

A gestão do erro em cuidados m

Helena Bugada

Membro da Direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Autor

É um facto que há erros médicos, como há erros em todas as profissões. O que é fundamental é detectá-los atempadamente, identificar as suas causas e consequências, aprender com eles e saber preveni-los. Não é culpabilizar

de execução) ou quando tenha sido utilizado um plano incorrecto para alcançar determinado objectivo (*erro de planeamento*).

A questão central está na gestão do erro humano. Esta questão tem também duas componentes: a limitação da incidência de

nizacionais que lhes dão origem.

Podemos também falar em erros “activos” e erros “latentes”. Os erros activos são os que ocorrem a nível do operador da linha da frente sendo os seus efeitos sentidos no imediato.

Os erros latentes saem da alçada do controlo directo do operador e incluem os erros de instalação incorrecta, falta de manutenção, más decisões de gestão, organizações mal estruturadas. Os erros latentes representam uma grande ameaça à segurança num sistema complexo porque são frequentemente irreconhecíveis e têm a capacidade de resultar em múltiplos tipos de erros activos.

A população tem de confiar na organização de saúde que procura e esta tem de gerir a trajectória do doente, centrando-se no controlo das contingências que ocorrem de um modo inesperado e desconhecido, que a complexidade e a especificidade de cada caso configuram. Quando um acontecimento adverso (lesão causada por má gestão médica e não pela doença) ocorre, a questão importante não é quem fez, mas como e por que razões falharam as defesas. Isto não significa que se tolere a negligência individual. Deve-se sim, criar regras e procedimentos claros para todos “falarem a mesma linguagem”.

A questão central está na incapacidade do sistema para gerir o inesperado que provoca os erros, que emergem no trabalho diário, quotidiano, repetitivo até.

A própria tentativa de controlo de custos de uma forma cega tem também repercussões nos actos clínicos e na sua segurança. O problema não está só no indivíduo (pro-



este ou aquele indivíduo, responsabilizá-lo e usar apenas medidas disciplinares contra o profissional mais directamente envolvido que se resolve o problema do erro.

Assim sendo, o problema do erro humano, pode ser visto em duas vertentes: o *erro centrado no sistema* (que tem origem em factores sistémicos) e o *erro centrado no indivíduo* (causado por processos mentais aberrantes como o esquecimento, desatenção, fraca motivação ou negligência que levam à violação dos procedimentos). Cada uma delas dá lugar a diferentes “filosofias” com implicações práticas importantes.

Podemos definir “erro” como a falha ou incumprimento de uma acção planeada (*erro*

erros e que estes não sejam totalmente efectivos, criando sistemas que sejam mais capazes de detectar precocemente os erros e conter ou limitar os seus efeitos lesivos.

Não se pode mudar a condição humana (errar é humano), mas é possível mudarem-se as condições nas quais os humanos trabalham, fazendo portanto uma gestão proactiva. Os humanos são seres falíveis e os erros podem acontecer mesmo nas melhores organizações. São vistos como consequências mais que como causas, tendo as suas origens não tanto na perversidade da natureza humana mas mais nos factores do sistema. Estes incluem erros recorrentes detectados nos locais de trabalho e nos processos orga-

fissional de saúde), mas na transformação do sistema. Prevenir os erros é desenhar um sistema de saúde com o objectivo de o tornar mais seguro.

A negligência é um efeito adverso previsível, mas que satisfaz pressupostos do ponto de vista legal, para que possa ser considerada (isto é, se os cuidados prestados a um determinado indivíduo e em determinadas circunstâncias, foram negligentes em relação ao padronizado pelo “estado da arte” naquela situação clínica, e naquele indivíduo). Quando há situações imprevistas devem-se saber gerir e é aqui que reside a fiabilidade ou *reliability* das organizações (capacidade para descobrir e gerir eventos inesperados). Dentro da organização os indivíduos renegoceiam a sua participação, elaboram e reelaboram constantemente a cooperação através do ajustamento mútuo, tentando controlar o que é importante para as suas tarefas. É na divergência que reside a chave da detecção das anomalias. Para estas organizações o objectivo da segurança não está tanto em prevenir falhas isoladas quer humanas quer técnicas, mas tornar o sistema tão robusto como prático, face aos erros operacionais e humanos.

Tudo o que é previsível e determinado é possível de ser planeado, automatizado, informatizado. O que exige o reposicionamento do conceito e prática do trabalho. Este, centra-se hoje, sobretudo na capacidade de enfrentar os incidentes, isto é, os acontecimentos que se produzem de maneira parcialmente imprevisível e surpreendente, que vêm perturbar o desenvolvimento normal do sistema de produção, ultrapassando a capacidade do sistema téc-

nico assegurar a sua auto-regulação. “Estes incidentes traduzem um questionamento interno ao sistema quanto à sua (in)capacidade de os evitar/resolver/avaliar, revelando a fronteira do sistema e logo a sua periferia” (Rasmussen, 1994).

Fazer face ao incidente é, nesta perspectiva, estar atento ao meio. Desenhar respostas pertinentes e entende-las, elas próprias, como um processo de acontecimentos no seio do qual se estudam diferentes opções e se implementam as mais adequadas. Trata-se de saber criar respostas a um meio envolvente social complexo e em permanente mutação.

Esta configuração do trabalho questiona o conceito de competência. A competência aliada à inteligência emocional, é hoje, basicamente a capacidade de fazer face, de um modo pertinente a acontecimentos imprevistos e aleatórios.

“A competência não é um estado ou um conhecimento que se



detém... ela realiza-se na acção. Não tem existência prévia. A competência só se manifesta na acção” (Boterf).

Um poderoso instrumento para fazer face ao erro em Saúde é a *qualidade*. Com *qualidade*, faz-se melhor, com mais eficiência, e sobretudo com mais segurança.

É a *qualidade* em saúde que constitui a abordagem correcta para a prevenção do erro, satisfazendo os utentes, a realização dos profissionais, o agrado dos financiadores, permitindo a optimização dos recursos, o combate ao desperdício e a valorização dos verdadeiros valores em saúde.

A normalização de procedimentos baseados nas boas práticas, leva à redução da variabilidade, aumentando a probabilidade de fazer bem logo à primeira. Fazer a “coisa” certa, de forma certa, à pessoa certa, no momento certo.

Quanto aos custos do erro, estes podem ser *directos* e *indirectos*, sendo pagos pela sociedade, pacientes e pelos profissionais de saúde. Os *directos* referem-se a despesas mais altas com os cuidados de saúde, e os *indirectos* incluem os factores como a diminuição da produção, absentismo escolar e de trabalho, custos com a incapacidade, e custos pessoais de cuidados. Há também perda de confiança no sistema por parte dos pacientes e diminuição da satisfação dos pacientes e profissionais de saúde. Os pacientes pagam com uma incapacidade ou uma estadia maior no hospital, desconforto físico e/ou psíquico e os profissionais pagam com a perda da moral e a frustração de não terem sido capazes de prestar os melhores cuidados possíveis. Embora o risco de morrer em resultado de erro médico ultrapasse em muito o risco de morrer de acidente de aviação, dá-se maior importância (infelizmente) ao aumento de segurança das companhias aéreas do que se gasta nos hospitais para os tor-

nar mais fráveis nos cuidados à população. A prevenção do erro é uma ciência desenvolvida em muitas empresas e assim sendo, porquê é que os hospitais não fazem mais para tirar vantagem deste conhecimento?

As “comissões hospitalares de gestão do risco” deveriam fazer relatórios detalhados dos incidentes, para que fossem analisadas todas as ocorrências que resultassem em danos ou não aos doentes, avaliar-se-iam todos os factores etiológicos e seriam então encontradas as soluções, propondo as mudanças a introduzir no sistema, para que os incidentes não se repetissem, aprenden-

do com os erros e elaborando estratégias de prevenção dos mesmos. Estas comissões deveriam integrar não só profissionais de saúde mas também representantes dos utentes dos serviços de saúde, para uma melhor interacção entre os factores externos e internos das organizações de saúde. A mudança de cultura no sistema de saúde é urgente e depende em grande parte do envolvimento e participação dos diferentes *players* através de abordagens de carácter multidisciplinar e interdisciplinar. Só desta forma será possível transformar as organizações de saúde incutindo os valores de melhoria contínua da qualidade enquanto vectores críticos do sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Amoore, J., Ingram, P. – *Quality improvement report: learning from adverse incidents involving medical advices*. BMJ 2002; 325: 272-275
- Berwick D. – *Continuous improvement as ideal in health care*. N Eng J Med 1989, 320: 53-56
- Donabedian A. – *The Quality of Care: how can it be assessed?* JAMA 1988;260:1748-8
- Institute of Medicine. – *To err is human: building a safer health system-report of the Committee on Quality of Health Care in America*. Washington: National Academy Press, 2000
- Reason, J. – *Human Error: models and management*. BMJ, 2000; 320:768-770
- Reason, J. (1997) – *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing Limited
- Tucker, A., Edmondson, A. (2003) – *Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change*, In *California Management Review* 45, 2, p. 55-72
- Vincent, C (2000) – *How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol*. BMJ, 2000; 320: 777-781

