

GERIR O ERRO EM SAÚDE

Idalina Beirão

Diretora Científica e Pedagógica do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS, UP

Diretora do Departamento de Ensino Médico Pré-Graduado do Centro Hospitalar do Porto

Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia, Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto

Gestora de Risco Clínico do CHP

A preocupação com a segurança do doente remonta já à antiguidade. Disso são exemplos o Código Hamurabi que remonta a 2000 anos antes de Cristo e escola de Hipócrates (460 - 377 AC) que defendia a tese *Primum non nocere*. Na publicação *Epidemias*, Livro I, da Escola Hipocrática encontramos a citação: “Pratica duas coisas ao lidar com a doença: ajuda ou não prejudiques o doente” (1).

No entanto, foi em 1999 com a publicação do relatório do Institute of Medicine *To Err is Human* baseado no *Havard Medical Practice study*, que revelava que a morte por erro em hospitais/Unidades de Saúde ultrapassava o número de mortes por acidentes de viação (44. 458), cancro da mama (42.297) ou SIDA (16.516), que a atenção ao erro em medicina sofreu um enorme incremento. A 27 de outubro de 2004, foi lançada a *World Alliance for Safety Patient*, da Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de desenvolver políticas e práticas na área da Segurança do doente nos estados membros e, em 2009, a Organização Mundial de Saúde publicou um Guia Curricular para as Escolas Médicas sobre a Segurança do doente.

Seis anos após a publicação do livro *To Err is Human*, Leape L e Berwick D publicaram um estudo que revelava que 10% dos doentes internados sofriam eventos adversos, dos quais 40% eram evitáveis (2). Em 2009, o estudo ENEAS - Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización, publicado em Espanha mostrou que 9,3% dos doentes internados sofriam eventos adversos, dos quais 42,8% foram considerados evitáveis (3).

Em Portugal, o estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública “Segurança do doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade” mostrou resultados semelhantes, 11,1% dos doentes internados sofreram eventos adversos, dos quais 53,2% eram evitáveis. Em 58,2% dos casos, houve prolongamento do tempo de internamento, em média de 10,7 dias (4).

Na atualidade, os Cuidados de Saúde são um sistema complexo, de elevado risco, que serve uma população cada vez mais idosa e com mais comorbilidades. Com o avanço tecnológico, os procedimentos são cada vez mais ousados e complexos, o que permite aumentar o leque de tratamentos, mas acarreta um aumento do risco associado, isto é, a probabilidade de ocorrência de um evento adverso. Por evento adverso entende-se uma ocorrência negativa não intencional, consequência do tratamento e não da doença que lhe deu origem, causando dano que pode ser desde uma simples alteração no fluxo de trabalho até dano grave permanente ou morte do doente (5). Alguns dos eventos adversos não são totalmente evitáveis, mas podem ser minimizados. O erro médico é o dano não intencional, provocado ao doente pela ação (comissão) ou inação (omissão) do médico, no exercício da profissão. Os erros por comissão (realização de ato errado) são mais raros do que os erros por omissão (não realização de ato a que estaria obrigado).

A gestão dos erros tem duas fases distintas, a prevenção e a análise dos erros ocorridos. Esta última fase é fundamental para a prevenção de novos erros e, de certa forma, para a amplificação do sistema de gestão do erro.

São várias as causas que podem levar ao erro: distração por múltiplas tarefas em simultâneo, engano na aplicação das regras, erros por desconhecimento, pouco treino e falta de supervisão nos procedimentos invasivos, registos clínicos incompletos com omissões e o medo de reportar erros que impedem a prevenção de novos erros. A fadiga, o stress, a pressão do tempo, as falhas de comunicação e de liderança em equipa são facilitadoras do erro.

Os *Never Events*, eventos inadmissíveis ou erros que nunca deveriam acontecer, são erros inequívocos (claramente identificáveis e mensuráveis), graves (resultando em morte ou incapacidade significativa) e geralmente evitáveis. Por regra, existe uma fonte conhecida de risco para o evento, ocorre durante a prestação de cuidados, existem orientações nacionais e/ou recomendações de segurança nacional para a prevenção do mesmo e apoio para a sua implementação. O evento é em grande parte evitável se as orientações forem implementadas pelo que o risco da sua ocorrência pode ser significativamente influenciado pelas políticas e procedimentos de uma instituição.

De acordo com o modelo de James Reason, os erros ocorrem por fatores organizacionais e deficiências no sistema. O somatório de várias falhas no sistema pode conduzir a um erro/acidente. Os profissionais envolvidos podem cometer erros por lapsos, enganar ou por violação negligente das regras (5). Um Sistema Seguro assume que qualquer profissional pode errar e a compensação passa um processo de melhoria contínuo, baseado na criação de protocolos, de fluxogramas, de alertas, de barreiras de segurança e de auditorias.

Como afirmou Sir Liam Donaldson, responsável pelas iniciativas da Segurança do Doente da OMS, “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”. Para aprender com o erro, é crucial haver uma cultura positiva e não punitiva do erro e a perceção clara da sua existência, essencial à sua prevenção. É importante avaliar as causas do evento, as falhas no sistema, procurar minimizar os danos para o doente e profissional e prevenir novas ocorrências.

Para reduzir o risco na Saúde, e conseqüentemente o erro, foram importadas práticas de diversos campos da Indústria, como a aviação e a engenharia nuclear. São exemplos disso a notificação de incidentes, a *Root Cause Analysis*, a *utilização de Checklists Aviation-style*, a *crew resource management* - modelo de treino de trabalho em equipa em situações de crise baseado na aviação e a Simulação (doente e cenários clínicos) como uma ferramenta de ensino e treino.

Em Portugal, o plano nacional para a segurança do doente 2015-2020 define como objetivos estratégicos para a prevenção do erro: 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2. Aumentar a segurança da comunicação; 3. Aumentar a segurança cirúrgica; 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação, 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; 6. Prevenir a ocorrência de quedas, 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção do incidentes e 9. Prevenir e controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos.

As notificações de eventos permitem fortalecer a segurança do doente através de um processo de aprendizagem contínuo. Devem ser não-punitivas e garantir o anonimato do notificante e a confidencialidade. A sua análise deve ser focada no evento propriamente dito e no processo subjacente e não nos profissionais envolvidos. Desta análise resultarão ações de melhoria na segurança. Estima-se que por cada 20 erros, apenas um é notificado, ou seja, os eventos reportados constituem apenas a parte

visível do iceberg que representa o total dos eventos. Além dos sistemas de notificação já existentes em múltiplas instituições, a DGS criou um Sistema Nacional de Notificação de Eventos apelidado de “NOTIFICA”, uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem os incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho e com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes. Este sistema, contudo, tem tido uma taxa de adesão baixa por parte de utentes e profissionais.

A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, é uma organização independente e autónoma para a acreditação de instituições de saúde, identificou as falhas na comunicação como o fator responsável em mais de 65% dos eventos mais graves, os eventos sentinela (6). Assim, apostar na formação organizacional e pessoal nomeadamente na comunicação e trabalho de equipa é essencial para reduzir a incidência de eventos adversos graves.

Além do anteriormente referido, constituem medidas importantes na prevenção do erro: 1. a criação e divulgação de protocolos para padronização de determinadas práticas; 2.a instituição de alertas de segurança em áreas como a do medicamento (interações medicamentosas /medicação de Risco/ medicação LASA - *Look Alike, Sound Alike*), alergias, quedas e identificação do doente são importantes medidas na prevenção do erro associado aos cuidados de saúde;3. A introdução de *checklists* de segurança em várias áreas com destaque para a área cirúrgica.

Para que ocorra um processo de melhoria contínua, a implementação destas e de outras medidas deve ser monitorizada e auditada. Nas auditorias é fundamental o envolvimento dos profissionais envolvidos na realização dos procedimentos a auditar, e devem ser interpretadas como uma ferramenta para medir e melhorar a prática clínica e não como uma inspeção.

Apesar de todas as medidas de segurança, teremos sempre incidentes e erros. Desde a antiguidade que existe uma sacralização do ato médico, onde o erro é interpretado como a antítese do poder de curar atribuído ao médico. O erro é assim impensável para o doente e família e é conotado como negligência/ falta de profissionalismo criando em torno do médico uma obrigatoriedade de sucesso.

O erro desperta no doente e na família sentimentos como medo /angústia, isolamento, culpa, raiva, impotência e preocupação (7). Também no profissional de saúde, o erro desperta sentimentos de temor, de medo de punição, de isolamento, de culpa, de vergonha, de impotência, de preocupação com o trabalho, com a sua reputação, de dúvida de si mesmo e de raiva (8). O profissional é sem dúvida a segunda vítima do erro, facto que não deve ser esquecido.

Perante o erro, o mesmo deve ser comunicado ao doente/família. Existem, contudo, algumas barreiras à comunicação do erro criadas pelas dúvidas em relação a benefícios da sua comunicação, o medo de causar sofrimento desnecessário ao doente e à família, o receio de ações judiciais e a falta de formação na divulgação de erro (9).

A partilha e a análise do erro, através das notificações e das reuniões de morbimortalidade permite a prevenção de erros futuros e ajuda à vivência dos mesmos pelos profissionais. Saber comunicar o erro ao doente e à família, assumir a continuidade dos cuidados pode contribuir para reduzir a revolta e o risco de ações judiciais. O doente tem o direito de receber informação, honesta e partilhada com compaixão, e o médico deve ser capaz de colocar as necessidades dos seus doentes acima das suas (10). No caso de o erro ocorrer com outro médico da equipa, a comunicação deve ser feita pelo médico mais experiente e com maior relação com o doente e os médicos envolvidos devem estar presentes, evitando assim mensagens divergentes e assumindo uma responsabilidade partilhada (10).

Em conclusão, a Gestão do Risco em Saúde é um processo “vivo”, de melhoria contínua, que implica estabelecer o contexto, identificar os riscos, avaliá-los e controlá-los. Mas, para criar uma Cultura de Segurança, é importante que os profissionais de saúde não a sintam como uma ameaça à sua autoridade e autonomia. É fundamental ter uma cultura positiva e não punitiva do erro, aprender e difundir esta aprendizagem para aumentar a segurança de todos.

Após a ocorrência do erro, o doente e a família devem ser informados e apoiados, garantindo a continuidade dos cuidados. Por outro lado, o profissional deve ser motivado para notificar, não deve ser culpabilizado, deve participar na análise do processo e apoiado psicologicamente, se necessário.

Referências:

1. Lloyd, Geoffrey, ed. (1983). *Hippocratic Writings* (2nd ed.). London: Penguin Books. p. 94.
2. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? JAMA. 2005 18;293(19):2384-90.
3. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, Gea-Velazquez de Castro MT; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(6):408-14.
4. https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvol-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf
5. José Fragata. *Risco Clínico – Complexidade e performance*. Editora Almedina. 2006

6. Fay-Hillier TM¹, Regan RV, Gallagher Gordon M. Communication and patient safety in simulation for mental health nursing education. *Issues Ment Health Nurs.* 2012; 33(11):718-26.
7. Delbanco T, Bell SK. Guilty, afraid, and alone--struggling with medical error. *N Engl J Med.* 2007; 25;357(17):1682-3.
8. Wu AW Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too.*BMJ.* 2000;18;320(7237):726-7.
9. Gallagher TH¹, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. *Arch Intern Med.* 2005; 12;165(16):1819-24.

10. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, Wynia MK, Sachdeva AK, Snyder Sulmasy L, Truog RD, Conway J, Mazor K, Lembitz A, Bell SK, Sokol-Hessner L, Shapiro J, Puopolo AL, Arnold R. Talking with patients about other clinicians' errors.*N Engl J Med.* 2013; 31;369(18):1752-7.