

APLICAÇÃO DA ANÁLISE CAUSA RAIZ COMO FERRAMENTA PARA AUMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE INTERNADO

CHANG CHUNG SING WALDMAN
UNINOVE – Universidade Nove de Julho
changwaldman@yahoo.com.br

MARCIA CRISTINA ZAGO NOVARETTI
UNINOVE – Universidade Nove de Julho
mnovaretti@gmail.com

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA TEMA: GESTÃO DE SAÚDE

APLICAÇÃO DA ANÁLISE CAUSA RAIZ COMO FERRAMENTA PARA AUMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE INTERNADO

RESUMO

Erros ocorrem em qualquer instituição, envolve qualquer profissional e, na maioria das vezes, são passíveis de prevenção. O objetivo deste relato foi demonstrar que erros podem ser minimizados quando analisados em equipe. Utilizando a ferramenta análise causa raiz (RCA) em 49 eventos relacionados a erros de medicamentos e cirurgias suspensas ocorridas em 2013 em um hospital público, implantamos 29 ações corretivas, 30 rotinas de trabalho, reduzimos em 29% as notificações de cirurgia suspensa e zeramos a notificação referente à falha na embalagem unitária de medicamentos. A RCA trabalha de forma interdisciplinar, inclui pessoas que detêm conhecimento sobre os processos envolvidos no erro e pessoas com diferentes experiências e formação profissional. É um estudo que se concentra em sistemas e processos de trabalho e não no desempenho individual e sua característica é perguntar o que, por que e como aconteceu o fato. É reconhecido que a metodologia RCA apresenta limitações, mas os benefícios que podem ser derivados dela, devido ao raciocínio crítico sobre cada incidente, a implantação das ações corretivas, seu caráter preventivo e não punitivo, superam as suas fragilidades, e por isso a sugestão do seu uso na minimização dos riscos à segurança de pacientes de uma instituição.

Palavras chave: Segurança do paciente, Evento Adverso, Análise Causa Raiz

ABSTRACT

Errors may occur in any institution, involving any professional and, in most of the cases, are preventable. The objective of this report is to demonstrate that errors can be minimized when analyzed by an interdisciplinary team. Root cause analysis (RCA) was used in 49 events related to medication errors and canceled surgeries occurred in 2013 in a public hospital. We implemented 29 corrective actions, 30 work routines, reduced in 29% the notification number of surgery undertaken and zero out the notification regarding failure packaging. The RCA works in an interdisciplinary way includes people who hold knowledge about the processes involved in error events and people with different levels of experience and training. It is a study that focuses on systems and work processes and not on individual performance. The RCA characteristic is to ask what, why and how the fact happened. It is recognized that the RCA methodology has limitations, but the benefits that can be derived from it due to its critical thinking concerning each incident and the implementation of corrective actions, as well as its preventive and not punitive character, outweigh its weaknesses. Therefore, the suggestion is to use it to minimize the risks of an institution.

Keywords: Patient Safety, Adverse Event, Root Cause Analysis.

INTRODUÇÃO

O hospital em estudo pertence à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, está localizado na periferia do município de São Paulo, e tem como missão “Promover assistência segura à saúde, com respeito e ética aos usuários, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a busca contínua da excelência”.

É um hospital geral, de ensino e pesquisa, referência em nível terciário para poli traumatismo e gestação de alto risco para a população residente nesta região do município de São Paulo. Conta com 360 leitos, 12 salas cirúrgicas, sendo quatro para cirurgias ambulatoriais e um ambulatório com 30 especialidades. Sua área de abrangência é de 296 km², com uma população estimada em 2.000.000 habitantes. A região onde a instituição participante está localizada é bastante heterogênea, com distritos de elevado poder aquisitivo, repletos de prédios de alto padrão, com áreas luxuosas de lazer, ao lado de distritos com menos recursos, com casas populares e favelas, sem abastecimento de água e esgoto a céu aberto, semelhante às áreas mais carentes do município de São Paulo.

Para atender a essa população e cumprir com sua missão de ser referência para 140 estabelecimentos de serviços de saúde de uma Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, o hospital conta com aproximadamente 2240 servidores concursados, além de médicos residentes, internos de medicina, graduandos de diferentes cursos, e serviços terceirizados. O grande número de estudantes, a crescente demanda de trabalho e a remuneração inadequada, faz com que a rotatividade dos funcionários seja elevada. É um desafio a superar: trabalhar com limitação qualitativa de recursos humanos, realizar constantes capacitações, monitorar a utilização de protocolos e rotinas definidas pela instituição e gerenciar as falhas ocorridas nos processos de trabalho.

Frente a essa realidade, e preocupados em reduzir a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde, a Diretoria da instituição, em cumprimento a publicação da portaria 529 de 01 de abril de 2013 do Ministério da Saúde, oficializou o Comitê de Segurança do Paciente. Este comitê iniciou suas atividades em maio de 2013, elaborou seu regimento interno, definiu os componentes e começou a fazer parte da política institucional em todas as fases do cuidado do paciente. É uma tarefa que demanda tempo. Quando pensamos em segurança do paciente, é preciso estar atento não apenas à qualidade técnica, mas a todas as dimensões que afetam a percepção final do paciente e o seu nível de satisfação: é necessário respeito ao ser humano, atenção no cuidado à saúde, exatidão nas informações prestadas, clareza na definição do papel de cada servidor e integração entre os diversos setores.

Falhas ocorrem na assistência à saúde e a falha no cuidado ao paciente não é intencional, devendo ser analisada como decorrente de falhas na realização do processo de cuidado e não como erro decorrente da incompetência de algum membro da equipe multidisciplinar (Novaretti, Gallotti & Lapchik, 2013).

Na saúde, várias ferramentas têm sido utilizadas na análise de erros, em especial na gestão da qualidade. Dentre essas, destaca-se a análise causa raiz (RCA) que possibilita estudo caso a caso dos eventos notificados chegando até à origem e aos fatores interferentes no processo causal.

O objetivo deste relato é descrever a utilização da ferramenta RCA como estratégia para avaliar, prevenir falhas evitáveis e minimizar o risco de dano ao paciente internado.

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil temos pouco conhecimento em relação a dados de segurança e danos provocados na assistência hospitalar e na área da saúde como um todo. Estes dados devem existir, mas não são publicados. A implantação de um sistema de notificação de incidentes (Capucho & Cassiani, 2013) deve ser uma das ações prioritárias de um programa de

segurança do paciente que contemple, minimamente, metas para gestão de riscos envolvendo a assistência à saúde, tais como identificação correta de pacientes, redução de infecções hospitalares, cirurgias seguras, fármaco-vigilância, redução de quedas e prevenção de úlceras por pressão.

Assim, para garantir a qualidade da assistência à saúde oferecida e a segurança dos pacientes e profissionais, é necessário implantar o gerenciamento de risco, que tem como objetivo, detectar precocemente as situações que possam gerar consequências aos pacientes e familiares, aos profissionais de saúde, à organização e ao meio ambiente.

Partindo do princípio de que os processos operacionais, mesmo os mais simples, impactam no funcionamento do sistema, interferem na qualidade hospitalar e modificam a segurança ao usuário, é necessário conhecer e interpretar todo erro como ferramenta para implementar melhorias (Vecina & Malik, 2007). A prevenção passa a ser fator chave para a resolutividade das ações de saúde desenvolvidas, da qualidade e da confiabilidade da instituição perante a sociedade (Gallotti & de Assis, 2013).

A ferramenta análise de causa raiz (RCA) teve sua aplicação inicial no campo da engenharia, nas investigações de acidentes industriais, nucleares, aviação, sendo utilizado como estratégia para lidar com atividades de alto risco. É um modelo que leva a um entendimento muito mais amplo da causa do acidente, com menos foco no indivíduo que comete o erro e mais informações sobre fatores organizacionais pré-existentes. Em 1977 a *Joint Commission*, organização privada americana que credencia instituições hospitalares, adequou a metodologia para as instituições de saúde, com o intuito de garantir uma assistência à saúde segura.

A RCA é um método desenvolvido para auxiliar a identificar não apenas o que e como um evento ocorreu, mas também por que ele ocorreu. É um processo reativo, implementado após a ocorrência do incidente. A análise é feita por meio de questionamento detalhado do que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, até o momento em que todos os pontos críticos tenham sido identificados e analisados.

A RCA não é uma metodologia simples, utiliza-se de diferentes técnicas como: análise de barreiras, análise de mudanças, diagrama de Ishikawa, análise de Pareto, árvores das causas, entre outros, para elaborar a cadeia causal, partindo de um evento não desejado para encontrar as possíveis causas. A proposta da RCA não se resume em encontrar as causas de determinado evento, mas em tentar resolver o fato ocorrido (Teixeira & Cassiani, 2010).

Independente da técnica utilizada, o primeiro passo é identificar o problema, em seguida definir o problema. A seguir, realiza-se a coleta de dados de todos os fatos relacionados ao erro, faz-se uma descrição exata do erro, incluindo a sequência de eventos que levaram ao erro e discute-se todo o processo com os profissionais envolvidos. A riqueza da ferramenta está na sua natureza interdisciplinar, sendo que participam do processo pessoas envolvidas no evento e pessoas com diferentes níveis de experiência e formação profissional. Esse é o momento mais importante do processo de análise e investigação. É onde todos são estimulados a refletir sobre o que aconteceu, por que aconteceu e o que fazer sobre isto.

Na análise causa raiz não há preocupação em saber quem é o culpado, o objetivo está na identificação de todos os atos ou omissões ocorridas durante o processo de trabalho que levaram ao resultado indesejado. Importante ressaltar que a análise concentra-se em sistemas e processos e não em desempenhos individuais.

Uma vez identificadas medidas corretivas, novos processos ou redesenho dos processos existentes são desenvolvidos, recomendados e utilizados na prática, evitando assim, que o mesmo episódio volte a ocorrer (Teixeira & Cassiani, 2010).

Vários países têm utilizado a análise causa raiz como ferramenta para o gerenciamento de riscos na assistência à saúde. Nos Estados Unidos, o *United States Veterans Affairs National Center for Patient Safety* (NCPS), tem utilizado a RCA como método para

identificar problemas, analisar incidentes críticos e gerar melhorias no sistema. Um estudo desenvolvido em 139 centros médicos do *Department of Veterans Affairs*, apresenta como resultado que os departamentos maiores, com maior orçamento, que realizaram mais RCAs por ano, empreenderam mais ações corretivas que os departamentos menores e que realizaram menos RCAs (Percarpio & Watts, 2013).

Em 2004, surge na Inglaterra o Protocolo de Londres, elaborado por Charles Vincent e Sally Taylor-Adams. À semelhança do RCA, esse protocolo coleta dados do evento, discute os fatos ocorridos, identifica os fatores associados que contribuíram para a ocorrência do problema, propõe e adota ações de correção (Silva, Teixeira, & Cassiani, 2009). Os autores adotaram para esta abordagem um termo mais amplo, análise de sistemas. Instituições brasileiras de saúde tem utilizado esta ferramenta, mas nesse relato optamos em utilizar RCA, tendo em vista que o Protocolo de Londres propõe como meio para coleta de dados do incidente, a entrevista com os envolvidos, e, no nosso caso, a entrevista é um recurso que demanda tempo, pessoal qualificado e específico para essa atividade e de difícil aplicação na instituição.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A história do hospital tem início no período de 1930 a 1940, por meio de um decreto, quando é fundado, no município de São Paulo, o primeiro hospital governamental especializado em tratamento de determinada patologia infecto contagiosa. Numa área de 137 mil m², aos pés de uma serra e localizado em um bairro afastado do centro do município de São Paulo, o hospital começou suas atividades com três pavilhões, onde se distribuíam 86 leitos destinados a pacientes adultos. No ano seguinte, com a construção de mais um Pavilhão, ampliou sua capacidade para 180 leitos, incorporando a assistência infantil.

Naquela época, como não havia medicamento específico para esta doença, o tratamento era predominantemente cirúrgico. Eram realizadas grandes ressecções, na tentativa de eliminar a doença, ou então, contava-se com a cura espontânea da doença através do regime higienodietético. A alternativa cirúrgica permitiu o tratamento das várias formas da doença e em todas as idades. A cirurgia realizada desde os primórdios do hospital foi melhorando à medida que o hospital foi adquirindo melhores equipamentos e instalações, chegando a se tornar o maior centro cirúrgico especializado e de referência no Estado de São Paulo à época. É desse período, 1950, que surge o envolvimento da instituição com ensino e pesquisa.

Com a incorporação de uma chácara, de família estrangeira que residia nas imediações, ampliou-se a sua área física, e em 1950, sua capacidade atingiu 446 leitos, tendo seu nome alterado. Assim funcionou até 1986, quando foi transformado em Hospital Geral. Foi o início de uma nova era para o atendimento de saúde na região. Nesta época foi criado o Pronto Socorro Adulto, e, em 1997 o hospital passou a ser conhecido com a sua denominação atual. Novas mudanças estruturais ocorreram, houve expansão de sua área física, foi definido o atual organograma institucional e, em 2012 finalmente foi entregue o atual hospital.

Atualmente é um hospital voltado ao ensino e pesquisa, é referência em poli traumatismo e gestação de alto risco para a população residente em sete distritos administrativos, totalizando mais de dois milhões de habitantes. Por estar localizada em uma área privilegiada, de fácil acesso ao transporte público, à procura pelo Pronto Socorro, internação e atendimento ambulatorial são grandes. Associada a esta facilidade, a região conta também com áreas de grande fluxo de pessoas, é próximo a um aeroporto, a um terminal rodoviário, conta com parques públicos, espaço para eventos, e em momentos de datas festivas, é o hospital de referência. Outro fator importante é a proximidade a grandes rodovias estaduais e federais, o que sobrecarrega o Pronto Socorro com casos de cirurgia de trauma/ortopedia, neurologia e casos clínicos graves.

Os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento em estabelecimentos de serviços de saúde têm sido descritos e estudados, e não é diferente no hospital. Desde 2013 a instituição vem discutindo o entendimento sobre segurança do paciente, as falhas observadas nos processos de trabalho e a necessidade de dimensionar o problema.

A utilização de boas práticas e a redução dos erros decorrentes da assistência à saúde é fundamental para a garantia de uma assistência segura. Na tentativa de melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à segurança do paciente, a instituição vem trabalhando nas três frentes preconizadas por ANVISA: a assistência à saúde, embora seja de alto risco, ela pode ser planejada para prevenir o dano; comprometimento da instituição para detectar o erro e aprender com ele; e ambiente que gerencia os erros. Em 2013 realizamos seminários referentes à segurança do paciente, dando ênfase na contínua promoção de um ambiente seguro e o envolvimento e participação de cada profissional no alcance deste objetivo, reforçando a importância da notificação voluntária de toda falha ocorrida durante o processo de trabalho.

Apesar de a instituição pesquisada ser hospital de ensino, referência para poli traumatismo e gestação de alto risco, não é rotina dos profissionais se preocuparem com a notificação de eventos adversos.

Faz-se necessário, assim, conhecer a realidade do hospital quanto à ocorrência de agravos à saúde. Em agosto de 2013 foi implantado um sistema de notificação de agravos, e das 146 notificações realizadas no ano de 2013 (vinte e quatro notificações ao mês), encontramos falhas em várias etapas do processo de trabalho. Resultados preliminares da análise desses dados indicam 12,3% relacionadas a erros de medicamentos, 18,5% relacionadas à falha na comunicação, 21,2% relacionadas a cirurgias suspensas e 27,9% relacionadas à estrutura física e organização institucional.

O objetivo deste estudo foi identificar e propor ações corretivas frente às notificações de eventos adversos relacionados a erros de medicação e eventos adversos relacionados a cirurgias suspensas durante o segundo semestre de 2013. É um estudo descritivo e a abordagem metodológica utilizada foi o desenvolvimento de um plano de ação, tendo como ferramenta, a análise causa raiz (RCA), método que investiga as causas e fatores interferentes na ocorrência do erro/falha. A ferramenta RCA tenta identificar o que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, o que pode ser feito para impedir que isso aconteça de novo e se as ações implementadas efetivamente aprimoraram a assistência à saúde oferecida na instituição.

Para alcançar esses objetivos, a RCA trabalha de forma interdisciplinar, inclui pessoas que detêm conhecimento sobre os processos envolvidos no evento e pessoas com diferentes níveis de experiência e formação profissional. É um estudo que se concentra em sistemas e nos processos de trabalho e não no desempenho individual e sua característica é perguntar o que e por que aconteceu o fato. As perguntas são realizadas até que todos os aspectos do processo e todos os fatores que contribuíram para o incidente tenham sido analisados.

Para o desenvolvimento da RCA a primeira etapa é a organização de uma equipe de trabalho. A equipe que participou do estudo é composta pelos profissionais envolvidos no agravo, profissional da área de qualidade, representante da instituição com poder de autoridade para tomada de decisão e profissional que possui experiência prática ou capacidade de liderar uma RCA.

A segunda etapa é o momento da coleta de dados sobre o que aconteceu, e como aconteceu. Nesta fase deve ser feita uma descrição detalhada do incidente, incluindo a cronologia dos fatos. É uma etapa que pode ser feita de diversas maneiras: entrevista, visita no local do incidente, levantamento de prontuário. No relato em questão, a coleta de dados foi feita em encontros com a equipe de trabalho das diversas gerências da instituição pesquisada, em dia e hora previamente acordados junto aos envolvidos.

A terceira etapa é o registro dos dados coletados. Em uma RCA aplicada de forma adequada, nessa etapa são identificadas as possíveis causas de um determinado efeito. Optamos neste estudo em utilizar o diagrama de causa e efeito conhecido como Diagrama de Ishikawa e agrupamos as causas em seis categorias: fator humano/comunicação; fator humano/treinamento; fator humano/fadiga/escala de trabalho; ambiente/equipamento; política/procedimentos; barreira/defesas que impediriam o incidente.

A quarta etapa ocorre quando a equipe julgar concluída a identificação das causas. Para cada causa raiz identificada é elaborado um plano de ação contendo o que será feito, como será feito, quando será feito, quem vai fazer, por que vai fazer, onde será feito, quanto será o custo. Esta planilha é também conhecida como 5W2H.

A última etapa é a avaliação da efetividade das ações tomadas. Como em qualquer atividade de melhoria da qualidade, a efetividade das recomendações deve ser medida para verificar se as alterações propostas ajudaram a reduzir o risco.

Para este relato apresentaremos a análise causa raiz de eventos adversos relacionados a medicamentos e relacionados às cirurgias suspensas notificadas à gestão de risco da instituição pesquisada entre agosto e dezembro de 2013. Os dados quantitativos serão apresentados em tabelas com números absolutos e percentuais.

Como na literatura há várias definições e classificações sobre erros de medicação, para este estudo, utilizamos como definição, todo incidente que possa ocorrer durante as três principais fases do processo de medicação, ou seja, prescrição, dispensação e administração.

O Ministério da Saúde, em 2008, inicia campanha destinada à segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, tendo em vista a potencialidade para ocorrência de incidentes, sendo os principais, cirurgia em sítio errado, complicações anestésicas, infecção de ferida pós-operatória, corpo estranho deixado no corpo do paciente durante o procedimento, hemorragia pós-operatória e problema respiratório pós-operatório. Incluímos e analisamos no nosso relato, os pacientes que tiveram incidentes no centro cirúrgico e que culminaram com a suspensão da cirurgia. Priorizamos este fato, considerando sua frequência na instituição e a situação emocional do paciente, preparado para o ato cirúrgico e que recebe a notícia da suspensão de sua cirurgia no centro cirúrgico, lembrando ainda, o custo da cirurgia suspensa e a ociosidade no centro cirúrgico.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

No período de janeiro a maio de 2014, foram notificados 154 incidentes, dando uma média de 31 notificações mês, ou seja, 29,2% de aumento ao mês, incremento esse, decorrente do maior envolvimento dos profissionais com a qualidade e segurança da assistência oferecida.

Na tabela 1 apresentamos a distribuição das 18 notificações de erros de medicamentos.

Tabela 1:

Distribuição dos tipos de erros de medicamento identificados no hospital participante do estudo, período de agosto a dezembro de 2013.

Tipos de erros	Número	%
Dispensação inadequada	10	55,6
Medicamento semelhante	03	16,7
Erro de horário	03	16,7
Omissões	01	5,5
Paciente errado	01	5,5
Total	18	100

Fonte: Ficha de notificação de evento adverso do hospital participante

Relataremos em seguida a análise causa raiz realizada com os tipos de erros de medicamentos e que geraram 14 ações corretivas e nove rotinas implantadas.

A dispensação inadequada foi a falha mais frequente detectada no período de estudo (10 casos, 55,6%). Quanto à dispensação de medicamentos realizada de modo inadequada, verificamos na RCA que houve dispensação inadequada de medicamento identificado e embalado por unidade pela farmácia. A farmácia estava embalando dose unitária de vários medicamentos ao mesmo tempo, o que levou à distribuição de baclofeno 10 mg no lugar de cilostazol 100 mg. Para evitar novos eventos adversos relacionados a essas drogas, todas as gerências foram informadas quanto ao incidente relacionado à embalagem de dose unitária; o medicamento embalado e identificado como cilostazol foi recolhido no dia da notificação e, a partir desta data, a farmácia passou a embalar um medicamento de cada vez, sob a supervisão de um farmacêutico. Foi elaborado um livro de controle, com nome do medicamento, lote, data de validade, quantidade a ser embalada em dose unitária, e responsável pela supervisão da embalagem unitária. Com a implantação de oito ações corretivas e elaboração de cinco rotinas, até a presente data, não recebemos mais notificações de erros de medicação relacionada à embalagem unitária de medicamentos.

Durante o período estudado, foi possível identificar, via RCA medicamentos semelhantes (03 casos, 16,7%). A RCA observou ampolas semelhantes (cloridrato de ondansetrona e fenitoina sódica) e frascos semelhantes (Bepeben e Androcortil) que poderiam levar a erros de dispensação. Com a implantação de quatro ações corretivas e elaboração de três rotinas para evitar eventuais falhas na dispensação, a farmácia da instituição passou a identificar todo estoque de ampolas e frascos de injeção semelhantes com rótulo especial, a estocagem na farmácia passou a ser realizada em prateleiras distantes, segregando apropriadamente os produtos e a equipe de gestão de risco encaminhou notificação de queixa técnica de medicamento ao Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Referente a erro de horário na administração de medicamentos, a RCA evidenciou que o erro estava relacionado à transferência de paciente para outro setor ou leito em três casos (16,7%) neste estudo. Como plano de ação (duas ações corretivas e uma rotina), foi reforçada a importância da comunicação efetiva entre os diversos setores da instituição e entre as diversas equipes de plantão. A partir da análise de RCA e das medidas corretivas e preventivas, todo paciente transferido para outro setor é encaminhado com sua medicação prescrita para o dia da transferência.

Outra notificação que gerou RCA foi relativa às omissões da equipe de enfermagem na administração de medicamento, detectada em dois casos (11,1%). A RCA evidenciou que as omissões ocorreram durante o período de passagem de plantão. Esses erros podem ser gerenciados através da supervisão diária do enfermeiro junto ao corpo de enfermagem. O hospital vem se estruturando para implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, instrumento que organiza, operacionaliza e documenta o trabalho profissional do enfermeiro.

A falha na identificação do paciente foi outra causa de erro em um caso no período analisado, que motivou notificação e posterior RCA. A RCA observou que o profissional de enfermagem não confirmou o nome do paciente, administrando a medicação de outro paciente. O uso da pulseira de identificação contendo duas informações do paciente é rotina na instituição, porém, nesse caso, houve uma falha da enfermagem em não confirmar o nome do paciente.

Resultados interessantes foram descritos no estudo realizado em 2010 em cinco maternidades públicas da Argentina. Os autores utilizaram a RCA como ferramenta para explorar os fatores relacionados à morte de recém-nascidos. A principal causa de morte foi malformação congênita (38%), seguida por infecção intra-hospitalar (27%). A RCA das dimensões institucionais (ambiente físico, equipamentos, fatores externos, capacitação,

recursos humanos), esteve presente em 48% das mortes. O estudo alerta para a necessidade de estratégias de capacitação e fortalecimento dos recursos humanos de cada maternidade (Fariña et al., 2012).

Para corroborar os achados deste relato, no Brasil, estudo realizado por Teixeira e Cassiani em seis hospitais brasileiros, utilizando a ferramenta RCA para analisar 70 eventos, identificou 74 erros de medicação, sendo os mais frequentes, erros de dose (24,3%), erros de horário (22,9%) e medicamentos não autorizados (13,5%). Com essa análise as autoras identificaram múltiplos fatores que contribuíram para a ocorrência dos erros e estratégias e recomendações foram apresentadas para evitá-los (Teixeira & Cassiani, 2010).

Na tabela 2 apresentamos a distribuição das 31 notificações de cirurgias suspensas.

Tabela 2:

Distribuição dos motivos que levaram à suspensão da cirurgia no hospital participante, período de agosto a dezembro de 2013.

Motivos de suspensão	Número	%
Material inadequado	13	42,0
Material com sujidade	09	29,0
Falta sala cirúrgica	04	12,9
Falta de anestesista	03	9,7
Condições do paciente	02	6,4
Total	31	100

Fonte: Ficha de notificação de evento adverso do hospital participante

Relataremos em seguida a análise causa raiz realizada com os motivos de suspensão de cirurgia e que geraram 15 ações corretivas e 21 rotinas implantadas.

A causa mais comum que levou à suspensão de cirurgias no hospital estudado foi material inadequado, 13 casos (42%). A RCA observou que das nove empresas contratadas para entrega de material consignado, três empresas estavam descumprindo o acordado em contrato, ou seja, entrega de material em horário incompatível para que a esterilização fosse completada em tempo hábil; entrega de caixa cirúrgica faltando itens; entrega de caixa cirúrgica contendo itens de outros tipos de cirurgia; instrumentador ausente no ato cirúrgico. Um plano de ação (cinco ações corretivas e sete rotinas) foi elaborado, as empresas foram contatadas e notificadas quanto à necessidade de cumprirem com seus compromissos, foi definido horário limite para entrega das caixas cirúrgicas, as caixas cirúrgicas passaram a ser entregues com relação dos itens existentes nas caixas, e contamos hoje com o cadastro dos instrumentadores que acompanharão as cirurgias.

Outra causa para cancelamento de cirurgias observado neste estudo foi a ocorrência de material com sujidade (09 casos, 29%), o que motivou a investigação e posterior discussão sobre diversos problemas que vem ocorrendo no Centro de Material Esterilizado da instituição pesquisada. Foram definidos alguns itens prioritários a serem providenciados pela administração do hospital participante deste estudo: necessidade de aquisição de lavadora ultrassônica e renovação do contrato de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos (processos em fase de licitação); readequação e capacitação dos servidores do setor (realizada em dezembro de 2013); a instituição adquiriu escovas para limpeza de material canulado e outros itens de difícil higiene; houve a solicitação da aquisição de fitas de teste biológico que valida o material em uma hora possibilitando a liberação das caixas de órteses e próteses de urgência e a solicitação de água quente nas torneiras do setor, o que será de difícil solução, tendo em vista a necessidade de sistema hidráulico de cobre no setor. Apesar de ter sido executada oito ações corretivas e treze rotinas, vários itens serão de difícil solução, pois está na dependência de uma ampla reestruturação do setor, o que demanda custo e tempo.

Para a detecção da falta de salas cirúrgicas no hospital pesquisado (04 casos, 12,9%), a RCA concluiu que não há solução a ser implementada no momento que venha resolver completamente esse problema. As cirurgias eletivas, se necessário, serão substituídas pelas cirurgias de emergência, uma vez que não há como recusar o atendimento a emergências quando a instituição é um hospital de referência. Uma ação corretiva discutida na RCA e colocada em prática foi liberação de um período cirúrgico ambulatorial por semana para cirurgias de médio porte. Entendemos que, com a inclusão de um período cirúrgico ambulatorial e a redução no número de cirurgias suspensas, é possível minimizar a questão de falta de sala cirúrgica.

A falta do médico anestesista foi descrita em três casos (9,7%). Na reunião de RCA, com a participação do gestor da área de anestesia, foi adequada a escala diária de médico anestesista. Esperamos que, com essa ação corretiva, o erro seja mitigado completamente.

Uma causa de suspensão de cirurgia foi falta de condições de saúde dos pacientes que apresentavam no momento pré-operatório complicações que impediam a realização das cirurgias naquele momento (02 casos, 6,4%). Na RCA foi verificado que os pacientes estavam com pressão alta e que no prontuário não constava avaliação pré-anestésica. Em acordo com o gestor do contrato de anestesistas, foi elaborado uma rotina e acordado a obrigatoriedade da avaliação pré-anestésica antes de cada cirurgia.

Em outra pesquisa realizada em hospital universitário, foi identificada a necessidade de implantar um protocolo para cirurgia segura, considerando que é frequente ocorrer erros e eventos adversos em centro cirúrgico (Vendramini, Silva, Ferreira, Possari, & Baia, 2010).

Em relação às notificações, após esse estudo, detectamos, na instituição participante, uma redução no número de notificações referentes às cirurgias suspensas, passando de 31 para 22 (redução em 29%). Em relação às queixas referentes aos erros de medicamentos, houve aumento no número de notificações, de 18 para 25 (aumento de 38,9%). Foram executadas vinte e nove ações corretivas e implantadas trinta rotinas para os diversos setores do hospital, com o envolvimento de 156 servidores de diversas categorias.

CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA SOCIAL

Quando se fala em segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos é um requisito. É uma tarefa difícil, mas necessária. Uma das maiores contribuições desse estudo é a efetivação de vinte e nove ações corretivas, elaboração e implantação de trinta rotinas e o envolvimento de 156 profissionais de diversas categorias. Essas ações corretivas e as rotinas elaboradas levaram à redução em 29% no cancelamento de cirurgias e zero de notificação relacionada à falha na embalagem unitária de medicamento.

Apesar da importância dos resultados obtidos, algumas limitações devem ser mencionadas e consideradas em outras investigações: o estudo foi realizado em um único hospital, trabalhamos a RCA em 49 notificações e tempo de acompanhamento curto em relação às ações propostas, ou seja, 90 dias.

Entendemos que o aumento no número de notificações de erro de medicação não evidencia piora do serviço, mas sim, adesão do profissional à assistência segura ao paciente. Esta preocupação com a qualidade e segurança na assistência também foi observada durante os eventos comemorativos Dia da Enfermagem, e Semana de Humanização, com a participação de mais de 450 profissionais, momento em que gestão de risco e segurança do paciente foi amplamente discutida.

Uma limitação da RCA no nosso estudo é que não houve envolvimento do paciente, mesmo sabendo que em determinadas situações eles têm muito a acrescentar, como na segurança de medicações, nas transferências de unidades, e nas passagens de plantão. Esforços devem ser implementados de modo a inserir o paciente e seus familiares/cuidadores nos processos que envolvem a segurança do paciente.

É reconhecido que a metodologia RCA apresenta limitações, mas os benefícios que podem ser derivados dela, devido ao raciocínio crítico sobre cada incidente ocorrido, a implantação das ações corretivas que evitam a ocorrência desses incidentes, seu caráter preventivo, superam as suas fragilidades, e por isso essa análise foi utilizada nesse estudo.

A experiência mostra que a responsabilidade em oferecer uma assistência à saúde segura ao paciente não é só dos profissionais que prestam assistência, mas de todos os componentes do sistema: deve envolver o gestor, a administração, as lideranças, os colaboradores, a instituição em geral, o paciente, o familiar e a comunidade.

Fica como desafio pesquisar o recurso gasto com cirurgias suspensas decorrentes de falhas controláveis e acompanhar a implantação do protocolo de cirurgia segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. D. B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 791–798.
- Fariña, D., Rodríguez, S., Vaihinger, M., Salva, V., Porto, R., Ganduglia, M., & Naves, M. (2012). Mortalidad neonatal: análisis causa raíz: estudio prospectivo de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades seleccionadas del sector público de la República Argentina. *Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda*, 31(3), 117–124.
- Gallotti, R. M. D., & De Assis, S. F. M. Os eventos adversos em unidade de terapia intensiva e o gerenciamento dos riscos das operações de serviços. A intersectorialidade na gestão da assistência à saúde. XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, Tema: Operações em organização de saúde, SIMPOI, 2013.
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(4), 825–39.
- Novaretti, M. C. Z., Gallotti, R. M. D., & Lapchik, M. S. Identificando os riscos da sobrecarga de trabalho da enfermagem na gestão de pacientes críticos. XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, Tema: Operações em organização de saúde, SIMPOI, 2013.
- Percarpio, K. B., & Watts, V. (2013). A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Utilization of Root Cause Analysis and Patient Safety at 139 Department of Veterans Affairs Medical Centers. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(1), 32–37.
- Silva, A., Teixeira, T. C. A., & Cassini, S. H. B. (2009). Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA—análise do modo e efeito da falha e RCA—análise de causa raiz. *Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari.*
- Teixeira, T. C. A., & Cassiani, S. H. de B. (2010). Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*, 44(1), 139–46.
- Vendramini, R. C. R., Silva, E. A., Ferreira, K., Possari, J. F., & Baia, W. R. M. (2010). Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Rev esc enferm USP*, 827–832.