

A Cultura de Segurança no Cuidado Paliativo Oncológico durante a Pandemia de Covid-19

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1146>

The Culture of Safety in Palliative Oncological Care during the COVID-19 Pandemic

La Cultura de la Seguridad en la Atención Oncológica Paliativa durante la Pandemia Covid-19

Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt¹; Maria das Graças Gazel de Souza²; Regina Bokehi Nigri³; Vanessa Gomes da Silva⁴

INTRODUÇÃO

Atualmente, o mundo vive um cenário de pandemia causada pela síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 – Sars-CoV-2*), com impacto na economia, saúde pública e saúde mental de toda a sociedade¹, cujos profissionais de saúde trabalham para o enfrentamento da doença pelo coronavírus 2019 (*coronavirus disease 2019 – Covid-19*), arriscando suas vidas e vivenciando situações que geram desgastes físicos e psicológicos².

E, em se tratando de cuidado paliativo oncológico, que tem por objetivo o alívio do sofrimento humano, seus princípios devem ser aplicados tanto de forma individual, diante de uma doença que ameaça à vida, como por exemplo o câncer avançado, quanto diante de uma população que sofre por risco de perda massiva de vidas³.

Em tempos de crise, Balsanelli e Cunha⁴ mostram que a sobrecarga relacionada aos longos turnos de trabalho dos profissionais da saúde e o estresse físico e psicológico acabam por deteriorar as bases para a segurança. Ocorre um empobrecimento do corpo funcional, que atua em “modo de crise”. Essa sobrecarga leva ao estresse e à fadiga, fatores que comprometem o desempenho e que poderão resultar em erros, falta de comunicação e ajuda mútua, problemas interpessoais, perda do respeito e compreensão.

Na área da saúde, destaca-se o movimento mundial acerca do tema segurança após a divulgação do estudo “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999^{5,6}.

No Brasil, a segurança do paciente entrou na agenda política desde a mobilização da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde (MS) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) para alcance dos objetivos⁶.

A segurança é o primeiro passo para melhorar a qualidade da assistência prestada; contudo, para tal, é necessária a motivação intrínseca dos profissionais, lembrando que “Errar é humano, mas os erros podem ser evitados”⁵.

Os sistemas de saúde devem afastar-se da cultura de “culpa e vergonha” que impede o reconhecimento de erro, obstruindo a possibilidade de aprender com ele⁷. Recursos devem ser investidos para a divulgação das experiências, o que pode ser muito lucrativo para pacientes e profissionais, além de resultar em economia para o sistema de saúde⁵.

De acordo com Nieva e Sorra⁷, o maior desafio para o avanço em direção a um sistema de saúde seguro está na mudança da cultura institucional de culpar o indivíduo pelos erros individualmente, estes não devem ser tratados como falhas pessoais e sim como oportunidades para melhorar o sistema e evitar danos.

DESENVOLVIMENTO

Visando a aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para mitigar a propagação do vírus, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional⁸ e foi responsável pelo significativo aumento no número de casos que demandam internação hospitalar, gerando preocupações quanto ao colapso do sistema de saúde⁹.

Profissionais da saúde reportaram medo de contrair a doença, de transmiti-la a seus familiares, do sofrimento

¹Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer (HC IV). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4451-6258>

²Enfermeira. Doutora pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Unidade de Cuidados Paliativos do HC IV/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6247-9331>

³Médica. Mestranda do Centro de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Unidade de Cuidados Paliativos do HC IV/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2387-243X>

⁴Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Instituto Oswaldo Cruz, Ensino de Biociências em Saúde. Unidade de Cuidados Paliativos do HC IV/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3438-3401>

Endereço para correspondência: Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20560-121. E-mail: ncarolinne@yahoo.com.br



por estarem afastados de seus lares, estresse, sensação de perda de controle, desvalorização e preocupação com o tempo de duração da pandemia¹⁰.

O medo de contaminação por um vírus potencialmente fatal, de origem, natureza e curso pouco conhecidos, acaba afetando o bem-estar psicológico desses profissionais que trabalham no enfrentamento da doença¹¹. O estresse e a pressão de lidar com o ofício, acrescidos do risco de adoecer, provocam severos problemas de saúde mental, aumentando o *turnover* e a síndrome de *Burnout*, além de gerar graves problemas como ansiedade e depressão¹².

O emprego precoce dos cuidados paliativos oncológicos auxilia os profissionais no atendimento às pessoas portadoras da Covid-19, independentemente de estarem em situação de final de vida, ressaltando que a família precisa ser igualmente acolhida pelos profissionais que, nesse contexto, podem ser convocados a tomar decisões difíceis. Portanto, cuidar muito bem dos trabalhadores é de suma importância, visto que sua saúde física e mental é condição para se aproximar do outro, fazendo com que se sintam acolhidos e seguros³.

Nesse cenário, episódios de erros tendem a aumentar, causando danos à clientela e afetando quanti-qualitativamente as instituições, sendo, para os profissionais, frequentemente relacionados a sentimentos de vergonha, culpa e medo de punições, perdendo a chance de conhecer e tratar adequadamente essas falhas¹³.

Scott et al.¹⁴ relatam em seu trabalho que profissionais envolvidos em eventos relacionados à segurança do paciente descreveram uma trajetória para recuperação de um estágio pós-trauma elencado em seis etapas: momento de caos e resposta ao acidente; reflexões intrusivas; recuperação da integridade pessoal; capacidade de suportar as inquisições; ajuda com “os primeiros socorros” emocionais e o movimento: desistir, sobreviver ou prosperar. Na conclusão deste trabalho, sugeriu-se que as instituições têm o dever de manter treinamentos que promovam suporte emocional para lidar com esses momentos críticos e que tenham a definição clara do que é segunda vítima e a sua prevalência¹⁴.

Scott et al.¹⁴ definiram o conceito de segunda vítima como sendo profissionais de saúde envolvidos em evento adverso imprevisto, erro médico e/ou lesão relacionada ao paciente, tornando-se vítimas em decorrência do trauma pelo evento. Com frequência, ocorre sentimento de responsabilidade pelo desfecho do paciente e de falha, subestimando suas habilidades clínicas e base de conhecimento.

Compreender a ocorrência do erro pode estimular notificações e contribuir para mudar o panorama atual de subnotificações. Salienta-se a importância do investimento na cultura de segurança organizacional a partir da

disseminação do conceito de segurança do paciente e das discussões não punitivas sobre o erro humano¹⁵. Várias publicações relatam experiências de casos de segundas vítimas e traumas nos contextos emocionais, sociais, culturais, espirituais e físicos¹⁶ (Figura 1).

Também foi descrito um fenômeno em efeito dominó com quatro grupos: paciente e família (primeira vítima), profissionais da área da saúde (segunda vítima), instituição hospitalar (terceira vítima) e pacientes que irão sofrer danos subsequentes (quarta vítima)¹⁷ (Figura 1).

De acordo com Duarte et al.¹⁷, as notificações precisam ser estimuladas nas instituições de saúde, facilitando o conhecimento das ocorrências (Figura 2). É fundamental uma gestão que ofereça compreensão e tratamento adequados das ocorrências, sem culpabilizar o profissional, destacando a necessidade de uma análise completa de todo o sistema organizacional¹³. Nos cuidados paliativos oncológicos, essa avaliação se torna imprescindível por se tratar de pacientes mais vulneráveis e suscetíveis a complicações.

A segunda vítima pode reagir de várias formas, sendo mais comuns: culpa, ansiedade, fadiga, frustração; e menos comuns: reviver o evento por desordem traumática pós-estresse, evitar cuidar de pacientes, ter sintomas de ansiedade severa para retornar ao trabalho, depressão e ideias suicidas¹⁸ (Figura 1).

Denham¹⁹ propôs que a segunda vítima deveria ter direitos, denominados como “TRUST”: tratamento justo; respeito; compreensão e compaixão; apoio; e transparência e oportunidade de melhora (Figura 2).

Considera-se que a notificação sistemática de incidentes e eventos adversos pode promover discussões interdisciplinares para busca de soluções ancoradas em ações básicas de segurança, visando a evitar recorrência e a identificar lacunas na segurança do paciente²⁰ (Figura 2).

Assim, reduzir elementos que dificultam a comunicação efetiva da equipe, além de promover a notificação de incidentes e eventos adversos, constitui meios de aprimoramento e ferramentas gerenciais com vistas à promoção de um cuidado seguro e efetivo¹⁶ (Figura 2).

A adoção de medidas relacionadas à cultura de segurança organizacional permite que os profissionais se sintam confortáveis para discutir o erro humano¹⁵.

A premissa básica deve ser a de que os seres humanos são falíveis e os erros esperados, mesmo nas melhores organizações, devem ser vistos como consequência e não como causa, sua origem não está na “perversidade da natureza humana”, mas nos fatores sistemáticos existentes²¹.

CONCLUSÃO

Durante a pandemia, as instituições de saúde necessitam redobrar sua atenção para medidas que

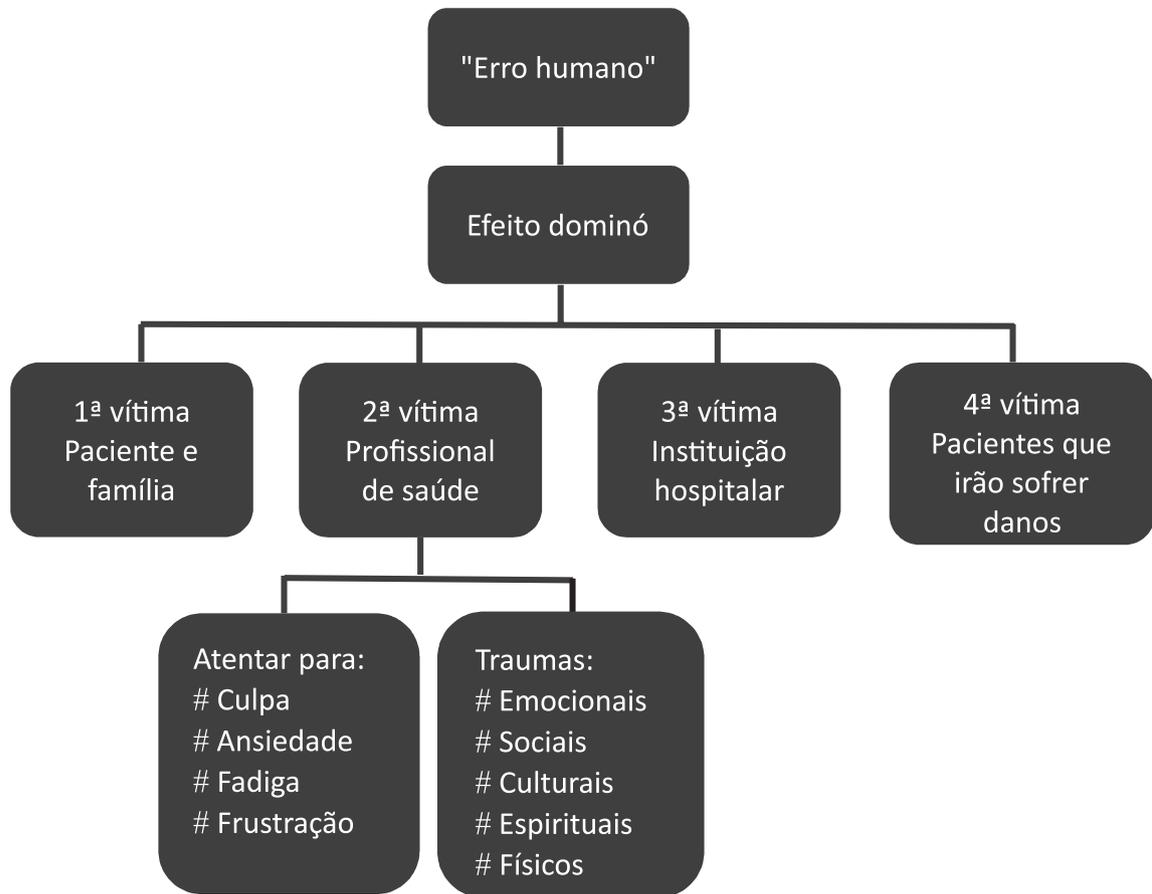


Figura 1. Efeitos do erro humano, 2020

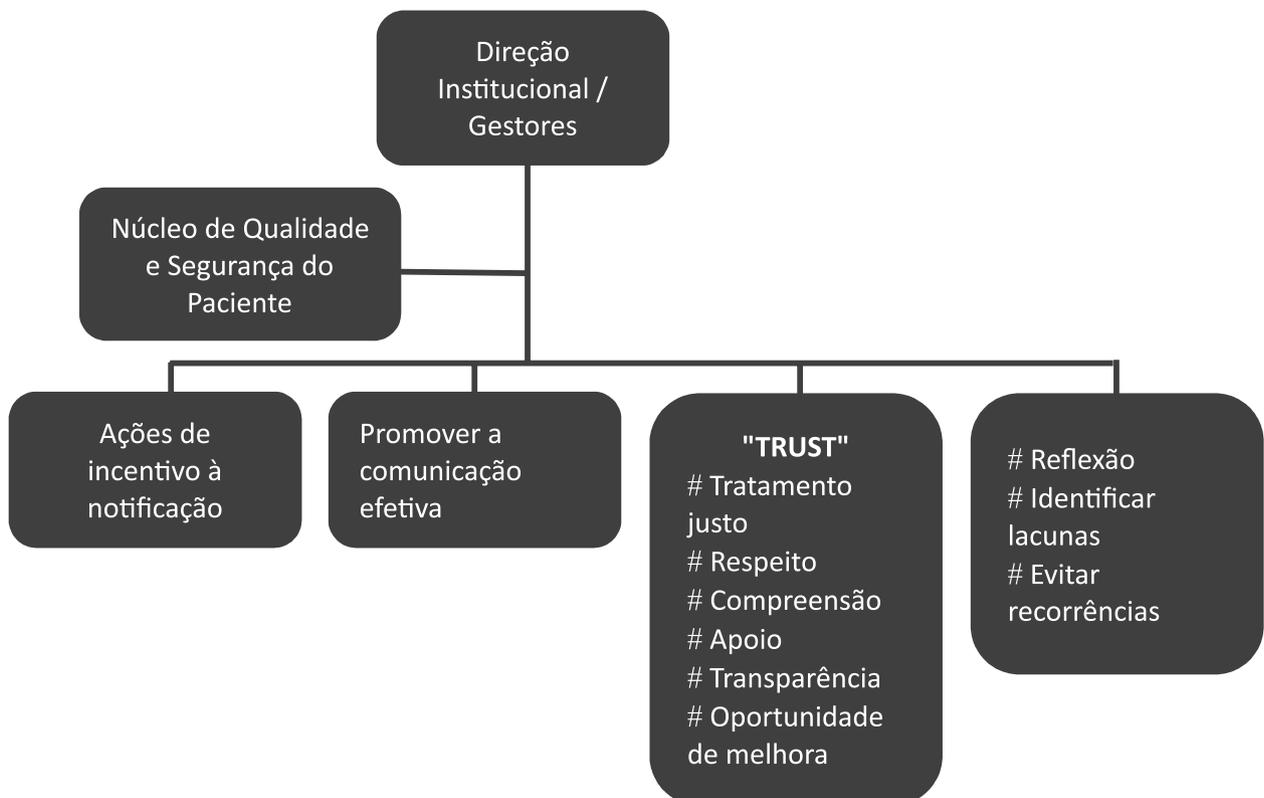


Figura 2. Proposta de abordagem institucional, 2020

favoreçam o acolhimento dos profissionais e implementar ações que fortaleçam a cultura de segurança. Nesse cenário, no qual os profissionais de saúde são valiosos, é indispensável a promoção de ações que protejam a sua saúde.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, ancorado na reflexão proposta, sugere que a referida orientação contribua para o estímulo de ações gerenciais com vistas a enfatizar o desenvolvimento da cultura de segurança.

CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras contribuíram na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, na análise e na interpretação dos dados; assim como na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the COVID-19 pandemic in university hospitals. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2020086. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>
2. COVID-19: protecting health-care workers [editorial]. *Lancet.* 2020;395(10228):922. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
3. Maciel MG. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19: cuidados paliativos orientações aos profissionais de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; [2020] [acesso 2020 jun 25]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%20e-Mental-e-Aten%20a%7%20a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%20a%7%20a5es-aos-profissionais-de-sa%20e.pdf>
4. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(1):106-13. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0150.2531>
5. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Washington, DC: National Academies Press (US); 2000. [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2017. Capítulo 1, Montserat-Capella D, Cho M, Lima RS. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe [acesso 2020 jun 24]; p. 13-17. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>
7. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Qual Saf.* 2003;12(Suppl 2):ii17-ii23. doi: https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
8. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Washington, DC: OPAS; [data desconhecida]. Folha informativa COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus); 2020 [acesso 2020 jun 24]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
9. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, et al. Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand [Internet]. London: Imperial College COVID-19 Response Team; 2020 Mar 16 [cited 2020 jun 18]. Available from: <http://doi.org/10.25561/77482>
10. Hall RCW, Hall RCW, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(5):446-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003>
11. Carvalho PMM, Moreira MM, Oliveira MNA, et al. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020;286:112902. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>
12. World Health Organization. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Mar 18 [cited 2020 Jun 18]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
13. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work Stress.* 1998;12(3):293-306. doi: <https://doi.org/10.1080/02678379808256868>
14. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-30. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
15. Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, et al. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03406. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017042203406>

16. Coughlan B, Powell D, Higgings MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
17. Duarte SCM, Bessa ATT, Büscher A, et al. Error characterization in intensive care nursing. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5 n. esp):01-07. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45502>
18. Romero MP, González RB, CalvoMSR, et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev Bioét.* 2018;26(3):333-42. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>
19. Denham CR. TRUST: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf.* 2007;3(2):107-19. doi: <https://doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd>
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013 abr 2. Seção I:43* [acesso 2020 Jun 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
21. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Recebido em 7/7/2020
Aprovado em 28/7/2020