



I DENTIFICANDO FALHAS NO AGENDAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Recebido: 11/01/2015
Aprovado: 06/03/2015

¹Chang Chung Sing Waldman
²Maria Aparecida dos Santos Traverzim
³Márcia Cristina Novaretti

RESUMO

O presente estudo objetiva identificar e propor ações corretivas frente às notificações de incidentes relacionados a cirurgias eletivas solicitadas e não agendadas no segundo semestre de 2013 em hospital público. É um estudo descritivo, a abordagem utilizada foi o uso da análise causa raiz (RCA). Analisamos 34 notificações e obtivemos como resultados: 17 ações corretivas, 20 rotinas de trabalho implantadas, criação da central de agendamento de cirurgias eletivas e 68 cirurgias realizadas. É reconhecido que a metodologia RCA apresenta limitações, mas os benefícios que podem ser derivados dela, devido ao raciocínio crítico sobre cada incidente, superam as suas fragilidades. Recomendamos o uso da RCA na minimização dos riscos à segurança de pacientes.

Palavras chave: Segurança do Paciente, Incidente, Análise Causa Raiz.

¹ Mestrado profissional em andamento em Administração pela Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil
Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil
E-mail: changwaldman@yahoo.com.br

² Mestrado profissional em andamento em gestão em sistemas de saúde pela Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil
Professora pela Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil
E-mail: cidaedecio@terra.com.br

³ Doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil
Professora pela Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil
E-mail: mnovaretti@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to identify and to propose corrective actions in the face of incidents reports related to request but non performed elective surgery the second half of 2013 in a public hospital. This is a descriptive study and the approach was the use of root cause analysis (RCA). After analysis of 34 reports from patients and their RCA evaluation, we implemented a central of elective surgery scheduling; we implemented 17 corrective actions, 20 work processes and we carried out 68 surgeries. It is recognized that the RCA methodology has limitations, but the benefits that can be derived from it, due to critical thinking analysis on each incident, outweigh its weaknesses. We recommend the use of RCA to minimize patient safety risk.

Key words: Patient Safety, Incident, Root Cause Analysis.

1 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. Conta com 360 leitos, 12 salas cirúrgicas, sendo quatro para cirurgias ambulatoriais e um ambulatório com 30 especialidades. 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, 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, fazem 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.

A restrita utilização de modelos de gestão na assistência à saúde, o desconhecimento da gestão por processos, a cultura hospitalocêntrica predominante para atendimento às condições agudas, o perfil do profissional médico culturalmente reconhecido como centro do processo de assistência, a ausência de definição de competência dos outros profissionais da equipe da assistência são alguns dos fatores que dificultam a implantação de uma prática de assistência segura nas organizações de assistência à saúde (Lima, Souza, Freire, Aires, Bessa & De Souza 2014).

Uma boa gestão da relação entre profissionais de saúde contribui para minimizar as barreiras organizacionais, gerando a integração das diversas áreas da instituição e concorrendo para o atingimento dos objetivos institucionais. É importante também refletir sobre como acontece o desenvolvimento das relações entre os diversos níveis, em especial,

quando a instituição apresenta uma estrutura organizacional bastante funcional, onde as estruturas de coordenação e comunicação são predominantemente de chefia para subordinado, à semelhança do organograma da instituição em estudo, favorecendo a presença de feudos e levando a objetivos locais e não envolvimento com a missão institucional (Corrêa, 2009).

O sucesso operacional de uma instituição não depende apenas de seus recursos humanos serem adequadamente treinados, avaliados. Depende também de como são organizados, como as tarefas e responsabilidades são distribuídas, como é a relação entre os profissionais e suas respectivas chefias, e como os profissionais são motivados quanto à sua importância para a qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Devemos lembrar ainda, mais que nunca, saber ouvir, uma habilidade menos frequentemente encontrada do que o desejável. Não se trata apenas de ter habilidades referentes a transmitir bem informação, mas também de ter habilidades para entender as informações e necessidades dos pacientes (Corrêa, 2009).

Nas organizações de saúde existem várias situações que favorecem o desencadeamento de erros nos ambientes de trabalho, desde locais de trabalho e processos de atendimento mal projetados, sobrecarga, fadiga, horas de trabalho prolongadas, falta de apoio das chefias, até comunicação ineficaz. Assim, mudanças nesses ambientes são necessárias para reduzir os erros e aumentar a segurança do paciente. É necessária sensibilização quanto a sua importância. A comunicação é considerada fundamental para que a equipe possa atuar de forma integrada em prol do paciente, e sua carência pode gerar insatisfação profissional. Identificar e trabalhar estas falhas torna-se necessário para minimizar os riscos (De Mello, & Barbosa, 2013).

Os profissionais de saúde, por natureza, esforçam-se em proporcionar uma assistência segura. Este comportamento, entretanto, não impede que ocorram incidentes. A ideia de assistência perfeita, onde o profissional não falha é o que todo serviço de saúde procura. Sabemos que o compromisso e a disposição individual de fazer o bem e utilizar o melhor do conhecimento se constituem em fatores essenciais do cuidado, porém não são suficientes para garantir uma assistência segura e com qualidade.

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.

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 365 notificações realizadas até julho de 2014, encontramos falhas em várias etapas dos processos de trabalho. Resultados preliminares da análise desses dados indicam como problemas mais críticos: 19,1% relacionadas a falhas na comunicação, 23,0% relacionadas a cirurgia segura e 35,0% relacionadas a estrutura física e organização institucional.

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, Santos, Quitério, & Daud-Gallotti, 2014).

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), método que possibilita estudo caso a caso dos eventos notificados chegando até a 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.

2 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 (Vecina & Malik, 2007). 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 e comunicação efetiva entre os diversos setores e profissionais envolvidos.

Assim, para garantir a qualidade da assistência à saúde oferecida e a segurança dos pacientes e profissionais, é importante implantar o gerenciamento de riscos nos hospitais

como ferramenta na busca de qualidade e segurança do paciente. O objetivo desse gerenciamento é detectar precocemente as situações que possam gerar consequência aos pacientes e familiares, aos profissionais de saúde, à organização e ao meio ambiente (da Silva, 2014).

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). E 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 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 (Teixeira & Cassiani, 2010).

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).

O primeiro passo da RCA 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 as 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. O 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).

Estudo realizado em Botswana, em 2014, utilizando a RCA para analisar mortes maternas, evidencia falhas no Sistema de Saúde: falhas em reconhecer a gravidade do caso (71%), falha de conhecimento técnico dos profissionais (67%), não seguir a prática recomendada (53%), falta de rotinas e protocolos (44%), (Madzimbamuto, Ray, Mogobe, Masire, & Motana, 2014).

Na Argentina, estudo utilizando a RCA em clínica pediátrica, identificou a necessidade de incorporar a solicitação de exame para detecção de gravidez em crianças e adolescentes atendidos (Marciano, Arrigoni, Challer, Califano & Dackiewicz, 2014). Esta conduta é sugerida pelos autores tendo em vista as estatísticas oficiais indicando que 119.000 adolescentes engravidam ao ano, representando 15,6% do total de recém-nascidos do país, tornando esta problemática uma relevância social e de saúde pública.

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 têm 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, o que torna difícil sua aplicação na instituição.

3 METODOLOGIA

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 patologias infecto contagiosas. Numa área de 137 mil m² 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.

Com a incorporação de uma chácara, de família estrangeira que residia nas imediações, a instituição ampliou 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, a procura pelo Pronto Socorro, internação e atendimento ambulatorial é grande. Associada a esta facilidade, estamos também

próximos 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.

Embora a instituição pesquisada seja hospital de ensino, não é rotina dos profissionais se preocuparem com a notificação de eventos adversos.

O objetivo deste estudo foi identificar e propor ações corretivas frente às notificações de incidentes relacionados a cirurgias solicitadas e não agendadas, prolongando assim, a ansiedade e o quadro clínico do paciente. 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. 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. O uso da RCA como método de melhoria de qualidade contínua fornece oportunidade para criar uma cultura de segurança do paciente no qual os profissionais de saúde podem ser mais eficientes na prestação do cuidado à saúde (Madzimbamuto et al., 2014).

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 (Teixeira & Cassiani, 2010). 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 34 notificações tendo como queixa, cirurgias solicitadas no segundo semestre de 2013 e não agendadas. Estas notificações foram encaminhadas pela ouvidoria da instituição, nos meses de janeiro a março de 2014. Os dados quantitativos serão apresentados em tabelas com números absolutos e percentuais.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vários estudos relatam o uso da análise causa raiz como ferramenta para melhoria da assistência à saúde. 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, Rodríguez, Vaihinger, Salva, & Naves, 2012).

Teixeira e Cassiani em seis hospitais brasileiros, utilizando a ferramenta RCA para analisar 70 eventos, identificaram 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).

Para corroborar os achados deste relato, no Brasil, estudo realizado em hospital universitário, identificou 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).

Na tabela 1 apresentamos a distribuição das 34 notificações relativas a cirurgias solicitadas e não agendadas.

Tabela 1:

Distribuição dos motivos de cirurgias não agendadas no hospital participante, período de janeiro a março de 2014.

Motivos do não agendamento	Número	%
Agendas cirúrgicas separadas por equipe médica	16	47,0
Sem avaliação ambulatorial	08	23,5
Não incluído na agenda cirúrgica	05	14,7
Identificação inadequada do paciente	04	11,8
Demora nos exames de imagem	01	3,0
Total	34	100

Fonte: Ficha de notificação de evento adverso do hospital participante

Relataremos em seguida a análise causa raiz das 34 cirurgias solicitadas e não agendadas pela instituição.

A causa mais comum que levou ao não agendamento da cirurgia solicitada foi a existência de múltiplas agendas de pacientes aguardando a cirurgia (16 casos, 47,0%). Verificamos na RCA que cada uma das oito equipes cirúrgicas possui uma agenda específica para seus pacientes cirúrgicos, ficando o agendamento da cirurgia a critério do chefe de equipe, que, além de suas atividades profissionais e acadêmicas, fica com a responsabilidade de gerenciar e agendar as cirurgias eletivas, o que acarreta demora, gera dificuldades, mal entendidos, tendo em vista que a instituição disponibiliza dois Centros Cirúrgicos para cirurgias eletivas, lembrando ainda, que eventualmente essas salas cirúrgicas são utilizadas para casos emergenciais. Foi acordada junto às chefias das oito equipes cirúrgicas, a elaboração de um instrumento de controle e agendamento de pacientes para cirurgia eletiva, iniciando com os casos que ainda estão aguardando a cirurgia solicitada no ano de 2013.

Para a efetivação dessa proposta, foi implantado em julho de 2014, na Gerência de Clínica Cirúrgica, uma central de gerenciamento de cirurgias eletivas com o objetivo de organizar e agendar, por data de solicitação, as cirurgias eletivas pendentes. Essa central está sob a supervisão de uma enfermeira e hoje contamos com 185 pacientes inscritos na planilha de controle diária. Com a elaboração de oito ações corretivas, sete rotinas e implantação da central de gerenciamento de cirurgias eletivas, obtivemos como resultado, até o momento, a efetivação da cirurgia de 68 pacientes que estavam aguardando a cirurgia (média de três cirurgias/dia), as informações são disponibilizadas para a equipe médica, o paciente recebe a informação sobre sua posição na lista de agendamento cirúrgico e o atendimento oferecido torna-se mais humano e acolhedor. Ficou acordado também, junto à Gerência de Clínica Cirúrgica, que a ordem de agendamento da cirurgia só é alterada em caso de urgência e justificado oficialmente pela equipe médica responsável.

Para a análise da falta de avaliação pré-operatória em nível ambulatorial (oito casos, 23,5%), a RCA concluiu que não há solução a ser implementada no momento que venha resolver completamente esse problema, pois a instituição não dispõe de profissional médico para repor as duas exonerações que ocorreram no ambulatório em 2013. Um plano de ação (seis ações corretivas e oito rotinas) foi elaborado e colocado em prática. A Gerência da Clínica Cirúrgica disponibilizou uma sala e profissionais médicos para atendimento dos

pacientes que aguardam a cirurgia, ficando a cargo da central de gerenciamento de cirurgias eletivas agendar o paciente em dia e hora conforme acordo com a equipe responsável pelo caso.

A RCA evidenciou que em cinco casos (14,7%), houve a perda da solicitação para cirurgia. Uma ação corretiva foi executada e duas rotinas implantadas. Todos os cinco pacientes foram agendados e incluídos na planilha de controle diária, conforme dados levantados por meio da análise dos prontuários. Para esses cinco pacientes, a queixa na ouvidoria foi essencial para solução do caso.

Durante o período estudado foi possível identificar, via RCA, que quatro pacientes, (11,8%) não puderam ser contatados por irregularidades na ficha de identificação. Houve capacitação dos servidores do setor, em especial quanto à necessidade de atualização dos dados pessoais e esperamos que, com essa ação corretiva, não haja mais falhas na identificação dos pacientes. Para esses quatro pacientes, a queixa na ouvidoria foi essencial para a solução do caso.

Em relação a um caso (3%) onde foi detectado demora no agendamento de exames de imagem, uma ação corretiva e três rotinas foram elaboradas e acordadas junto à equipe de enfermagem da instituição e o setor de imagens da instituição.

Estudo realizado em hospital geral da rede privada utilizando a RCA em 19 incidentes envolvendo quedas e erro de medicação identificou, à semelhança do nosso estudo, como problema mais frequente, falhas sistêmicas, seguidas por falhas do indivíduo e do paciente, confirmando que incidentes ocorrem principalmente devido a falhas sistêmicas (Teixeira & Cassiani, 2014).

Com esse relato conseguimos executar dezessete ações corretivas, implantar vinte rotinas para os diversos setores do hospital, criar a central de gerenciamento de cirurgias eletivas e dar visibilidade às informações. Durante as discussões dos processos de trabalho houve o envolvimento de 93 servidores de diversas categorias. O trabalho integrado com a ouvidoria possibilitou atender nove pacientes que, pelas razões expostas acima, estariam excluídos da agenda cirúrgica.

5 CONCLUSÕES

Erros ocorrem em qualquer instituição, envolve qualquer profissional e, na maioria das vezes, são passíveis de prevenção. Para garantir uma assistência segura e de qualidade, o profissional de saúde deve ter uma visão holística do cuidado, tendo a segurança do paciente como foco e contemplando aspectos referentes não somente ao cuidar, mas incluindo o educar e o pesquisar. A educação, o treinamento e realização de pesquisas sobre segurança do paciente favorecem a divulgação da cultura de segurança do paciente, com vistas a reduzir ao máximo os incidentes e, conseqüentemente, as práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais (Oliveira & Paula, 2013).

Quando se avalia 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 dezessete ações corretivas, elaboração e implantação de vinte rotinas e a implantação da central de gerenciamento de cirurgias eletivas. Durante todo o processo de discussão tivemos a participação de 93 profissionais de diversas categorias. Essas ações corretivas e as rotinas elaboradas levaram à agilização e realização de 68 cirurgias, humanizamos o atendimento e atualmente o serviço disponibiliza as informações e responde com presteza aos questionamentos da população e dos profissionais de saúde. Outro item importante é o trabalho integrado com a ouvidoria, canal importante de queixas dos usuários.

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 34 notificações e tempo de acompanhamento curto em relação às ações propostas, ou seja, 60 dias.

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. O trabalho integrado com a ouvidoria é um processo recente, mas 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, porém 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 a implantação do protocolo de cirurgia segura na instituição.

REFERÊNCIAS

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.

Correa, H. L., & Caon, M. (2009). Gestão de serviços. *São Paulo: Atlas*, 309-310.

Da Silva, L. D. (2014). Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 425-426.

De Mello, J. F. D., & Barbosa, S. D. F. F. (2013). Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(4), 1124-1133.

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.

Lima, F. D. S. S. , Souza, N. P. G. , Freire de Vasconcelos, P., Aires de Freitas, C. H. , Bessa Jorge, M. S., & De Souza Oliveira, A. C. (2014). Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. *Enfermería Global*, (35), 310.

Madzimbamuto, F. D. , Ray, S. C. , Mogobe, K. D. , Ramogola-Masire, D. , Phillips, R. , Haverkamp, M., ... & Motana, M. (2014). A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 231.

Marciano, B. E., Arrigoni, P.G., Challer, E., Califano, P., & Dackiewicz, N. (2014).

- Embarazo adolescente no diagnosticado: análise de un evento centinela. *Archivos argentinos de pediatria*, 112(1), 83-88.
- Novaretti, M. C. Z., Santos, E. D. V., Quitério, L. M., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev. bras. enferm*, 67(5), 692-699.
- Oliveira, A. C., & Paula, A. O. D. (2013). Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 217-225.
- 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.
- Teixeira, T. C. A., & de Bortoli Cassiani, S. H. (2014). Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paul Enferm*, 27(2), 100-7.
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2007). Trends in hospital care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825-839.
- 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.