

# A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADESÃO AO PROTOCOLO DA CIRURGIA SEGURA

*The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol*  
*La cultura de seguridad del paciente en la adhesión al protocolo de cirugía segura*

Arminda Rezende de Pádua Del Corona<sup>1</sup>, Aparecida de Cássia Giani Peniche<sup>2</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Analisar o papel determinante da cultura de segurança do paciente na adesão do Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde realizado pelas equipes cirúrgicas nas organizações de saúde. **Método:** Trata-se de uma reflexão teórica crítica, fundamentada em revisão narrativa da literatura científica. **Resultados:** O movimento mundial da segurança do paciente, promovido em 2004 pela Organização Mundial da Saúde, culminou com o Segundo Desafio Global “Cirurgia Segura Salva Vidas”, levando o governo brasileiro a lançar, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no qual instituiu o Protocolo para Cirurgia Segura. **Conclusão:** É necessário mudar o paradigma da cultura da culpabilização para uma cultura justa diante dos incidentes relacionados aos cuidados em saúde para que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica inserida nesse protocolo seja reconhecida e valorizada pelas equipes cirúrgicas.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Cultura organizacional. Lista de checagem. Liderança.

**ABSTRACT:** **Objective:** To analyze the determining role of the patient safety culture in the adherence to the Safe Surgery Protocol of the Ministry of Health, by the surgical teams in healthcare organizations. **Method:** It is a theoretical critical reflection, grounded in narrative review of the scientific literature. **Results:** The global movement of the patient safety promoted in 2004 by the World Health Organization, led to the Second Global Challenge “Safe Surgery Saves Lives”, leading the Brazilian government to launch in 2013, the National Patient Safety Program, in which established the Protocol for Safe Surgery. **Conclusion:** It is necessary to change the paradigm of the blaming culture for a fair culture in the face of the incidents related to health care, so that the Surgical Safety Checklist inserted in this protocol is recognized and valued by the surgical teams.

**Keywords:** Patient safety. Organizational culture. Checklist. Leadership.

**RESUMEN:** **Objetivo:** Analizar el papel determinante de la cultura de seguridad del paciente en el protocolo de adhesión de cirugía Segura del Ministerio de Salud realizadas por los equipos quirúrgicos en las organizaciones sanitarias. **Método:** Se trata de una reflexión teórica fundamental, basada en la revisión narrativa de la literatura científica. **Resultados:** El movimiento global de la seguridad del paciente promovido en 2004 por la Organización Mundial de la Salud, llevaron a la Segunda reto global “Cirugía Segura Salva Vidas”, haciendo con que el gobierno brasileño pusiera en marcha, en 2013, el Programa Nacional de la Seguridad del Paciente, en el que ha establecido el Protocolo de Cirugía segura. **Conclusión:** Es necesario cambiar el paradigma la cultura de culpabilidad para una cultura justa delante de los incidentes relacionados con el cuidado de la salud, de manera que la lista de verificación de seguridad quirúrgica de ese protocolo sea reconocida y valorada por los equipos quirúrgicos.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Lista de verificación. Liderazgo.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROESA. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (USP). E-mail: arminda.del@usp.br. Av. Costa e Silva s/n, Unidade 12/CCBS, Campus Universitário da UFMS. CEP: 79090-900, Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Professora Doutora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: ghpe@usp.br

Recebido: 01 jun. 2015 – Aprovado: 27 ago. 2015

DOI: 10.5327/Z1414-4425201500030009

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente acontece há milhares de anos, desde Hipócrates (460 a 370 a.C.), quando apontou a máxima *primum non nocere*, compreendida como “primeiramente, não cause dano”. Apesar da autoria desse princípio latino ser questionada, muitos estudiosos se apoiam nele por considerarem que, desde a Antiguidade, aqueles que assistiam os doentes já tinham a percepção de que os cuidados de saúde não estavam isentos de falhas por parte dos profissionais<sup>1</sup>.

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), na qual “segurança do paciente” foi definida como “a redução do risco de danos desnecessários com os cuidados de saúde, para um mínimo possível”<sup>2</sup>. Já “danos desnecessários” foram definidos como “dano resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde”<sup>2</sup>.

Retornando à História, no transcorrer dos séculos, a humanidade conheceu um enorme desenvolvimento de cuidados cada vez mais complexos na área da saúde, entretanto, com demandas crescentes que elevaram o potencial de ocorrência de incidentes, havia também erros ou falhas humanas<sup>3</sup>. Um exemplo clássico desse contexto é a cirurgia, que possui uma história de pouco mais de 500 anos e, nos últimos 50 anos, vem passando por um avanço substancial em vários aspectos<sup>4</sup>.

Por outro lado, grande percentual da população não usufrui dos benefícios desses avanços, uma vez que os serviços de cirurgia são distribuídos de maneira desigual, pois apenas 30% da população mundial recebe 70% dos tratamentos cirúrgicos extensos. A falta de acesso à assistência cirúrgica de alta qualidade é um problema importante em grande parte do mundo, apesar de as cirurgias serem lucrativas aos países, do ponto de vista econômico, quando se diz respeito a salvar vidas e a evitar incapacidades produtivas<sup>5</sup>.

Ainda que os tratamentos cirúrgicos visem salvar vidas, as falhas na segurança e os riscos não controlados durante a assistência cirúrgica podem causar danos, muitas vezes, irreparáveis aos pacientes.

Em 2010, a OMS divulgou que países industrializados relataram a ocorrência de complicações importantes em 3 a 16% dos pacientes internados: as taxas de incapacidade permanente e morte chegam de 0,4 a 0,8%. Nos países em desenvolvimento, os estudos relatam taxa de mortalidade de

5 a 10% em cirurgias extensas. Estima-se, também, que, no mínimo, 7 milhões de pacientes sofram complicações cirúrgicas a cada ano e que, pelo menos, 1 milhão de pacientes morrem durante ou após o tratamento cirúrgico. Isso vem causando implicações significativas na saúde pública<sup>5</sup>.

No Brasil, estudo de revisão de prontuários de pacientes admitidos em 2003 em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro apontou incidência de eventos adversos cirúrgicos de 3,5% e, desse percentual, 68,3% foram considerados evitáveis<sup>6</sup>. Já estudo piloto realizado em hospitais de Portugal mostrou eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos em 27% do total da amostra<sup>7</sup>.

Nos países desenvolvidos, já se conhece a proporção e as consequências desses eventos, tanto para as pessoas quanto para os sistemas de saúde, incluindo o alto custo financeiro e o aumento da morbidade e da mortalidade. No entanto, nos países em desenvolvimento, ainda há escassos estudos e pouco controle das agências reguladoras sobre os problemas associados às cirurgias.

Na avaliação de especialistas em segurança do paciente, “os procedimentos cirúrgicos errados, em local errado, em paciente errado são eventos que nunca deveriam ocorrer”<sup>8</sup>. Com os recursos e o conhecimento que hoje a área cirúrgica possui, torna-se inadmissível esse tipo de complicação, classificada como *never event*, ou seja, um evento que nunca deveria ocorrer<sup>8</sup>.

Fatores determinantes que comumente contribuem para a ocorrência desses incidentes graves na assistência cirúrgica são relacionados à estrutura organizacional e humana, como: inexperiência do cirurgião, baixo volume hospitalar de cirurgia, carga excessiva de trabalho e fadiga dos profissionais, tecnologia inadequada, deficiência na supervisão de estagiários, falhas na comunicação entre os profissionais, horário de realização do procedimento e falhas administrativas<sup>9</sup>.

Esses fatores constituem-se as dimensões da cultura de segurança do paciente que uma organização estabelece e solidifica ao longo dos anos. Mas há outro aspecto da cultura de segurança muito sólido na área da saúde: trata-se da crença de que o profissional da saúde é infalível e, com isso, os incidentes, com ou sem danos, ainda são dificilmente relatados pelos profissionais, pois sua competência será questionada.

Nesse sentido, é importante refletir sobre a necessidade das lideranças nas organizações de saúde em fortalecer a cultura de segurança do paciente como uma estratégia indutora na implantação de diretrizes e protocolos clínico-cirúrgicos, com vistas a garantir cuidados em saúde livre de danos aos pacientes.

## OBJETIVO

Analisar o papel determinante da cultura de segurança do paciente e a importância de fortalecê-la na cultura organizacional das instituições de saúde com vistas a melhorar a adesão ao Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde (MS) pelas equipes cirúrgicas nas organizações de saúde do país.

## MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórico-crítica sobre o papel determinante da cultura de segurança do paciente na adesão ao Protocolo para Cirurgia Segura/MS – RDC-36/2013 pelas equipes cirúrgicas nas organizações de saúde a partir de uma revisão narrativa da literatura científica sobre o movimento mundial de segurança do paciente e nas normas reguladoras da área de segurança do paciente vigentes do governo brasileiro.

O período de coleta dos dados ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2014. Na estratégia de busca, foram incluídos estudos primários publicados no período de 2004 a 2014 e indexados no portal Saúde Baseada em Evidências e Periódicos da CAPES, utilizando os descritores em Português: segurança do paciente, cultura organizacional, lista de checagem e liderança, com o operador booleano “OR”.

A análise dos estudos extraídos foi concluída e fundamentada nas publicações da OMS e as normas regulamentadoras da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como na literatura em geral, como livros, dissertações e teses, visando cumprir o objetivo proposto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Histórico da segurança do paciente: um movimento mundial

O desenvolvimento da segurança do paciente acompanha a evolução das ciências médicas e biológicas no transcorrer da história da humanidade, na qual figuras a frente de seu tempo deixaram suas contribuições e descobertas que propiciaram o conhecimento utilizado atualmente. São algumas dessas figuras: Hipócrates, Galeno, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Louis Pasteur, Robert Koch e Joseph Lister. Esses nomes deixaram grandes legados para segurança do paciente, apesar de muitos terem suas teorias e estudos questionados e incompreendidos pelas academias da época<sup>10</sup>.

No século XX, destacou-se a iniciativa de avaliação dos resultados das cirurgias pelo cirurgião americano Ernest Codman (1869-1940), que demonstrou uma preocupação com a segurança do paciente cirúrgico. Outro profissional que muito contribuiu com seus estudos de avaliação da qualidade da prestação de cuidados foi Avedis Donabedian (1919-2000), para quem a segurança do paciente era uma dimensão da qualidade em seu estudo.

O estudo retrospectivo do *Harvard Medical Practice Study II*, realizado em 1984 em Nova Iorque pelo pesquisador Lucian Leape e seus colaboradores, tornou mais conhecida a dimensão dos problemas da segurança do paciente hospitalizado. Em uma amostra aleatória de 30 mil prontuários, 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente evitável<sup>10</sup>.

No entanto, o maior avanço em estudos, pesquisas e diretrizes relacionadas à segurança do paciente aconteceu a partir do relatório *To err is human: building a safer health system*, publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), em 1998, o qual estimou que entre 44 e 98 mil americanos morrem por ano devido a erros na assistência à saúde<sup>1</sup>.

Após a publicação desse relatório, vieram outros do IOM e do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Foram lançadas as campanhas *100,000 Lives Campaign* e *5 Million Lives Campaign*, constituindo-se iniciativas que estimularam instituições do mundo todo a implementarem melhorias na segurança do paciente e na qualidade da assistência<sup>11</sup>.

Assim, no início do século XXI, foram criadas agências de segurança do paciente no Reino Unido, Canadá, Austrália e Dinamarca, as quais tinham, dentre outras competências, a busca pelo diálogo sobre qualidade e segurança do paciente entre a OMS e o governo desses países<sup>12</sup>.

A partir dessas evidências e da magnitude do problema de segurança do paciente, durante a Resolução da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2002, a OMS suscitou o movimento global pela segurança do paciente, formulando e lançando as campanhas mundiais *World Alliance for Patient Safety* (2004), *Clean is Safer Care* (2005) e *Safe Surgery Saves Lives* (2008)<sup>13</sup>.

No Brasil, os órgãos de controle de infusões de hemocomponentes e prevenção de infecções hospitalares, assim como os serviços de anestesia, destacaram-se como pioneiros em medidas e práticas seguras que promoveram a segurança do paciente<sup>14</sup>.

Dentre as ações específicas e voltadas ao campo da segurança do paciente no país, cabe destacar iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde (MS), como a criação da Rede Sentinela, em 2002, e do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipós), pela Portaria 1.660/2009<sup>15</sup>.

Neste contexto, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM 529, de 1º de abril de 2013. Esse programa tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de assistência à saúde e de acordo com a agenda política dos Estados-membros da OMS<sup>14</sup>.

No mesmo semestre em 2013, o MS ampliou as diretrizes do PNSP, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 da ANVISA, exigindo dos serviços de saúde a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, com vistas a executar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Também foram estabelecidos os seis protocolos de cuidados: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas<sup>16</sup>.

## Safe Surgery Saves Lives - Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente da OMS

Embora a assistência cirúrgica venha conquistando importantes avanços nas últimas décadas, os resultados da qualidade e da segurança em cirurgia são diferentes em todas as partes do mundo, o que faz com que as complicações dos cuidados cirúrgicos se tornem importante causa de morte e invalidez no mundo<sup>5</sup>.

Segundo dados de 56 países, em 2004, o volume anual de cirurgias extensas foi estimado entre 187 e 281 milhões, o que representou, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Trata-se de um volume amplo e com implicações significativas à saúde pública, pois os eventos adversos graves tem estimativa de afetar 3 a 16% de todos os pacientes internados<sup>5</sup>.

Diante da relevância desse problema de saúde pública mundial, a OMS compreendeu que há, pelo menos, quatro desafios subjacentes para melhorar a assistência cirúrgica mundialmente, a saber:

1. necessidade de reconhecer a segurança cirúrgica como um problema de saúde pública devido a altas taxas de eventos adversos e altos custos que esses acarretam;
2. falta de acesso a assistência cirúrgica básica em cenários de baixa renda, deficiência de infraestrutura e equipamentos e subfinanciamento;
3. práticas cirúrgicas confiáveis, pois as infecções de sítio cirúrgico estão entre as complicações cirúrgicas mais comuns;

4. o problema se encontra na própria assistência cirúrgica, pois sua complexidade é cada vez maior, o que aumenta os riscos clínicos e cirúrgicos ao paciente.

A partir desse contexto, a OMS lançou, em 2008, o “Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente” como um programa global intitulado *Safe Surgery Saves Lives*, cujo objetivo geral era solucionar essas questões, com vistas a mitigar os eventos adversos decorrentes dos cuidados da assistência cirúrgica<sup>5</sup>.

Visando minimizar a perda desnecessária de vidas humanas e os danos graves, o programa *Safe Surgery Saves Lives* preconizou dez objetivos básicos e essenciais para as equipes cirúrgicas em todos os procedimentos cirúrgicos (Quadro 1)<sup>5</sup>.

Buscando melhorar os resultados da assistência cirúrgica, a OMS estabeleceu um conjunto central de critérios de segurança que contempla quatro grandes áreas que devem ter grande progresso a fim de melhorar a segurança em cirurgia: prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas eficientes; e mensuração dos indicadores da assistência cirúrgica.

Quadro 1. Objetivos essenciais para cirurgia segura estabelecida pela OMS (2009).

Objetivo 1: A equipe operará o paciente certo e no local cirúrgico certo;
Objetivo 2: A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
Objetivo 3: A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameaça a vida;
Objetivo 4: A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
Objetivo 5: A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
Objetivo 6: A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
Objetivo 7: A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
Objetivo 8: A equipe manterá seguros e identificará com precisão todos os espécimes cirúrgicos;
Objetivo 9: A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
Objetivo 10: Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

A partir das evidências dos resultados sobre esses componentes essenciais da assistência cirúrgica, a OMS estabeleceu a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), a qual é uma ferramenta básica, simples e prática que qualquer equipe no mundo pode aplicar<sup>5</sup>.

A LVSC, também chamada de *Checklist* pelo seu idealizador, pode ser adaptada e modificada, acrescentando outros dados importantes e específicos, conforme a especialidade de determinadas cirurgias, como ortopedia, transplante, oncologia, entre outras<sup>9</sup>.

De acordo com a OMS, essa lista de verificação na sala operatória contém os componentes essenciais da assistência cirúrgica e serve como barreira para evitar falhas humanas; também como auxiliar de memória para melhorar o desempenho da tarefa; para padronizar as tarefas para facilitar a coordenação da equipe cirúrgica; meio para criar e manter uma cultura de segurança na sala operatória; e apoio para as ações de controle de qualidade por parte dos gestores hospitalares, do governo e dos inspetores.

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) afirma que “a Lista de Segurança Cirúrgica da OMS tem sido útil e usada de forma bem-sucedida em vários ambientes<sup>17</sup>, mas, por outro lado, reconhece que sua implantação e adesão por parte dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico (CC) requer comprometimento e adaptação.

Nota-se que o reconhecimento e a adesão desse protocolo pelos profissionais do CC configura uma ferramenta de trabalho em equipe, com vistas a oferecer uma assistência cirúrgica segura e livre de danos ao paciente.

### **Regulação no Brasil: Protocolo para Cirurgia Segura – Anexo 3 da RDC 36/2013**

Em 2013, diante do contexto mundial alavancado pela OMS, o governo brasileiro se mobilizou por meio da ANVISA, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Agência de Saúde Suplementar (ANS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e aderiu ao *Safe Surgery Saves Lives*, estabelecendo o Protocolo para Cirurgia Segura, em anexo à RDC 36/2013. Trata-se especificamente da utilização sistemática da LVSC como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos<sup>5</sup>. Ele descreve, de maneira didática e explicativa, a aplicação da LVSC, estando a assistência cirúrgica no período intraoperatório dividida em três etapas:

1. antes da indução anestésica (entrada ou *sign in*);
2. antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica ou *timeout*);
3. antes do paciente sair da sala de cirurgia (saída ou *sign out*).

Esse protocolo é autoexplicativo e possui todas as fases e itens que o profissional designado deve seguir e confirmar com o paciente e a equipe cirúrgica, composta por anesthesiologista, cirurgiões e instrumentador. Em cada fase, o profissional condutor da aplicação da LVSC deve confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deve ser interrompida e o paciente deve ser mantido na sala de cirurgia até a solução do problema.

Para o idealizador dessa lista de verificação, Atul Gawande, seu objetivo não será atingindo se sua execução for uma tarefa mecânica, se um dos profissionais na sala de cirurgia apenas tica os itens da lista. Para ele, é necessário ter uma cultura de segurança do paciente e de trabalho em equipe consolidada na instituição<sup>9</sup>.

Esse protocolo possui, em sua descrição, além da LVSC, as estratégias de monitoramento e os indicadores de segurança em cirurgia, a saber: percentual de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado; número de cirurgias em local errado; número de cirurgias em paciente errado; número de procedimentos errados; taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco e taxa de adesão à LVSC.

No entanto, para a ANVISA, esse protocolo não é um dispositivo regulador e sim uma ferramenta para ser utilizada pela equipe cirúrgica em prol da melhoria da segurança de suas atividades e na redução de mortes cirúrgicas e complicações desnecessárias.

### **Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente: uma estratégia para garantir a adesão ao Protocolo para Cirurgia Segura**

Nesse cenário complexo e dinâmico da assistência cirúrgica, no qual o potencial para ocorrência de incidentes, erros e falhas com o paciente é elevado, a cultura de segurança ganha destaque e importância, pois a compreendemos de acordo com o seguinte conceito: “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de saúde com a gestão da segurança do paciente”<sup>18</sup>.

Por outro lado, o paradigma de cultura de segurança ainda presente busca encontrar um culpado diante de uma

falha humana, visando bani-lo da organização, configurando estruturas de cultura organizacional muito antiga. A cultura de culpa precisa mudar, a exemplo de outras áreas em que o risco para a vida humana é grande, como a indústria nuclear, a aviação comercial, o automobilismo, a engenharia espacial e outras, as quais vêm sendo exemplo para área da saúde<sup>1</sup>.

Assim, para implantar o programa da OMS *Safe Surgery Saves Lives* em uma organização de saúde que oferece assistência cirúrgica, deve-se fazer muito mais do que apenas aplicar uma lista de verificação de fluxo e etapas do procedimento anestésico-cirúrgico. É imprescindível ocorrer uma mudança na cultura de segurança do paciente para que todos os profissionais da equipe cirúrgica e os da gestão da organização compreendam a necessidade e os benefícios desse protocolo para todas as pessoas envolvidas.

É recente a compreensão de que o setor de saúde deve se apropriar dos conceitos e das técnicas da cultura de segurança adotadas nas Organizações de Alta Confiabilidade (OAC), conhecidas, tradicionalmente, como organizações que gerenciam com eficiência os altos riscos dos processos de trabalho em áreas complexas e perigosas, visando mitigar os riscos de incidentes e eventos adversos<sup>3</sup>.

Dentre alguns aspectos de como as OAC lidam com os erros, destacamos: antecipação e consciência de risco; sentido de falibilidade, capacidade de aprender com os erros; relutância em simplificar (criar atalhos); envolvimento de todos nas práticas de segurança; resiliência ou redesenhar sempre o sistema<sup>12</sup>.

As mudanças relevantes em nível organizacional que as instituições de saúde deveriam realizar, na tentativa de se aproximar das características das OAC, tendo em vista melhorar a área de segurança, consistem no compromisso das lideranças para capilarizar a ideia de mudança de comportamento e de cultura organizacional, na busca por uma cultura de segurança ancorada em confiança, relato e na busca pela melhoria, adotando-se ferramentas robustas de análise de processos, de causa raiz e de outros, para identificar as causas e a magnitude dos incidentes<sup>19</sup>.

Outro aspecto relevante é o papel dos líderes ou supervisores nas pontas dos serviços, que deveriam orientar seus padrões de comportamento de liderança para uma mudança de paradigma, no qual se busca a promoção da cultura de segurança que engloba e valoriza as motivações, e, também, as atitudes, as percepções e os comportamentos que determinam o compromisso com a segurança do paciente<sup>12</sup>.

Acrescentamos, ainda, um componente do fator humano e determinante também na cultura de segurança nas OAC, muito evidente no interior das unidades de CC: o alto nível gradiente de autoridade e a hierarquia elevada, que, muitas vezes, fragilizam

as comunicações entre os profissionais da equipe cirúrgica e que comumente potencializam o risco de incidentes.

As organizações que possuem uma cultura de segurança do paciente robusta e consolidada buscam ter esses níveis de gradiente de autoridade e hierarquia baixos, ou seja, não existe muita distância psicológica entre um profissional na ponta e o supervisor de uma equipe<sup>1</sup>. Nas unidades de CC, essa característica é muito evidente, devido a presença expressiva de profissionais especializados em cirurgias e, em contrapartida, outros de nível técnico profissionalizante.

Existem, ainda, muitas estratégias de promoção da cultura de segurança do paciente já vivenciadas e divulgadas, tais como *executive walk round*, *program Team STEPPS*<sup>®</sup> e *interdisciplinary round*, além da própria avaliação da cultura de segurança existente na organização, as quais podem ser replicadas como estratégias para melhorar ou fortalecer a cultura de segurança na organização.

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam consolidar uma mudança de paradigma da cultura de segurança do paciente constituída pelos seguintes pressupostos: criar uma cultura justa, saindo da cultura da culpa, em que exista um equilíbrio entre culpabilização e responsabilização e seja privilegiado o “pensamento sistêmico” de James Reason<sup>20</sup> nas análises de erros humanos; criar uma cultura de notificação de incidentes e erros, para que as pessoas relatem e notifiquem os incidentes e que exista retorno aos profissionais sobre o resultado; criar uma cultura de aprendizagem, na qual os profissionais possam aprender com as falhas anteriores, as quais estão sempre na memória da organização.

É imprescindível, para o paciente submetido a uma assistência cirúrgica que os procedimentos anestésico-cirúrgicos ocorram com melhor qualidade e os possíveis erros sejam mitigados por uma cultura de segurança do paciente que sustente a aplicação do Protocolo para Cirurgia Segura do MS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a Antiguidade, a sociedade estabeleceu como ética profissional nos cuidados aos doentes o princípio da não maleficência, quando ditou que *primum non nocere* aqueles que assistiam seus doentes.

Essa premissa corresponde aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona assistência em todos os níveis de atenção à saúde e também regulamenta os serviços de saúde no Brasil. Consequentemente, a segurança do

paciente durante a assistência cirúrgica, instituída como uma política de governo, deve ser implementada e monitorada com o mesmo rigor em todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS.

Apesar de não haver uma única solução para melhorar a segurança cirúrgica, é importante frisar quão necessária é uma assistência cirúrgica em equipe multiprofissional, com trabalho conjunto, disciplinado e apoiado por uma cultura organizacional, sendo a segurança do paciente reconhecida e valorizada por todos os líderes.

As lideranças e os profissionais devem, ainda, compreender que a prática da cirurgia segura é um indicador de qualidade da assistência prestada e que os beneficiados não são apenas para os pacientes e sua família, mas todos os membros da equipe multiprofissional e a própria organização de saúde.

O que não podemos mais tolerar é que danos evitáveis, decorrentes dos cuidados da assistência cirúrgica, continuem acontecendo, sem que seja construído um movimento de mudança ou consolidação da cultura de segurança do paciente no interior das organizações de saúde do país.

## REFERÊNCIAS

1. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2aed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
2. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde (MS). Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. [Relatório] [acesso em 15 jan. 2015]. Lisboa; 2011. Disponível em: <http://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>.
3. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Souza P, Mendes WJ. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.75-6.
4. Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras. 2009;36(4):281-2.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2010.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos CR. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.
7. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa; 2011.
8. Moura ML, Diego LA. Cirurgia segura. In: Souza P, Mendes WJ. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.187.
9. Gawande A. Checklist: como fazer as coisas bem feitas. Rio de Janeiro: Sextante; 2011.
10. Trindade L, Lage MJ. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: Souza P, Mendes WJ, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.39-56.
11. Kawagoe JY, Gonçalves P. Prevenção e controle de infecção para Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. In: Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p.151.
12. Fragata J. Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel - Zamboni; 2011.
13. Travassos C. Sessão 1: Segurança do Paciente/Doente, o que é? [Internet]. Rio de Janeiro: PROQUALIS/Fiocruz; 2012 [acesso em 03 mar 2015]. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/sess%C3%A3o-1-seguran%C3%A7a-do-pacientedoente-o-que-%C3%A9#.VKqFjHF9Cg>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 03 mar 2015]. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
15. Blog da Rede Sentinela. Histórico da rede [Internet]. Brasília; s/d [acesso em 03 mar 2015]. Disponível em: <http://redesentinela-anvisa.blogspot.com.br/p/historico-da-rede.html>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2013 [acesso em 03 mar 2015]. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
17. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 6ªed. São Paulo: SOBECC; 2013.
18. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12(Suppl 2):ii17-23.
19. Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):559-68.
20. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768-70.