

Risco clínico e segurança do doente

Isabel Pedroto¹

INTRODUÇÃO

Em 2000 o *Institute of Medicine* (IOM) definiu a segurança do doente como “*freedom from accidental injury*”. Mas de facto, o termo segurança do doente, amplamente usado, está pouco clarificado. Não é possível dissociar o risco clínico/segurança do doente do manuseamento do risco em geral e da qualidade (Figura 1).

Assim, simplificando a definição da segurança do doente como o “evitar, prevenir e minimizar os eventos adversos decorrentes de todo o processo” procuramos estabelecer uma complementaridade entre a segurança do doente e a qualidade clínica; o risco clínico focaliza-se no “lado negro” da qualidade. A segurança emerge da interacção dos vários componentes do sistema; não se limita à ausência de falhas ou à prevenção ou minimização das mesmas (Figura 2).

A segurança não reside numa pessoa, num equipamento, num departamento.

A gestão do risco clínico depende do conhecimento de como todos os componentes do sistema interagem entre eles. Devemos conjugar todos os intervenientes no processo. O desafio aos responsáveis não pode nem deve ser subestimado. As falhas não podem ser prevenidas se os procedimentos não forem avaliados, auditados e monitorizados. Existe sempre sobreposição, complementaridade, uma vez que toda esta estrutura só faz sentido porque tratamos doentes. Em última análise o nosso objectivo é sempre uma melhoria do desempenho assistencial.

E de facto, em todos os sistemas que procuram uma melhoria da qualidade na saúde o risco clínico e a segurança do doente constituem áreas estratégicas prioritárias.

A GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

a) A estratégia

A gestão do risco clínico constitui um factor de sucesso em qualquer organização de saúde. O doente deve receber o tratamento apropriado num ambien-

te seguro. O risco está inerente em tudo o que a organização faz: tratar doentes, determinar prioridades de serviço, na escolha de equipamento ou mesmo quando se decide nada fazer.

O objectivo de criarmos uma política de gestão do risco clínico é o de estabelecermos uma actividade operacional coordenada, focalizada e sistematizada. Os objectivos são: 1. Assegurar que a estrutura organizacional suporta e articula os elementos alvo do risco clínico; 2. Provi-

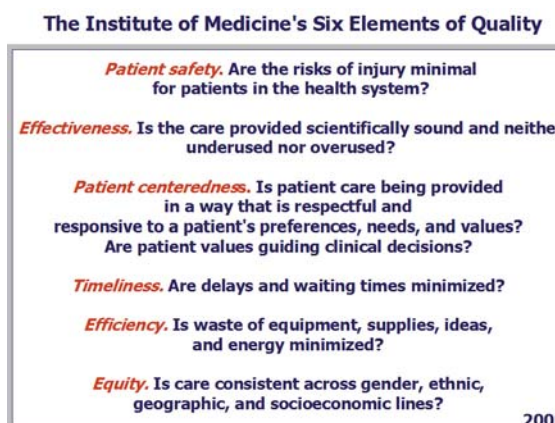


Figura 1



Figura 2

¹ Departamento Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e Segurança – Hospital Geral de Santo António, EPE

denciar efectividade e eficiência na gestão do risco clínico; 3. Promover a análise sistemática do desempenho da gestão do risco clínico, através de indicadores.

Todo o planeamento da actividade é visto como uma oportunidade de melhoria contínua da prática clínica.

Em resumo, a estratégia deve assim focalizar-se nos seguintes pontos:

Criar uma Cultura de Segurança com o envolvimento de ambos, doentes e profissionais. A gestão do risco clínico (e do não-clínico) é da responsabilidade de toda a organização. Todos os profissionais desempenham um papel funda-

mental na identificação e minimização dos riscos.

Providenciar segurança para os doentes que tratamos e para todos os profissionais envolvidos no processo.

Desenvolver um grupo de trabalho proactivo com o objectivo de uma melhoria contínua na prevenção, controle e redução do risco. São vários os mecanismos condicionantes da nossa prática clínica. Daí que os efeitos adversos geralmente tenham origem numa variedade de factores que operam a diferentes níveis: o processo, a equipa, a estrutura e a organização. Todas as Organizações são um equilíbrio dinâmico; alcançar este equilíbrio implica um treino contínuo: criamos uma cultura na qual, a notificação crescente nos vai alertar para um partilhar de responsabilidades a todos os níveis. Reiterando que só o trabalho em equipa melhora a comunicação criamos uma equipa multidisciplinar: além dos Gestores de Risco por Serviço, os Adjuntos do Gestor de Risco Clínico, com os seguintes objectivos: em cada Área, Serviço ou Departamento, os responsáveis analisam as diferentes notificações: assim incentivamos o trabalho em equipa com o sector envolvido, descrevendo o processo, conduzindo a análise e identificando as medidas de melhoria. O Gestor de Risco Clínico reúne periodicamente com os vários adjuntos; em conjunto, definirão os planos de melhoria contínua.

Maximizar a qualidade dos cuidados prestados através da redução dos riscos a um nível aceitável.

Minimizar os custos dos riscos clínicos.

Embora a análise clínica, retrospectiva dos incidentes e todos os eventos adversos seja um objectivo do risco clínico, outro, senão mais importante, é o de prevenir eventos adversos.

Um conceito renovado de risco clínico: focalização não no indivíduo mas nas condições em que o incidente ocorreu; usar a análise como uma potencial oportunidade de melhoria contínua da prática clínica e da segurança dos doentes.

A segurança é o valor mais percebido pelos doentes e seus familiares (Figura 3).


PLANEAMENTO	Cultura de Segurança Sistema de Notificação Voluntário ,Confidencial e Não-punitivo
CULTURA DE RISCO  EVIDÊNCIA SUPORTA A MUDANÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores de Risco /Serviço • Formação a todos os Profissionais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Como, quando e o que notificar? 2. Como actuar perante um incidente. “Pocket book” para todos os profissionais sobre o risco, saúde, higiene e segurança
IDENTIFICAÇÃO	A) Análise e Monitorização Eventos Adversos B) Registo de eventos sentinela: <ol style="list-style-type: none"> 1. Morte inexplicada 2. Doente errado/cirurgia errada 3. Suicidio 4. Reintervenção por material retido 5. Reacção transfusional/Incompatibilidade 6. Erro medicação/morte etc. C) Indicadores de Segurança do doente (PSI): <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidade 2. Readmissões hospitalares (<14dias; < 30 dias) 3. Regressos não programados aos Cuidados Intensivos 4. Reintervenção cirúrgicas não programadas 5. Internamentos > 30 dias
ANÁLISE DO RISCO E AVALIAÇÃO	Criação de um Modelo de Notificação: divulgado por toda a Organização. Gestores de Risco / Serviço Comissão Controlo Infecção; Comissão de Transfusão; Comissão de Farmacovigilância. Técnicos Higiene e Segurança Serviço de Saúde Ocupacional
TRATAMENTO DO RISCO	HFMEA (<i>Health Failure Mode and Effect Analysis</i>) Root-Cause-Analysis
FEEDBACK	Relatório semestral (Serviços/Departamentos) <ul style="list-style-type: none"> • Análise dos dados colhidos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos adversos 2. Indicadores clínicos / Auditorias Valorização da contribuição dada / reforço da confiança no sistema
ORGANIZAÇÃO	Suporta toda a política de risco clínico. Todos os profissionais desempenham um papel activo no sistema.



Figura 3

Os doentes querem sentir-se seguros e confiantes junto daqueles que os tratam.

b) A acção

b.1. A notificação

A abordagem ao risco clínico aceita a falha como uma consequência, não uma causa da falência.

Perante um incidente ou evento adverso (Figura 4), o importante não é apontar o responsável, mas questionarmos: porque falhou o sistema (Figura 5)? Que factores condicionaram as circunstâncias adversas?

Notificação / Registo Incidentes

Notificações dos profissionais de saúde que Identificam os Incidentes.

Incidentes:

Envolvem lesão do doente, cuidados acrescidos, Internamento mais prolongado : **Evento adverso**
 Consequência : **menor moderada**

Lesão potencial, sem consequência: **"Near misses"**

Consequência grave, extrema : **Eventos Sentinela**

Figura 4

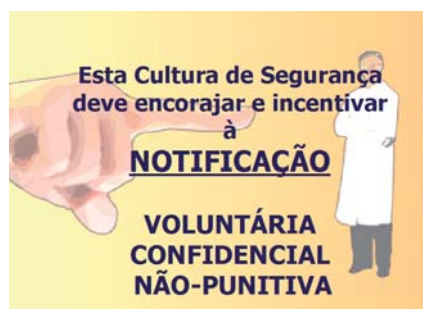


Figura 5

A notificação não é mais que a comunicação de informação relevante para a segurança do doente. Operamos numa base de notificação voluntária assegurando a total confidencialidade pela sistemática informatização dos dados. E podemos afirmar que a notificação é uma medida atractiva (Figura 6), um método simples de detecção. Não constitui para nós a única ferramenta de segurança (indicadores; auditorias) mas é sem dúvida um alerta importante e uma ferramenta preciosa na implementação de uma cultura de segurança e de armazenamento de dados.

A nossa acção identifica-se com os seguintes critérios:

Elemento	Crítérios
Prática clínica consistente com uma cultura de segurança	Abordagem multidisciplinar da segurança do doente
Profissionalismo	NOTIFICAÇÃO: VOLUNTÁRIA CONFIDENCIAL Respeito por todos os profissionais Trabalho em equipa
Comunicação	Garantia de manter informados todos os profissionais envolvidos nos processos de análise e de melhoria contínua
Ética	Respeito por todos os profissionais
Aplicabilidade das análises efectuadas	Implementar estratégias para prevenir/minimizar as recorrências
Suporte e Informação apropriados	Procura sistemática de <i>feedback</i>

É com base nestes critérios que conduzimos a análise do risco clínico.

E observamos que todas estas intervenções na área da formação e na resposta às notificações com o protocolo de análise elaborado, conduziram a um crescente e mais diversificado número de notificações.

E, de facto, só assim é possível a nível da Instituição identificar os pontos críticos, os factores contributivos e as consequentes acções correctivas a implementar. Quem notifica? O que notificam? O que devem notificar? Vejamos os Quadro I e II: observamos no Quadro I que os médicos notificam pouco (excluídas as

NOTIFICAÇÃO

PORQUÊ?



Se não notificam,

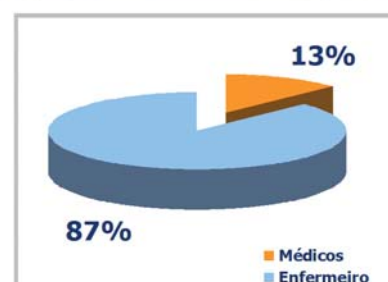
Não aprendemos com os erros

Sem uma informação / comunicação eficaz não estimamos os riscos não reorganizamos o sistema

Figura 6

infecções). A maioria das notificações no contexto do risco clínico, fora do âmbito das infecções, são quedas (Quadro II).

Quadro I – Quem notifica?



Quadro II – Notificações no ano 2005

Notificações (Ano 2005)	Quedas	Medicação	Equipamento	Documentação	Sentinela
Depart. Cirurgia e DSNOS	96	15	7	4	2
Depart. Medicina	160	20	3	2	0
Anestesia / Bloco	0	4	5	2	0
Urgência	10	0	0	0	0
Cuidados Intensivos	2	0	0	0	0
Total	268	39	15	8	2
Médicos	1	20	7	5	2
Enfermeiros	267	18	8	3	0

Esta política de gestão de risco pretende dotar a Instituição de meios que lhe permitam claramente identificar as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado durante uma episódio de admissão. O risco clínico pode resultar de causas clínicas (erro de prescrição ou administração, quedas), causas relativas a materiais ou produtos (avarias de equipamento; condições ambientais; transfusões) ou causas relativas à vida hospitalar (quedas; suicídios; fugas; incêndio). Constituem exemplos (Quadro III: dados referentes ao ano de 2005) e motivo prioritário de notificação:

erro de registo; erro de prescrição; erro de leitura ou interpretação de prescrição terapêutica; erro de administração de medicamentos (via, dose); infecção nosocomial; quedas; reacções adversas a medicamentos (também os produtos de contraste); avaria ou mau funcionamento de equipamento.

Uma descrição completa, objectiva dos incidentes e do resultado de todos os exames deve estar incluída, com rigor, no registo clínico.

b.2. A análise dos incidentes

O primeiro passo numa análise é a identificação das falhas activas. Identifi-

cados os problemas temos que considerar as condições nas quais as mesmas ocorreram e interpretá-las num contexto organizacional, mais vasto.

Avaliar o grau do risco, é ambos, a combinação da probabilidade dele ocorrer e as potenciais consequências. O risco tem que ser calculado.

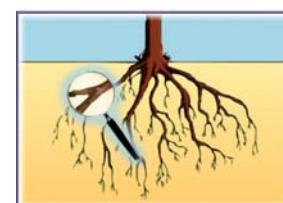
Esta estimativa do risco é usada para: determinação do seu potencial; análise comparativa; decidir quando e quem alertar; determinar o tempo útil para a rectificação; priorizar as acções planeadas.

O tratamento do risco clínico envolve a identificação das opções existentes para o seu plano de melhoria, implementação e monitorização.

A análise é maioritariamente multifactorial (Figura 7):

- a) *Root-cause-analysis*: Para todos os incidentes com uma ER ≥ 4 considerando o contexto no qual ocorreram (causas imediatas-resposta imediata), procedemos

Identificar os múltiplos factores contributivos



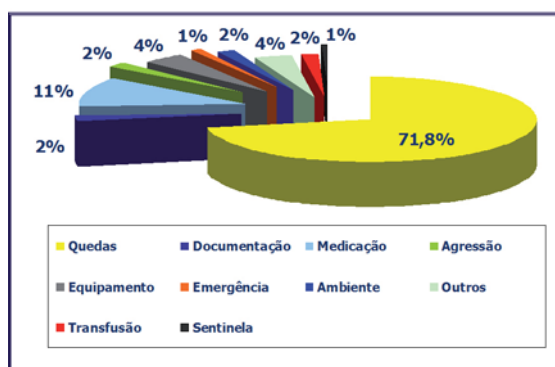
O "Quê?"
 "Como?"
 Não "Quem?"

Figura 7

à análise das causas subjacentes e do impacto dos mesmos sobre o doente, o profissional e a organização. Sugerimos as medidas necessárias para prevenir a sua repetição e monitorizamos a implementação das mesmas.

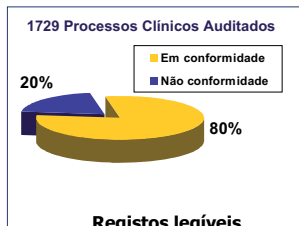
- b) HFMEA: health-failure-mode and effect analysis. Procedemos à informatização do Departamento no contexto da análise do risco. Todas as notificações são informatizadas assegurando a total confidencialidade do profissional que notificou (o original é arquivado).

Quadro III – Risco Clínico: Notificações



Factores passíveis de influenciar a prática clínica

TIPOS DE FACTORES	EXEMPLOS
Organizacionais	Recursos; Estrutura Prioridades estabelecidas
Factores Ambiente	Carga horária; Turnos; Equipamento Suporte administrativo
Factores Equipa	Comunicação verbal Comunicação escrita: Exemplo: Legibilidade; em auditorias aos registos clínicos registamos 20% de não conformidades. Supervisão Estrutura da equipa (liderança/consistência)
Factores Individuais	Competência; Saúde física e mental
Factores Processo/tarefa	Comunicação / Informação; Protocolos
Factores Doente	Condição (complexidade); Factores Sociais Comunicação; Debilidades físicas, mentais.



ESTIMAR O RISCO (ER)

Probabilidade \ Consequência	1	2	3	4
4	4	8	12	16
3	3	6	9	12
2	2	4	6	8
1	1	2	3	4

ER: P x C P: probabilidade C: consequência

risco aceitável
risco a considerar
risco inaceitável

poderão ocorrer e a sua ponderação em termos de frequência, severidade e risco; permite uma identificação prévia de possíveis riscos, ou seja, pretendemos actuar a nível da prevenção completada por uma identificação contínua pelo sistema de notificação de incidentes.

A resposta aos incidentes tem várias fases constituindo o apoio ao doente, familiares e profissionais envolvidos um aspecto fundamental e um imperativo moral (Figura 8).

b.3. Os indicadores de segurança e a auditoria clínica

Com a implementação do Projecto Internacional de Indicadores de Qualidade Clínica (PQUIP) é possível trabalharmos uma série de indicadores de segurança do doente; este projecto envolve 21 indicadores.

Neste contexto procedem-se a auditorias clínicas regulares de 3 indicadores: quedas; readmissões e mortalidade.

RESUMO

A Gestão de Risco Clínico e Segurança do Doente desempenha um papel fulcral na integração de todos estes elementos: análise de incidentes, indicadores de segurança e auditorias clínicas; mas essencialmente, numa primeira fase, numa mudança de atitudes: desenvolver uma cultura de segurança e de confiança; a responsabilização e colaboração de todos os profissionais; o trabalho em grupo e a multidisciplinaridade.

A avaliação do risco proposta, com base nas transacções associadas a um processo, subprocesso ou actividade permite fazer a gestão do risco a nível "micro". O risco inerente a cada uma das actividades elementares contribuirá para o risco inerente ao processo. O risco inerente a cada uma das transacções/actividades foi determinado com recurso à metodologia HFMEA (Health Failure Mode Effect Analysis). O objectivo desta abordagem consiste em identificar para as diferentes componentes dos processos os pontos críticos, as falhas que aí

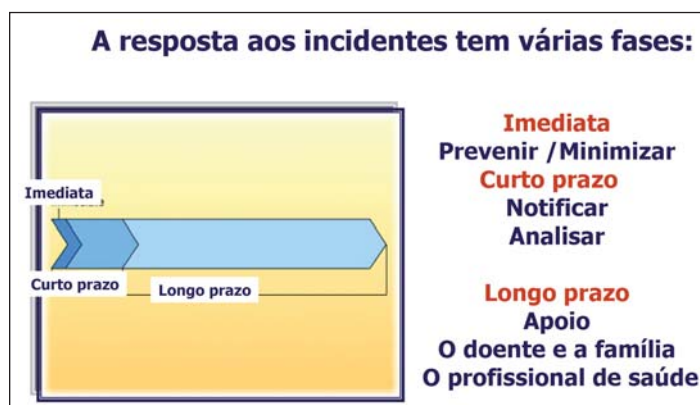


Figura 8

A prática clínica já não pode ser exclusivamente centralizada na interacção médico-doente. Nos serviços hospitalares existem uma série de processos que necessitam de ser urgentemente sincronizados. O doente é sempre o produto final de qualquer actividade e está sempre presente em todos os processos.

A moderna gestão hospitalar radica hoje num novo paradigma de gestão centrada na Qualidade como visão e desígnio na prestação de cuidados de saúde, centrada na participação e no bem estar

do doente, na prevenção e manuseamento do risco clínico, na infusão de uma cultura de segurança, no contexto de uma melhoria contínua da prática clínica e de uma administração clínica integrada e omnicomprensiva.

Uma cultura de Qualidade que requer a assumpção e a adesão clara aos seus princípios orientadores, o envolvimento empenhado das estruturas dirigentes e, sobretudo, um trabalho de equipa sério e comprometido em que todos são parte interessada, corpo clíni-

co, enfermeiros, pessoal administrativo e auxiliar e demais estruturas de suporte à administração hospitalar, e em que todos se sintam participantes activos.

Penso que serão os hospitais capazes de acompanhar a mudança e assumir esta «nova forma de estar» que «farão a diferença» no futuro.

Correspondência

Isabel Pedrito
ipedrito@netsolutions.pt

