

QUALIDADE, EXPERIÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA GESTÃO INTEGRAL.

CALIDAD, EXPERIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA GESTIÓN INTEGRAL.

DOI: 10.48018/rmv.v33.i1.e

Covello Rubens¹

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

¹ Quality Global Alliance. São Paulo - Brasil

ORCID ID:

Covello Rubens
orcid.org/0000-0002-2011-0317

*Corresponding author: Covello Rubens
E-mail: rubens.covello@qmentum.com.br

Article history

Received: 01 - Mar - 2022

Accepted: 30 - Jun - 2022

Publish: 01 - Jul - 2022

Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Financial disclosure: The author has no financial relationships relevant to this article to disclose.

Palabras clave: Qualidade, Experiência, Segurança do Paciente, Gestão Integral.

Keywords: Quality, Experience, Patient Safety, Comprehensive Management.

Citation:

Covello R. QUALIDADE, EXPERIÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA GESTÃO INTEGRAL. Rev Med Vozandes. 2022; 33 (1): 9 - 12

RESUMO

O nosso artigo demonstra que para que a qualidade, experiência e segurança do paciente sejam integralmente inseridas na estratégia das instituições e serviços de saúde, a mesma deve obrigatoriamente ser uma ferramenta de gestão integral.

Esta gestão integral de processos de qualidade deve estar ancorada na alta administração e na liderança das organizações de saúde, tendo como prioridade o paciente/pessoa no centro das decisões. Para tal, temos que entender a cultura da organização, como construir equipes competentes e de alta performance, como tornar a gestão de segurança e experiência em uma diretriz institucional, como fornecer serviços seguros, eficazes e humanizados mantendo ciclos de melhorias contínuas e monitorando a qualidade e assistência a partir de indicadores de performance e de desfecho.

O propósito desta gestão integral é a de diminuir os eventos adversos, melhorar a qualidade assistencial e dar sustentabilidade ao sistema saúde, trabalhando o ser e o fazer institucional.

SUMMARY

Our article demonstrates that in the course of quality, experience and patient safety, it is fully inserted in the strategy of health institutions and services, it must be an integral management tool.

This comprehensive management of quality processes should be anchored in the senior management and leadership of health organizations, with the patient/person at the center of decisions as a priority. To do this, we have to understand the culture of the organization, how to build competent and high performance teams, how to make the management of safety and experience in an institutional guideline, how to provide safe, effective and humanized services maintaining continuous improvement cycles and monitoring quality and assistance from performance and outcome indicators.

The purpose of this comprehensive management is to reduce adverse events, improve the quality of care and give sustainability to the health system, working on being and doing institutionally.

INTRODUÇÃO

Para falarmos de qualidade e segurança do paciente com enfoque global, necessitamos saber onde de fato nossas instituições e nossos sistemas de saúde estão inseridos.

Sir Cyrill Chantler descreveu na revista *The Lancet* em 1999 (há mais de 20 anos) que “a medicina antiga era simples, inefetiva, mas relativamente segura. Atualmente ela é complexa, efetiva e potencialmente perigosa”. Isso nos mostra que a arte da medicina sempre foi uma atividade de risco com esperanças de benefícios de cura, mas sempre acompanhada da possibilidade de dano. Portanto, define-se qualidade em saúde como um produto social, representado por conceitos e valores associados às expectativas em relação ao paciente, pessoa ou comunidade.

O cenário global de qualidade nos demonstra que as falhas da qualidade e segurança estão inseridas na gestão de processos: essas falhas acontecem em não adicionarmos verdadeiramente valores ao paciente ou falhas no atendimento às expectativas deste paciente. Isso tudo multiplicado pelos impactos da cadeia econômica e social em relação ao sistema de saúde como um todo, especificamente no que diz respeito à incorporação de novas tecnologias, aumentos de expectativas de vida; medicina defensiva, ineficiência de gestão do sistema; aumento de custos, dificuldade de não financiamento e descompromisso da agenda econômica e técnica.

Em 2020, a *Price Water Coopers* demonstrou em seu relatório anual como será o futuro dos sistemas de saúde do mundo, se não colocarmos o paciente no centro das decisões. Esse relatório demonstrou que os atuais sistemas de saúde ficarão insustentáveis até 2035 por essas tendências convergentes, aumentos das demandas, alto custo e qualidade desigual. Se não trabalharmos isto com a qualidade, experiência e segurança do paciente, nossos sistemas de saúde irão submergir.

Atente-se também dentro dessa linha de raciocínio, para a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) que nos sinaliza que há mundialmente mais de 43 milhões de eventos adversos ao ano. Tudo isso nos dá certeza de trabalhar de maneira integral o processo de qualidade e segurança do paciente, melhorando a qualidade e segurança do cuidado. Entendo a necessidade da comunidade a ser atendida, traçando o seu perfil epidemiológico, diminuindo custos e valorizando a experiência dos profissionais de saúde.

Olhando para hoje e para o futuro, entendo que a estrutura global da qualidade e segurança do paciente tem que estar estruturada em cinco pontos:

- 1) Melhorar a qualidade e segurança do cuidado, colocando a pessoa no centro das decisões.
- 2) Trabalhar o perfil epidemiológico das instituições de saúde, entendendo as necessidades da população atendida.
- 3) Aumentar a rentabilidade e a sustentabilidade e diminuindo custos.

4) Valorizar a experiência dos profissionais envolvidos com a prestação de cuidados.

5) Ter modelos de governança éticos, transparentes e com foco assistencial. (Julianne Morath e Lucian Leape – 2015)

Com o foco nestes cinco pontos, iremos diminuir a probabilidade de resultados indesejáveis.

O processo de segurança do paciente vem como uma ferramenta disruptiva, focada no pensamento sistêmico, na mudança de comportamento, resultando em uma política de cultura de segurança efetiva e mensurável.

Segurança do paciente torna-se dessa maneira uma disciplina com o corpo integrado de conhecimentos e competências de quem tem o potencial de transformar os cuidados em saúde. Constatando que os eventos adversos geralmente ocorrem devido às falhas do sistema e não apenas por causa da inépcia dos indivíduos. (Elizabeth Dyiton, Ronda Hughes – 2000).

Portanto, a política de segurança do paciente deve ser usada como um processo para as organizações analisarem e melhorarem periodicamente a sua assistência e gestão como uma ferramenta para identificar áreas de melhorias nas organizações de saúde e como uma medida para comparar a prestação de cuidados de saúde, sempre por meio de padrões baseados em melhores práticas e evidências científicas.

Trabalhar qualidade e experiência de segurança do paciente integralmente é redução do retrabalho, redesenho na simplificação dos processos de trabalho e redução de eventos adversos.

Reafirmo que, para tal, o cuidado tem que ser centrado na pessoa, organizando as melhores práticas, definindo cuidados preventivos; medindo resultados de custos e integrando processos assistenciais com os processos de gestão: tudo associado à comunicação integrada aos cuidados.

O cuidado centrado no paciente concentra-se nas necessidades particulares de cuidados de saúde de cada indivíduo. Um dos objetivos importantes dos cuidados de saúde centrado nos pacientes é capacitá-los para que eles se tornem mais ativos em seus cuidados e envolvidos integralmente em seus tratamentos. Desta maneira, diminuiremos satisfatoriamente a fragmentação do cuidado, as ineficiências, erros, quase erros; eventos adversos e a baixa adesão aos tratamentos.

Como fundamentos importantes neste desenho do paciente no centro das decisões temos: dignidade, respeito, compartilhamento com comunicação de informação e colaboração dos profissionais de saúde juntos a pessoa e aos familiares.

É necessário na implementação do cuidado centrado no paciente:

- 1) Entender a cultura da organização.
- 2) Construir equipes preparadas e competentes.
- 3) Tornar a gestão da segurança e experiência do paciente em uma diretriz estratégica.
- 4) Gerenciar a experiência dos colaboradores e do corpo clínico em relação a qualidade assistencial.
- 5) Fornecer serviços seguros e eficazes.
- 6) Implementar a gestão de boas práticas.
- 7) Implementar instrumentos de avaliação e performance.
- 8) Manter ciclos de melhoria, monitorando a qualidade.

Quando focamos o cuidado centrado no paciente, estamos praticando ferramentas de comunicação de envolvimento da família e cuidado seguro, estamos qualificando equipes ou times de alta performance em um ambiente acessível a todas as contribuições dos pacientes e seus familiares.

De acordo com o Beryl Institute, a experiência do paciente é “a soma de todas as interações, moldadas pela cultura da organização que influenciam a percepção do paciente através da continuidade do cuidado

Entender o contexto do seu paciente é o passo mais importante, para criarmos um programa de experiência pleno e factível. O programa de experiência do paciente é estruturado a partir da cultura e liderança, infraestrutura e governança; inovação e tecnologia, qualidade e excelência clínica; ambiente e hospitalidade, políticas e métricas, não deixando de focarmos no engajamento dos colaboradores, do paciente, da família e da comunidade.

Seus pilares estratégicos devem ser escutar e acompanhar o paciente, atendendo às suas necessidades e construindo conexões. O cuidado deve ser personalizado, coordenado e capacitante.

Entender a experiência do paciente é um ponto fundamental na mudança em direção ao cuidado centrado na pessoa. Analisando os vários aspectos da experiência do paciente, pode-se analisar até que ponto eles estão recebendo cuidados respeitosos e que correspondem às preferências, necessidades e valores individuais.

Avaliar a experiência do paciente, em conjunto com outros componentes como a eficácia e a segurança dos cuidados, é

essencial para fornecer uma imagem completa da qualidade dos cuidados de saúde. Implantar tudo, somado a um tratamento com dignidade e compaixão focado nas necessidades individuais com práticas clínicas baseadas em evidências científicas, resulta com certeza em uma experiência cumulativa positiva. (The Health Foundation, Person – Centred Care Med Simple – Londres, 2014).

Quando trabalhamos uma gestão integral de qualidade, experiência e segurança, os pacientes se sentem seguros, preparados para identificar práticas não seguras, tornam-se parceiros no cuidado com atitudes proativas; sentem-se respeitados, compreendem seu tratamento e estão preparados para opinar sobre ele.

Para que possamos implementar esse processo de melhoria, agregando valor à Instituição, é obrigatório que tenhamos um escritório com visão integral, olhando e ouvindo o paciente. Este escritório deve atender às necessidades dos pacientes e familiares, constituindo um instrumento que levanta a bandeira do cuidado em todos os momentos da jornada do paciente, permeando toda a Instituição. O escritório tem como propósito o real desejo de servir, na sua mais profunda intenção, desenvolvendo comportamentos. Os profissionais do escritório devem conhecer as técnicas de atendimentos, conceito de qualidade e principalmente as ferramentas de humanização. Devem estar preparados para o ato de servir.

O escritório de gestão integral do paciente deve desenvolver, compartilhar e engajar todos no seu planejamento estratégico; deve se empenhar pelo alinhamento de forma ampla na Instituição, independente da hierarquia, estabelecer ações consistentes e amplas de comunicação e criar meios de informar, engajando todos os colaboradores para esforços que resultem em valor para o paciente.

Não agregaremos valor ao paciente e às organizações saúde. Não transformaremos o sistema e muito menos entenderemos as expectativas do paciente, se não houver como foco uma gestão da qualidade, gerenciamento de riscos e segurança do paciente de maneira integral e educativa.

REFERENCES

- Audet, A.M. (2006). Adoption of Patient-Centered Care Practices by Physicians: Results From a National Survey. *Arch Intern Med*, 166(7):754-9.
- Balik, B. (2011). Leaders' role in patient experience: Hospital leadership must drive efforts to better meet patients' needs. *Healthcare Executive*, 26(4):76-78.
- Balik, B. (2012). Patient- and Family-Centredness: Growing a Sustainable Culture. *Healthcare Quarterly* 15: 10-12.
- BC Patient Safety & Quality Council. (2010) Measurement strategies for improving the quality of care: A review of best practice. Vancouver BC.
- Bergeson, S.C. (2006). A Systems Approach to Patient-Centered Care. *JAMA*, 296 (23): 2848-51.
- Canadian Institutes of Health Research (2011). News Release. Government of Canada puts patients first with new research strategy.
- Coulter, A. (2012). Leadership for patient engagement. The King's Fund. London: UK.
- Davis, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. (2010). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Quality and Safety*, 20: 108-114.
- Epstein, R.M., & Streef, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2): 100-103.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2012). How to Improve.
- Institute for Healthcare Improvement, the National Initiative of Children's Healthcare Quality, the Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). Patient- and Family-Centered Care Organizational Self-Assessment Tool.
- Institute for Healthcare Improvement (2004). Strategies for Leadership: Patient-and Family-Centred Care: A Hospital Self-Assessment Inventory.
- Kingston General Hospital (2012). Press Release: KGH wins patient-centred care award from NRC Picker.
- Levinson, W. (2011). Patient-centred communication: a sophisticated procedure. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 20(10): 823-825.
- Safer Healthcare Now! (2011). Improvement Frameworks Getting Started Kit. Canadian Patient Safety Institute.
- Shaller, D. (2007). Patient-Centered Care: What Does it Take? The Commonwealth Fund.
- Stange, K.C., Nutting, P.A., et al (2010). Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. *Journal of General Internal Med*, 25(6): 601-12.
- The King's Fund (2013). Patient Centred Leadership: Rediscovering our Purpose.
- Wagner, et al (2012). Guiding Transformation: How Medical Practices Can Become Patient-Centred Medical Homes. The Commonwealth Fund.
- Wasson, & Baker (2009). Balanced Measures for Patient-Centered Care. *J Ambulatory Care Manage*, 32(1), 44-55.
- WIHI. Recognizing Person- and Family-Centered Care: Always Events at IHI Radio Broadcast.
- World Health Organization (2007). People-Centred Health Care: A Policy Framework. Geneva.