

# Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar

Susana Ramos | Lurdes Trindade

*“ A postura tradicional é de alguma fatalidade, ‘...são coisas que acontecem...’, ou da procura do culpado e do tratamento judicial da situação”*

## 1. A SEGURANÇA DO DOENTE: QUE DESAFIOS?

A nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou nove soluções para a “Segurança do Doente” (Quadro 1) e lançou vários desafios a nível mundial, destacando-se a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, as Cirurgias Seguras, a criação de Sistemas de Relatos de Incidentes para partilhar e aprender com os erros, o Envolvimento do Doente na sua Segurança entre outros. Portugal aderiu a alguns destes desafios, com a implementação da Campanha Nacional da Higiene das mãos “Medidas Simples Salvam Vidas” em 2008 e com a introdução do Projecto Nacional “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” em 2009.

Para o Reino Unido, a segurança do doente é uma prioridade desde há muitos anos e foram desenvolvidos vários projectos nacionais que incluíram a criação de uma Agência Nacional para a Segurança do Doente (*National Patient Safety Agency* – NPSA).

Um dos projectos lançados foi um guia orientador para os profissionais de saúde com o título de “*Seven Steps to Patient Safety*”, sendo o primeiro passo “Construir uma Cultura de Segurança” (Quadro 2). Este primeiro passo é vital para o sucesso e adesão dos profissionais sendo essencial que as Unidades de Saúde procedam à avaliação da cultura de segurança dos profissionais, celebrem os sucessos na melhoria da segurança do doente e promovam uma postura de abertura e honestidade quando algo não corre bem. Outra das prioridades no Reino Unido foi a criação de um sistema nacional on-line para registo de incidentes associados aos cuidados de saúde que está em vigor desde 2003. Este sistema é voluntário e anónimo. Entre Abril de 2009 a Março de 2010 foram reportados neste sistema 111 “Never Events”, em que 57 foram devido a cirurgia realizada no local errado e 41 devido ao erro do trajecto de sonda naso/orogástrica não detectado antes da sua utilização. Os “Never Events” (Quadro 2) são incidentes graves e evitáveis, porque existem normas de orientação clínica e directrizes para os prevenir.

Quadro 1 – Soluções para a Segurança do Doente

Solução	Título
1	Medicamentos com nome e som do nome semelhantes
2	Identificação do doente
3	Comunicação durante a passagem de turno e a transferência do doente.
4	Realização de procedimentos correctos nos locais correctos
5	Controlo de soluções concentradas de electrólitos
6	Segurança na medicação nas transições de cuidados
7	Conexões correctas entre cateteres e sondas
8	Uso único de dispositivos injectáveis
9	Higiene das mãos para prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde

Fonte: Patient Safety Solutions in <http://www.who.int/patientsafety/en/>

A OMS em Janeiro de 2009 publicou um documento com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD) de forma a criar uma linguagem universal nesta matéria e possibilitar a comparação de dados de segurança do doente entre organizações a nível nacional e internacional. Dos 48 conceitos definidos na CISD, destacam-se os seguintes:

- **Incidente de segurança do doente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
- **Erro:** falha na execução de uma acção planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorrecto de um plano.
- **Risco:** é a probabilidade de ocorrência de um incidente.

Importa referir que a CISD não é ainda uma classificação completa, no entanto é reconhecido o exaustivo trabalho desenvolvido sendo definidas 13 categorias principais para classificar os incidentes de segurança do doente. Em Portugal foi adoptada esta classificação, sendo traduzida e publicada pelo Departamento da Qualidade na Saúde/Direcção Geral de Saúde.

## 2. GESTÃO DO RISCO NA ÁREA DA SAÚDE

A Gestão do Risco nos hospitais portugueses, começou a dar os primeiros passos no final da década de 90, a partir dos projectos voluntários de melhoria da qualidade em saúde, conduzidos pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (ex-King's Fund) e Joint Commission International (JCI). Da experiência partilhada e aprendida podemos afirmar que a Gestão do Risco na Saúde é uma metodologia de excelência que contribui para aumentar a segurança de todos.

Quadro 2 – “Never events” segundo o NHS/National Patient Safety Agency

Lista dos “Never Events” no Reino Unido
Cirurgia do lado errado
Retenção de instrumentos pós-cirurgia
Administração de quimioterapia pela via errada
Erro de trajecto de sonda naso/orogástrica não detectado antes da sua utilização
Suicídio no internamento
Fuga de doentes (presidiários) de áreas restritas de serviços de saúde mental
Morte materna por hemorragia pós-parto após cesariana electiva
Erro de administração de Cloreto de Potássio concentrado intravenoso

Fonte: Never Events – Annual Report 2009/10 in [www.nrls.npsa.nhs.uk](http://www.nrls.npsa.nhs.uk)

As diferentes estruturas da Unidade de Saúde (US) devem manter uma estreita articulação neste processo. A Equipa de Gestão do Risco deve articular com todos os Serviços e diversas entidades da US, designadamente Comissão da Qualidade, Controlo da Infecção Hospitalar, Saúde Ocupacional, Gabinete do Utente, Gabinete Contencioso, Instalações e Equipamentos, Hoteleiros entre outros.

No que diz respeito às responsabilidades na gestão do risco, esta é de todos, pois todos os profissionais têm responsabilidades na prevenção de incidentes e na promoção da segurança. Cabe ao órgão de gestão da US a criação das estruturas de gestão de risco delegando competências ao nível da gestão intermédia. É essencial a nomeação de um núcleo executivo para liderar a Gestão do Risco que terá a responsabilidade da operacionalização da política da gestão do risco em colaboração com todos os responsáveis dos serviços e profissionais em geral. Para que a gestão do risco seja dinâmica e abrangente, e faça parte da prática diária de todos os profissionais é indispensável a criação de uma Equipa de Interlocutores para a gerir o risco localmente, sendo os actores principais neste processo de envolvimento total.

A Gestão do Risco assenta em quatro pilares essenciais que devem ser suportados por um programa de formação estruturado para todos os profissionais da US. Da nossa experiência, estes pilares são a base para a operacionalização de um Programa de Gestão de Risco, sendo eles:

- Sistema de Relato de Incidentes (SRI)
- Identificação e Avaliação do Risco
- Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente
- Auditoria como Instrumento de Melhoria Contínua

Neste artigo, iremos apenas aprofundar os dois primeiros pilares, baseando-nos na literatura internacional e na nossa experiência como enfermeiras no Centro Hospital de Lisboa Central.

### 3. SISTEMA DE RELATO DE INCIDENTES

Um sistema de relato de incidentes tem como principais objetivos promover a comunicação sistemática de incidentes e analisar os factores contributivos, com vista à definição de um plano de melhoria de forma a prevenir a sua recorrência. Para o sucesso da implementação de um sistema de relato de incidentes, é vital que as US definam uma Política de Gestão dos Incidentes que assente numa visão sistémica onde o profissional faz parte do todo e o erro é encarado como uma oportunidade de aprendizagem e de revisão dos processos.

No entanto, vários obstáculos contribuem para a não utilização destes sistemas, nomeadamente a dificuldade dos profissionais em aceitarem o erro, a escassa ou inexistência de formação pré-graduada e continua neste âmbito, o receio de repercussões dentro da instituição e o medo da punição e respectivas consequências legais.

Os responsáveis pela implementação do SRI devem definir:

1. Quem pode relatar incidentes no SRI?
2. Quais os incidentes que devem ser relatados?
3. Onde devem os profissionais registar os incidentes?
4. Qual o circuito do relato de incidente?
5. Como deve ser gerido o SRI?

Geralmente um incidente resulta de uma cadeia de acontecimentos subjacentes a vários factores que contribuíram para a sua ocorrência, pelo que a sua análise deve ter como base a

identificação desses factores, devendo ser envolvidos os profissionais implicados. Os factores mais identificados como causa do incidente estão relacionados com a comunicação, a gestão e organização, o ambiente de trabalho, a tarefa do profissional e o próprio doente. Uma das metodologias que se pode utilizar é a "Root Cause Analysis" que deve seguir seis etapas, conforme ilustrado na Fig. 1.

Nem todos os incidentes serão submetidos a esta análise; esta decisão dependerá da gravidade do incidente, da sua frequência e dos factores contribuintes. A gravidade da lesão resultante classifica-se em cinco níveis: Nenhum; Ligeiro; Moderado; Grave; Morte. Deve também ser feita uma análise no que diz respeito à probabilidade de voltar a acontecer o incidente e potenciais consequências.

### 6. IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

A metodologia de identificação e avaliação do risco é uma metodologia pró-activa em que se pretende perceber o que na nossa actividade potencia acontecimentos indesejáveis e não esperados, para que se criem os mecanismos preventivos e impedir que estes acontecimentos indesejáveis se concretizem.

A postura tradicional é de alguma fatalidade, "...são coisas que acontecem...", ou da procura do culpado e do tratamento judicial da situação; no entanto esta solução não é satisfatória nem para o doente nem para os profissionais e instituições de saúde, uma vez que não favorece a mudança.

A metodologia recomendada pela NPSA assenta em cinco passos: a identificação do factor de risco/risco, dos indivíduos expostos, a avaliação do risco e a determinação das prioridades de intervenção, a definição das medidas a implementar e a reavaliação.

#### Identificação do risco/factor de risco

*O que pode correr mal...?*

Esta é a fase mais difícil do processo, implica que o profissional se distancie e olhe para as suas rotinas com um olhar novo, o que constitui um esforço para todos. Podemos começar por avaliar áreas ou procedimentos que já deram origem a incidentes ou avaliar áreas de maior fragilidade, comuns a todas as instituições de saúde mundiais e identificadas nas metas de segurança do doente publicadas pela JCI e NPSA.

Destas metas/recomendações fazem parte a identificação correcta do doente, a melhoria da comunicação, o uso seguro dos medicamentos, a prevenção da infecção, a diminuição dos erros

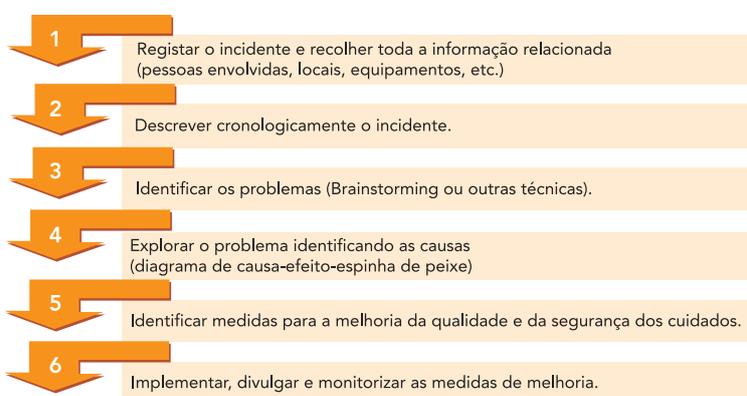


Figura 1 – Etapas da "Root Cause Analysis".

de transfusão relacionados com a identificação do doente, a redução dos incidentes relacionados com a terapêutica anticoagulante, entre outras.

Se sabemos que ocorreram mortes relacionadas com a administração do medicamento errado causadas por confusão entre ampolas de aspecto muito semelhante, podemos começar por olhar para a nossa realidade e verificar se estes factores de riscos estão presentes no nosso local de trabalho.

Usaremos como exemplo a troca de Cloreto de Potássio por Cloreto de Sódio para diluição de medicamentos: o risco para o doente é a morte por administração do medicamento errado (e será sempre este o risco em qualquer local em que ocorra a troca) no entanto, o factor de risco pode variar de unidade para unidade. Assim devemos verificar as condições de armazenamento do fármaco no nosso ambiente de trabalho: o Cloreto de Potássio está armazenado exclusivamente numa gaveta ou encontra-se armazenado com outros medicamentos na mesma gaveta? Esta gaveta está arrumada com que critério; segue a ordem alfabética ou tem uma arrumação que permite distinguir este medicamento dos outros de aspecto semelhante? A identificação da própria gaveta é clara e ajuda a distingui-lo dos outros?

Recomenda-se que a identificação destes factores de risco seja feita por uma equipa multidisciplinar, sendo o *brainstorming* uma das técnicas mais apropriadas.

### Identificação dos indivíduos expostos

É necessário avaliar quem está exposto aos factores de risco ou seja, quem poderá ser lesado se o factor de risco que se teme desencadear um incidente. Podem estar em causa todas as pessoas, ou só um grupo restrito de doentes ou de profissionais.

### Avaliação do risco e determinação das prioridades de intervenção

Depois de identificarmos os factores de risco e quem consideramos estar exposto, passa-se à avaliação do risco. Este processo, independentemente da metodologia utilizada, vai permitir distinguir, entre os riscos identificados, os de maior gravidade e que por isso necessitarão uma intervenção prioritária.

A análise dos processos de trabalho com técnicas como a *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA), a *Preliminary Hazards Analysis* (PHA), ou a *Hazard and Operability Study* (HazOP) permitem um escrutínio rigoroso dos processos mas necessitam de maior disponibilidade e formação da equipa.

A avaliação do risco, é utilizada há muito tempo noutras actividades, incluindo a saúde ocupacional, e baseia-se na determi-

nação da consequência (dano que julgamos poder resultar da concretização de um incidente) e da probabilidade (as hipóteses de que isso aconteça) utilizando uma metodologia que pode ser qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa.

Com os métodos qualitativos faz-se uma avaliação subjectiva das actividades/processos; não se pretende quantificar a consequência e a probabilidade, estas assumem uma dimensão puramente qualitativa.

O método de avaliação do risco semi-quantitativo associa um valor numérico à probabilidade e consequência identificadas. No método de avaliação quantitativo, são utilizadas técnicas sofisticadas e modelos matemáticos que têm em conta os padrões de regularidade e frequência do acontecimento, para o cálculo dos valores da probabilidade; a consequência é calculada através de modelos matemáticos de consequências. Pela sua complexidade esta metodologia é utilizada em áreas de risco muito elevado como as indústrias químicas ou nuclear.

A metodologia qualitativa tem inerente uma grande subjectividade e depende muito da experiência da equipa, mas tem a vantagem de ser simples, não requerendo conhecimentos matemáticos avançados. A matriz na tabela 1, apresenta uma classificação de níveis de risco resultantes da avaliação qualitativa da consequência e da probabilidade do risco detectado.

### Definição das medidas a implementar

A resposta ao risco detectado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria com o objectivo de reduzir o risco até a um nível considerado aceitável. O ideal, seria a eliminação do risco, mas é raramente conseguido: no exemplo que referimos da troca dos medicamentos de aspecto semelhante (Cloreto de Potássio por Cloreto de Sódio) anular o risco passaria por deixar de administrar um dos medicamentos o que é impossível; ambos são vitais e não os utilizar também põe em causa a vida do doente.

Na maior parte das situações teremos que identificar formas de redução do risco, mudar as práticas, rotinas, equipamentos ou instalações para diminuir a probabilidade e/ou reduzir as consequências se o risco se concretizar, deixando-nos um risco residual que podemos ou não aceitar.

Continuando com o exemplo da troca do Cloreto de Potássio por Cloreto de Sódio, se as ampolas forem fabricadas de uma forma que enfatize as diferenças e se o primeiro deixar de estar disponível no local habitual de armazenamento de medicamentos, diminuimos a probabilidade de ser preparado por engano.

Tabela 1 – Matriz de risco recomendada pela National Patient Safety Agency (NHS)

Consequência	Catastrófica	Moderado	Elevado	Muito Elevado	Muito Elevado	Muito Elevado
	Major	Moderado	Elevado	Elevado	Muito Elevado	Muito Elevado
	Moderada	Baixo Risco	Moderado	Elevado	Elevado	Muito Elevado
	Minor	Baixo Risco	Moderado	Moderado	Elevado	Elevado
	Negligenciável	Baixo Risco	Baixo Risco	Baixo Risco	Moderado	Moderado
	---	Raro	Improvável	Possível	Provável	Quase Certo
Probabilidade						

Fonte: Risk assessment made easy. Disponível em [www.nrls.npsa.nhs.uk](http://www.nrls.npsa.nhs.uk)

## Reavaliação da implementação das medidas e da sua eficácia

Depois da avaliação do risco e determinação das medidas preventivas/de melhoria será necessário reavaliar a situação; foram implementadas todas as intervenções que tinham sido consideradas necessárias? Se foram, estão a resultar ou detectamos que é necessário acrescentar novas medidas?

Esta revisão deve ser feita com uma periodicidade anual e sempre que surjam alterações importantes, como mudanças nas instalações, introdução de novos equipamentos, fármacos ou procedimentos.

## 7. REFLEXÕES FINAIS

Nos últimos anos verificou-se uma crescente preocupação ao nível das unidades de saúde, no que se refere à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, vários hospitais desenvolveram Projectos de Melhoria da Qualidade, tendo como principal objectivo melhorar a segurança dos doentes e dos profissionais. Por outro lado a evolução tecnológica na saúde contribuiu para um aumento da segurança dos cuidados e simultaneamente observamos uma população cada vez consciente dos seus direitos, exigindo serviços de saúde de qualidade.

As Unidades de Saúde que implementaram projectos de gestão na área da qualidade, foram impulsionadas a desenvolver a metodologia da Gestão do Risco, cuja abordagem deve ser estruturada, garantindo sistemas e práticas de trabalho mais seguros, onde a consciencialização dos riscos e a responsabilidade de todos seja uma constante.

A avaliação de risco e a gestão de incidentes na área dos cuidados de saúde são dois instrumentos da Gestão do Risco que permitem a obtenção de informação vital e a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ↳ Direcção Geral de Saúde. Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. 2011 [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)
- ↳ Kohn, L.T., Corrigan, J.C., Molla, S. M. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press. 1999
- ↳ Lage, Maria João - Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2010:11-16
- ↳ National Patient Safety Goals Effective. 2011 <http://www.jointcommission.org/>
- ↳ National Patient Safety Agency. Healthcare risk assessment made easy. 2007 <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/>
- ↳ Organização Mundial de Saúde. Patient Safety Solutions. 2007
- ↳ [www.who.int/patientsafety/solutions/](http://www.who.int/patientsafety/solutions/)
- ↳ Vincent, C. Patient Safety. 2ª edição. BMJ Publishing Group. 2010. ISBN: 978-1-4051-9221-7



### Susana Ramos

Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar de Lisboa Central. Integra a coordenação do Gabinete de Gestão do Risco. Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pós-graduação em Gestão dos Serviços e Áreas Clínicas. Mestranda no Curso de Mestrado em Infecção em Cuidados de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.



### Lurdes Trindade

Enfermeira do Centro Hospitalar de Lisboa Central. Integra o Gabinete de Gestão do Risco do Hospital de Santa Marta. Pós-graduação em Gestão da Qualidade na Saúde. Mestranda no Curso de Mestrado em Segurança do Doente da Escola Nacional de Saúde Pública.