o Instituto de Medicina instruiu um centro para a segurança do paciente dentro da *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRO (Agência para Pesquisa e Qualidade no Atendimento Médico Hospitalar), expandindo os comentários do relatório, desenvolveu programas de segurança nas organizações de atendimento e intensificou os esforços das agências reguladoras, das sociedades profissionais e dos consumidores do serviço.

Um relatório britânico preparado por um grupo coordenado pelo professor Lian Donaldson, médico chefe do Sistema de Saúde Britânico, foi elaborado pelo governo e teve sua divulgação autorizada pelo secretário de Estado – *Uma organização com memória:*

*eventos adversos no sistema nacional de saúde britânico*. Quando esses dois manuscritos são comparados percebemos que o foco principal do britânico se diferencia por enfatizar o aprendizado com base na mudança cultural, no pensamento sistêmico e na má estrutura do setor de Saúde, Vincent (2009). O grande marco na história da segurança do paciente foi à criação da *National Patient Safety Agency* – NPSA (Agência Nacional de Segurança do Paciente) no Reino Unido.

O arcaico paradigma de que seres humanos são infalíveis precisa ser revisto com urgência, pois de acordo com o relatório do IOM que calculou o ônus gerado por eventos adversos evitáveis, apenas no final de 1990, encontrou um gasto extraordinário entre 17 e 29 bilhões de dólares dentro dos hospitais. Vale ressaltar que não foram inclusos os eventos inevitáveis e outras instituições de saúde, Wachter (2010).

No Brasil, pesquisas nesta área surgiram no início da década de 2000, influenciados pelo panorama mundial cuja temática já vinha e continua sendo amplamente discutida, vide as certificações das instituições de saúde com métodos de avaliação de caráter não-obrigatório e renovável sob a forma de acreditação, demonstraram que os processos hospitalares não se encontravam organizados e adequados para garantir uma assistência segura e associado a essa complexidade, a limitação humana que, inevitavelmente, tem como efeito os erros.

O princípio do processo de acreditação no Brasil foi ao final dos anos 80 quando a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS determinou inúmeras medidas para otimizar os parâmetros e serviços hospitalares da América Latina e que ao ser alcançado o hospital era considerado acreditado. Desde então, houve uma série de modificações neste setor, em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação – ONA com propósito de gerenciar o modelo brasileiro de acreditação. E em 2002 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA torna oficial o Sistema Brasileiro de Acreditação através da Resolução nº 921/02, ANVISA (2004).

A partir da acreditação foi possível detectar e gerenciar os possíveis erros, falhas no sistema que ocorre constantemente, seja no cuidado direto ou indireto ao paciente, como também na comunicação entre equipes e que gera um cuidado inseguro. Frequentemente é possível perceber a menção em artigos, revistas, ou qualquer que seja o meio de comunicação na mídia, a discussão pública dos erros à segurança do paciente como ato abominável e imperdoável.

Segundo Carvalho (2002), a magnitude dos erros médicos e evento adversos com drogas nos Estados Unidos que se encontra por volta de um milhão de pacientes/vítimas

representa a quarta causa de óbito neste país expondo um problema de saúde pública. E, aponta ainda, como fatores predisponentes os “*ambientais (barulho, calor), psicológicos (tédio, ansiedade, estresse) e fisiológicos (fadiga, sono)*”, Carvalho (2002).

Nesse contexto, o sistema desorganizado e complexo, associado a profissionais despreparados e com experiência insuficiente para lidar com a situação, induz ao erro, pois o fato de não admitir já é considerado um, Vincent (2009). Este pensamento parece evidente, no entanto, foi ignorado durante séculos. Somente agora a partir do século XXI, que este assunto é refletido com maior atenção e prudência.

Supõe-se que isso tenha aumentado de forma considerável por conta do crescente número de processos judiciais contra as instituições e profissionais de saúde. Essa visibilidade pública do assunto em questão também possui uma parcela da tecnologia da informação, da liberdade de expressão e representa apenas uma ínfima parcela dos eventos que de fato ocorrem, visto que a maior parte são subnotificados decorrente da ausência da cultura de aprendizado. O mascaramento dos deslizes que se sucedem durante a prática profissional fornece o paralogismo de problema ignorado, no entanto tal comportamento tende a exacerbar ainda mais o problema.

Os estudos brasileiros cujo objeto de pesquisa é a segurança dos processos assistenciais, seja direto ou indiretamente, que surgiram desde 1999 exprimem como concordância geral a premência de modificações de pensamentos e atitudes por parte dos envolvidos, desde profissionais de saúde até o Estado, no que tange a abordagem sistêmica dos eventos adversos a fim de tornar o ambiente de trabalho seguro onde não há falta de recursos humanos e estruturais e uma cultura alicerçada nos princípios da educação.

Como resposta aos fatos e consequências decorrente de erros humanos a *Joint Commission International (JCI)* lançou em 2011 a quarta edição da *Standards Lists Version* onde no capítulo sobre os Objetivos Internacionais para a Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals - IPSG*) existem seis metas. São elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação eficaz; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; 4) Assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6) Reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas.

Estes objetivos precisam ser seguidos pelas instituições que se propõe e são acreditadas pela JCI. Eles dizem respeito aos problemas mais disformes dentro do setor de saúde e sugere soluções baseado no consenso de especialistas, JCI (2011).

Nos dias contemporâneos é possível encontrar instituições de saúde e de ensino que realizam movimentos bastante consolidados no raciocínio a favor da segurança. É o exemplo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – que surgiu em maio de 2008 liderado pela docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Helena de Bortoli Cassiani. Esta iniciativa surgiu através da OPAS onde é membro e tem como um dos principais objetivos a abertura de questionamentos no campo de segurança do paciente e à área de Enfermagem a fim de oportunizar discussões e atualizações, incentivar pesquisas e melhorar a visibilidade com a divulgação de novos métodos e experiências, Rede (2011).

## CONCLUSÃO

Ao analisar a trajetória da segurança do paciente é perceptível que desde a época de Hipócrates, já ocorria, ainda que incipiente, uma preocupação das pessoas envolvidas no processo assistencial com respeito aos cuidados seguros. Todavia a falta de pesquisas e reflexões no assunto, não permitiu evidenciar estes processos falidos e suas consequências devastadoras e nefastas, por vezes irreversíveis e que há muito tempo a abordagem com visão individual encontra-se obsoleta clamando por mudanças.

As pesquisas existentes nesta área fornecem resultados surpreendentes sobre o que de fato ocorre dentro do ambiente de saúde, no entanto 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.

Durante esse passeio histórico foi possível perceber uma crescente modificação no pensamento e na forma de agir sobre os erros na área da saúde, onde só foi factível devido à observação de outros setores com alta periculosidade, no caso de Reason, ao desenvolvimento de pesquisas dentro da temática e à motivação e conscientização da alta gestão e dos profissionais dos serviços de saúde.

Decorrente a isso, mostra-se necessário aceitar que somos falíveis e lapsos são inevitáveis, através de uma cultura de segurança e de aprendizado. Só assim passaremos a notificar sem o receio da punição de superiores, pois, geralmente a própria consciência do indivíduo o acusa e ainda perde-se a oportunidade de tirocínio e crescimento de forma a otimizar a atuação profissional através do conhecimento dos fatores predisponentes que põe em risco a assistência. Se não houver falência dos métodos tradicionais, o resultado sempre

será uma prática com cuidado inseguro, influenciando diretamente na qualidade de vida e recuperação do paciente.

Apesar da existência de inúmeras instituições de saúde com um cenário ainda voltado ao modelo individual na abordagem das falhas, é possível perceber, principalmente em nível nacional, que hodiernamente há um movimento inicial de hospitais buscando a acreditação e otimização da assistência ao paciente com a finalidade de diminuir os erros decorrentes de falhas no sistema, demonstrando a proatividade do setor, uma busca espontânea por melhores condições dos serviços prestados.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v.38, n. 2, p. 335-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

ARAÚJO, C.R.D de., et al. Scientific publications about errors in medication administration in online nursing journals: a review article. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2009, Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2526/556>. Acesso em 11 nov. 2011.

CARVALHO, M. de, VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v.78, n.4, p.261-268, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000400004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2011

CASSINI, S.H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n.1, jan-fev 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_arttext). Acesso em: 10 nov. 2011

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

JCI. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version, Region Hovedstaden, 2011** Disponível em: [http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400\\_Standards\\_Lists\\_Online.pdf](http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_Standards_Lists_Online.pdf). Acesso em: 11 nov. 2011.

KOHN, L.T, CORRIGAN, J.M, DONALDSON, M.S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

REASON, J.T. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

REDE Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://rebraensp.blogspot.com>. Acesso em: 10 nov. 2011.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.