
SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO EM RONDÔNIA: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO

Diego Antonio Almeida NUNES

Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, Brasil.

diegoalmeidamed@gmail.com

Recebido em: 24 de agosto de 2016 - Aceito em: 30 de maio de 2017

RESUMO: Este ensaio tem como objeto argumentar sobre os benefícios dos protocolos de segurança em pacientes cirúrgicos relacionados aos cuidados de saúde, principalmente na diminuição efetiva dos eventos adversos durante a internação. Destaca-se o caráter multidisciplinar das equipes de saúde como alicerce dos processos de trabalho para a produção do cuidado ao paciente e o papel indispensável do controle social, além da participação do usuário como protagonista na cultura de segurança. Esse fato justifica a necessidade de políticas públicas voltadas para promoção e prevenção de agravos relacionados. Reforça-se a ideia de gestão pública voltada para qualidade do atendimento, centrada na assistência social, não apenas em estatística.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Assistência; Processos de trabalho; Acidentes de trânsito.

INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de acidentes de trânsito e Rondônia participa dessa estatística nacional, figurando com sua capital entre as 10 cidades mais violentas do país (DENATRAN, 2014). Esse fato traz concomitantemente consigo o aumento do número de casos cirúrgicos de urgência e emergência, trazendo consequências à gestão pública de saúde, devido aumento de demanda e também refletindo na questão previdenciária, já que a maioria desses acidentados estão em idade ativa (18 a 40 anos) e são candidatos à dependência do Estado caso tornem-se inválidos (BRASIL, 2012).

Um estudo em hospitais indianos sobre a estatística de óbitos ocasionados pela violência do trânsito fortalece a relação entre aumento da densidade demográfica, motorização e déficit de políticas públicas de trânsito e mobilidade urbana. O estudo relatou que a grande maioria dos óbitos ocorreram em homens jovens (média de 32 anos), ou seja, uma população economicamente ativa (HOWLEY et al., 2017).

A sociedade vem apresentando mudança na mentalidade relacionada aos processos de saúde, exigindo mais responsabilidade da equipe de saúde. A população começou a apresentar um papel

mais ativo nas questões sociais, políticas e, conseqüentemente, na gestão de saúde pública nas últimas décadas. Um marco histórico foi a conquista social do Sistema Único de Saúde (SUS) trazendo em seus preceitos a universalização do acesso, integralidade no atendimento e preconizando o controle social através de mecanismos políticos (BRASIL, 1990).

Infelizmente alguns gestores públicos distorcem essa visão de controle popular e transformam a gestão da saúde em uma questão estatística, exigindo números em detrimento da qualidade. A consequência desse fato é a perda de autonomia dos profissionais de saúde frente à produção do cuidado (MERHY, 1998).

O aumento exponencial dos casos de enfermidades que exigem tratamento cirúrgico trouxe consigo alguns problemas em relação à segurança do paciente e a responsabilidade das equipes de saúde, além da gestão em saúde. Observou-se que grande número de pacientes que davam entrada em nosocômios apresentava algum Evento Adverso (EA) não relacionado à sua doença de base, sendo que muitos desses eventos seriam potencialmente evitáveis (OMS, 2009). Logicamente que essa situação tem caráter multifatorial, envolvendo gestão de saúde, infraestrutura e sistematização do atendimento.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, visualizando esses problemas, voltou-se para elaboração de programas que visassem a atenuação desses eventos adversos potencialmente evitáveis, desenvolvendo protocolos de segurança e *checklist*, além de traçar metas para sistematização do atendimento. O foco principal do programa são as equipes de saúde, através da conscientização da cultura de segurança e treinamento permanente (BRASIL, 2014).

Dado o exposto, sentiu-se o interesse em discutir as questões relacionadas à segurança do paciente cirúrgico com enfoque nas relações de trabalho, assistência social, gestão pública de saúde e seus fatores externos agravantes, destacando o cenário do Estado de Rondônia. Assim, esse texto trata-se de ensaio reflexivo e crítico, de caráter qualitativo.

SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO E OS DESAFIOS DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Rondônia é um dos Estados mais novos da federação, apresentando uma expansão populacional exponencial na última década com o fenômeno migratório decorrente do empreendimento das Usinas hidrelétricas de Santo Antônio e Jirau, expansão do agronegócio e também o acesso à educação superior devido ao aumento na oferta de vagas. Inerente a esse fenômeno, observou-se o crescimento da frota de automóveis conjugada ao acréscimo de acidentes de trânsito e a falta de políticas públicas voltadas para prevenção de agravos relacionados. Atualmente em Porto Velho constata-se a reprodução do modelo urbano: dos 428.527 habitantes que compõem a sua população (IBGE, 2010), cerca de 360 mil pessoas residem no espaço urbano. Com essa distribuição desigual da população, juntamente com a falta de planejamento do poder público, cresce a violência na capital de Rondônia.

Segundo estatística do DENATRAN (2014), Porto Velho conta com mais de 200

mil veículos automotores, sendo que mais de 70% destes estão distribuídos entre motocicletas e carros de passeio. Observa-se também a carência de transporte público, cujo menos de 1% dessa frota está direcionado para mobilidade urbana, uma necessidade essencial nos dias atuais. Esta estatística coloca Porto Velho entre as 10 capitais do país com o trânsito mais violento, superlotando os hospitais públicos com condutores vítimas de politraumatismo, alguns tendo indicação de cirurgias de emergência (LIMA et al., 2015).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU), o Hospital e Pronto Socorro Estadual João Paulo II, nosocômio referência em trauma na capital, recebeu mais de 4.500 pacientes vítimas de acidentes motociclísticos somente em 2014, com tendência ao aumento do número de casos em 2015 (DETRAN, 2013). Inevitavelmente esse dado vai refletir no maior número de cirurgias de emergência e internações, onerando os cofres públicos e impactando na seguridade social, pois boa parte desses usuários acaba evoluindo para invalidez permanente (RONDÔNIA, 2015).

Observa-se também o constante apelo da mídia local e nacional frente às sucessivas denúncias da população de prováveis erros médico, principalmente relacionados aos cuidados do paciente cirúrgico. Um dos motivos que culminam com a insatisfação da população em relação ao serviço de saúde são ausências de políticas públicas eficazes na prevenção de agravos, além do estímulo à promoção e fomento na instrução da sociedade quanto a seus direitos e deveres cívicos. O Conselho Regional de Medicina de Rondônia (CREMERO) recebe todos os anos denúncias de supostos erros médico, boa parte relacionada a atos cirúrgicos, independente da especialidade (CREMERO, 2016).

Contudo, percebe-se que a população também vem mudando a postura passiva como paciente frente ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde, principalmente o médico. De acordo com Merhy (1998) algumas das prováveis

mudanças nessa estruturação é a crise do paradigma do modelo médico-hegemônico, marcada principalmente pelo distanciamento dos médicos dos interesses dos usuários, ao isolamento dos outros profissionais de saúde, além da valorização do uso da tecnologia dura, ou seja, medicina baseada em exames tecnológicos e procedimentos técnicos em detrimento do modelo assistencial focado nas necessidades da população.

No entanto, a categoria médica perde sua autonomia frente ao constrangimento sofrido pela politização da gestão do sistema público de saúde, no qual se prioriza a produção quantitativa que o profissional garante ao sistema em detrimento dos resultados em termos de benefícios gerados aos usuários. Segundo Merhy (1998) é imperativo o trabalho médico focado no modelo assistencial, coletivo, multiprofissional, pautado nas tecnologias leves e leve-duras, priorizando o trabalho vivo, comprometido com a tarefa de humanização e universalização do sistema público.

Em hospitais terciários, nas especialidades cirúrgicas, os usuários se beneficiam com esse modelo centrado no paciente, destacando-se a segurança do procedimento. Vários estudos relacionados à segurança do paciente têm tentado avaliar os erros cometidos em todas as fases do processo, mostrando que erros podem ser minimizados com um trabalho multiprofissional eficiente e uso adequado de *checklist* (BRASIL, 2014). Um trabalho prospectivo e multicêntrico em hospitais de ensino na Holanda mostrou que a implementação do *checklist* cirúrgico baseado no modelo da lista de verificação da OMS estava associado à redução de 27,3% nas complicações e mortalidade pós-operatória (VRIES et al., 2010).

Reforça-se a ideia do modelo assistencial, alicerçada na integralidade e visão holística do usuário. Esse modelo só é possível com o trabalho coletivo, a responsabilização multiprofissional, pautando-se pela necessidade de saúde do paciente, tanto individual como coletivo. De

acordo com Franco (2006), não há profissional de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. O uso das tecnologias duras distancia cada vez mais o médico do entendimento do seu objeto de trabalho, os seres humanos. Soma-se a esse fato a questão da fragmentação do conhecimento, no qual o doente é visto como uma “parte do corpo”, afastando-se da visão holística necessária ao profissional de saúde (PIRES, 2008).

Todo ano, milhares de pacientes sofrem Eventos Adversos relacionados ao cuidado intra-hospitalar no Brasil e no mundo. Esse conceito diz respeito a qualquer sinal ou sintoma que o paciente desenvolve estando sob os cuidados de uma equipe de saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço (OMS, 2009). Infelizmente há poucos trabalhos no Brasil mostrando a estatística dos EA, principalmente em Porto Velho. Um estudo desenvolvido em três hospitais universitários do Rio de Janeiro analisou as características dos EA e concluiu que as infecções de ferida operatória são os eventos mais frequentes e que podem ser minimizados com medidas consagradas na literatura médica mundial, como é o caso da higienização das mãos e estímulo a adesão aos protocolos de segurança (MENDES et al., 2013). Esses eventos são distintos das complicações das doenças de base dos enfermos. Assim, os Eventos Adversos fazem com que aumente o tempo de internação, os custos para o sistema de saúde, além do risco de morte aos usuários (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Um relatório publicado na Irlanda e Reino Unido sobre a temática mostrou que o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EA custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do sistema nacional de saúde com questões litigiosas relacionadas foi de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EA foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais (KOHN et. al., 2000).

A partir de 2014, a OMS demonstrou preocupação com a grande escala de EA relatados nas internações hospitalares e a baixa efetividade dos cuidados com a segurança dos pacientes, criando um programa denominado *Pacient Safety Program* (Programa de Segurança do Paciente) com o objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (BRASIL, 2014). A OMS priorizou duas ações principais nesse programa com o objetivo de diminuir os eventos adversos: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (OMS, 2009).

Os protocolos de cirurgia são essenciais para diminuir as complicações intra e pós-operatórias, pois sabe-se que é consolidado na literatura médica mundial que as complicações cirúrgicas são responsáveis por um número expressivo de mortes e invalidez, sendo que muitos são desfechos evitáveis (MENDES et al., 2013). Nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, a sociedade conhece bem algumas dificuldades que o setor de saúde sofre. Pontua-se como principal a precária infraestrutura hospitalar, gestão ineficiente dos recursos públicos, gestão dos recursos humanos e de material deficiente, além da corrupção enraizada há séculos na política brasileira. Soma-se a tudo isso o baixo grau de escolaridade da população e o elevado índice de analfabetismo. Esse quadro contribui para uma saúde pública deficitária, refletindo de certa forma na cultura de segurança. O usuário precisa ser também protagonista na cultura de segurança, pois ele também faz parte do processo, não apenas um agente passivo (BRASIL, 2004).

A garantia da segurança do paciente cirúrgico é multifatorial. Apesar da literatura mostrar com consistência que protocolos bem estruturados, equipes multiprofissionais coerentes e sistematizadas são essenciais para

o desfecho positivo do paciente, parece que essas práticas não são aplicadas com efetividade (HAYNES et al., 2011). Por exemplo, a infecção de sítio cirúrgico continua sendo uma das causas de complicações cirúrgicas mais importante em países em desenvolvimento (MENDES et al., 2013).

Logicamente que a precariedade da infraestrutura hospitalar contribui para a falta de segurança, porém não é o mais importante. Medidas como antibioticoprofilaxia pré-operatória, esterilização de material adequadamente e assepsia das mãos dentro da técnica são sabidamente efetivas, porém são seguidas de maneira inconsistente pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um protocolo de cirurgia segura elaborado racionalmente, adaptado à realidade local, uma equipe multiprofissional em constante treinamento e sensibilização, responsável pela promoção do cuidado em seu trabalho vivo, motivada pela divulgação dos resultados do seu trabalho, sentindo-se responsável pelo prognóstico positivo do paciente são objetivos que devem ser buscados incansavelmente. A gestão pública de saúde deve refletir sobre a qualidade dos cuidados em saúde prestados à comunidade e voltar seu olhar para a assistência, tentando direcionar a equipe no horizonte da visão holística do usuário e corrigir ao máximo os problemas de infraestrutura e material.

Cabe também à sociedade exercer seu direito de controle social do SUS, participando das reuniões do Conselho de Saúde, levando a discussão para o meio acadêmico, propondo políticas públicas voltadas para a realidade da sua comunidade e, principalmente, sentindo-se parte do processo do cuidado. O País precisa de uma gestão em qualidade, não em números.

SURGICAL SAFETY PATIENT IN RONDÔNIA: A CRITICAL ANALYSIS ON LABOR PROCESSES

ABSTRACT: This essay aims to argue about the benefits of safety protocols in surgical patients related to health care, especially in the effective reduction of adverse events during hospitalization. It emphasizes the multidisciplinary character of the health teams as a foundation of the work processes for the production of patient care and the indispensable role of social control, besides the participation of the user as protagonist in the safety culture. This fact justifies the need for public policies aimed at promoting and preventing related diseases. It reinforces the idea of public management focused on quality of care, focused on social assistance, not just on statistics.

KEYWORDS: Patient safety; Assistance; Processes; Traffic injuries.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Manual. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 04 jul.2016.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Acidentes de trânsito custam R\$ 12 bilhões para a Previdência**. Portal Brasil, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2013/12/acidentes-de-transito-custam-r-12-bi-para-a-previdencia>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. ANVISA. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

CREMERO. Conselho Regional de Medicina de Rondônia. **A Prevenção do médico no século XXI**. Porto Velho, 06 de jun. 2016. Disponível em: <http://www.cremero.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21494:2016-06-06-13-40-13&catid=46:artigos>. Acesso em: 04 jul. 2016.

CORREGGIO, Thâmy Canova da; AMANTE, Lucia Nazareth; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista Sobecc**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.67-73, 2014.

DENATRAN. **Frota Nacional** – setembro de 2014. Brasília, DF, 2014.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. 2006. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

HAYNES, Alex B. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **New England Journal of Medicine**, [s.l.], v. 360, n. 5, p.491-499, 29 Jan. 2009. *New England Journal of Medicine (NEJM/MMS)*. Acesso em 7 set. 2016.

HOWLEY, Isaac W. et al. Epidemiology of road traffic injury patients presenting to a tertiary hospital in Hyderabad, India. **Surgery**, [s.l.], p.327-345, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2017.01.029>.

IBGE. **Censo 2010**. Brasília, DF, 2010.

KOHN LT, *et al.*, **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LIMA. T. L., *et al.*, **Violência no trânsito: uma abordagem da problemática na cidade de Porto Velho**. Dossiê: O Primeiro Século da Cidade de Porto Velho, Ed. Zona de Impacto, Rondônia, 2015. ISSN 1982-9108. ANO 17, Volume 1, p. 97.

MERHY. E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o Público. Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MENDES, W. *et al.*, The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health**. Care 2009; 21:279-284.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO guidelines for safe surgery. 2009: safe surgery saves lives**. Geneva, 2009. Manual. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44185>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 130-135.

RONDÔNIA. DETRAN. **Anuário de estatísticas 2013**. Porto Velho, RO, 2013.

_____. SESAU. **Pronto-Socorro João Paulo II tem quase cinco mil vítimas de acidentes de trânsito provocado por motocicletas**. Porto Velho, RO, 28 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/2015/08/80248/>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

VRIES, E. N. *et al.* Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 20, p. 1928 – 1937, 2010.