

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA



MUDANÇA DA CULTURA NA PRÁTICA MÉDICA PARA  
EVITAR O ERRO

**Francisco Justino Figueira Silva**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Orientador:  
Prof. Doutor Luís Martins, Professor Auxiliar do ISCTE Business School,  
Departamento de Gestão

Agosto 2009

## **Agradecimentos**

Ao Senhor Professor Luís Martins por todo o apoio e estímulo, sem o seu estímulo esta tese não seria concluída.

Á minha mulher, Maria Elisabete, aos meus filhos, Ana Cláudia e Francisco Manuel pelo estímulo e pelo tempo que não lhes disponibilizei

Aos meus pais, Francisco e Bernardete pelos sacrifícios que fizeram para que eu pudesse frequentar a escola

# **Dedicatória**

Aos meus pais Francisco e Bernardete

## **Resumo**

O erro em Medicina é o resultado de diversos incidentes ocorridos por falhas dos profissionais de saúde e falhas organizacionais que perturbam a prestação de cuidados de saúde eficientes e de alta fiabilidade.

Os objectivos do trabalho visam identificar os tipos de erro, em função da sua gravidade, as causas do erro e o local do erro na trajectória da doença.

Realizamos um estudo descritivo, com recurso a entrevistas feitas a cinquenta médicos com idades compreendidas entre os 28 e 55 anos de idade de diferentes graus de carreira (internos, assistentes, assistentes graduados e chefes de serviço) e de diferentes especialidades (cirurgia geral, ortopedia, medicina interna e médicos de família).

O tratamento das entrevistas realizadas permite-nos verificar que:

- Os erros mais frequentes são os que causam dano temporário ao doente e que necessitam de tratamento em ambulatório ou em internamento.
- As falhas técnicas e os erros de diagnóstico são as causas de erro mais frequentes, seguidas das falhas organizacionais

Concluimos que para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de fiabilidade, isto é, uma cultura de gestão do inesperado, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com a falha deve estar sempre presente devido à complexidade dos procedimentos clínicos. A organização deve monitorizar todos os procedimentos dos trabalhadores, adoptar uma cultura de desculpabilização do erro, promover a discussão dos erros, dos eventos adversos e das queixas, actuando sempre sobre o sistema e só actuando sobre o individuo, se houver violação de regras ou de procedimentos.

Para atingir estes objectivos é necessário mudar a cultura médica, investigar para prevenir o erro e inovar para mudar a cultura de prestação de cuidados médicos de modo a aumentar a segurança.

**Palavras-chave:** *Cultura, Erro, Fiabilidade, Inovação*

## **Abstract**

The error in medicine is the result of several incidents of failure of health professionals and organizational constraints which hinder the provision of health care efficiency and high reliability.

The objectives of the work aimed at identifying the types of errors depending on its severity, causes and location of the error in the path of the disease.

We conducted a descriptive study, using interviews conducted at the fifty doctors aged between 28 and 55 years of age with different degrees of career (internal, assistants, graduate assistants and heads of department) and of different specialties (general surgery, orthopaedic, internal medicine and doctors of family).

- The treatment of the interviews allows us to verify that:
- The most frequent errors are causing temporary damage to the sick and in need of treatment or in hospital or clinic.

The technical failures and errors of diagnosis are the causes of errors most common, followed by organizational failures

We conclude that to avoid the error is necessary to implement a culture of reliability, this is a culture of managing the unexpected, and fluctuations of the incident and interpersonal relations, and that the concern with the failure must always be present due to the complexity of clinical procedures. The organization must monitor all the workers to adopt a culture of accounting for errors, to promote discussion of errors, the adverse events and complaints, always acting on the system and only acting on the individual, if any violation of rules or procedures. To achieve these objectives is necessary to change the medical culture, investigate to prevent the error, and innovate to change the culture of providing medical care to increase security.

**Keywords:** *Culture, Reliability, Innovation, Error,*

## CLASSIFICAÇÃO JEL

**I 12**

**I 19**

# Índice

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEORICO.....</b>	<b>4</b>
<i>Complexidade.....</i>	<i>5</i>
<i>Risco clínico.....</i>	<i>6</i>
<i>Performance.....</i>	<i>7</i>
1.1 PROCESSO ORGANIZACIONAL PARA A FIABILIDADE.....	8
1.1.1 <i>Maior preocupação com as falhas do que com o sucesso.....</i>	<i>9</i>
1.1.2 <i>Relutância em simplificar.....</i>	<i>10</i>
1.1.3 <i>Sensibilidade às operações.....</i>	<i>10</i>
1.1.4 <i>Commitment á resiliência.....</i>	<i>11</i>
1.1.5 <i>Deferência com a expertise.....</i>	<i>11</i>
1.2 IMPLEMENTAÇÃO DUMA CULTURA DE FIABILIDADE.....	11
1.2.1 <i>Registar os erros.....</i>	<i>12</i>
1.2.2 <i>Flexibilidade pelo ajustamento á mudança.....</i>	<i>12</i>
1.2.3 <i>Avaliar e prevenir os erros.....</i>	<i>13</i>
1.2.4 CUIDADOS DE SAÚDE FIÁVEIS.....	16
1.2.4.1 <i>Liderança.....</i>	<i>16</i>
1.2.4.2 <i>Melhoria contínua da qualidade.....</i>	<i>17</i>
1.2.4.3 <i>Prática médica, baseada na evidência.....</i>	<i>18</i>
1.2.4.4 <i>Inovação.....</i>	<i>19</i>
1.2.4.5 <i>Redução do risco clínico.....</i>	<i>19</i>
1.2.4.6 <i>Gestão de eventos adversos.....</i>	<i>19</i>
1.3 TIPOS DE ERRO.....	21
1.3.1 <i>Causas mais frequentes de erros.....</i>	<i>23</i>
1.3.2 <i>Prevenir as Falhas.....</i>	<i>23</i>
1.3.3 <i>Limite á operacionalização.....</i>	<i>27</i>
1.3.4 <i>Barreiras e incentivos ao reportar erros.....</i>	<i>29</i>
1.3.4.1 <i>Individual.....</i>	<i>29</i>
1.3.4.2 <i>Organizacional.....</i>	<i>29</i>
1.3.4.3 <i>Social.....</i>	<i>29</i>
1.3.5 <i>Incentivos ao reportar erros.....</i>	<i>30</i>
<b>2. OBJECTIVO DO TRABALHO.....</b>	<b>31</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
3.1 <i>ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</i>	<i>32</i>
3.2 <i>TIPO DE DADOS.....</i>	<i>32</i>
3.3 <i>INSTRUMENTO.....</i>	<i>33</i>
3.4 <i>AMOSTRA.....</i>	<i>34</i>
3.5 <i>PROCEDIMENTOS.....</i>	<i>35</i>
3.6 <i>ANÁLISE DOS DADOS.....</i>	<i>35</i>
3.7 <i>PADRÕES DE QUALIDADE.....</i>	<i>37</i>
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
4.1 <i>DIMENSÃO DO ERRO.....</i>	<i>38</i>
4.2 <i>DETERMINANTES – FACTORES CRÍTICOS E OBSTÁCULOS.....</i>	<i>39</i>
4.3 <i>LOCALIZAÇÃO DOS INCIDENTES NA TRAJECTÓRIA DA DOENÇA.....</i>	<i>41</i>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>44</b>
5.1 <i>DISCUSSÃO.....</i>	<i>44</i>
5.2 <i>RECOMENDAÇÕES.....</i>	<i>44</i>
5.2.1 <i>Melhorar o registo e a avaliação das causas de erro.....</i>	<i>45</i>
5.2.2 <i>Melhorar a Qualidade do Serviço prestado.....</i>	<i>46</i>
5.2.3 <i>Melhorar a Comunicação.....</i>	<i>48</i>
5.2.4 <i>Melhorar competências.....</i>	<i>48</i>
<b>6 LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO.....</b>	<b>51</b>
<b>7 PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA.....</b>	<b>52</b>

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 – Trajectória da doença .....	14
Figura 2 - Tipo de Erro.....	39
Figura 3 - Causas de erro.....	40
Figura 4 Local onde o erro acontece .....	42

## INTRODUÇÃO

Na vida do médico há situações em que os resultados nem sempre são tão bons quanto desejável, apesar de se utilizar as melhores práticas, adequadas à situação clínica. As falhas são sempre motivo de reflexão. Difícil é explicar aos doentes que falhamos e como vamos corrigir a falha.

Há um facto novo nos cuidados de saúde. Os utentes questionam-se na escolha dos cuidados que necessitam e informam-se. Questionam o médico acerca da percentagem de sucesso do tratamento a que vão ser submetidos e acerca da percentagem de sucesso do médico que o trata e da percentagem de falhas. Os doentes não aceitam, como aceitavam os resultados menos bons do tratamento como uma fatalidade, querem ser bem informados acerca dos procedimentos e dos resultados. Têm uma cultura de exigência e tal como quem entra num avião com a certeza de que vai fazer uma viagem segura assim o doente espera percorrer a trajectória da doença em segurança.

Apesar do avanço das ciências médicas, a medicina tem um espaço de incerteza que deriva da capacidade do executante e das condições do indivíduo em quem a técnica é executada. Esta incerteza deve ser diminuída e para o conseguirmos devemos registar todos os acontecimentos adversos, por mais simples que o sejam, pois este registo servirá para informar aqueles que se submetam a um determinado procedimento dos riscos a que podem estar sujeitos.

Nunca podemos esquecer que estamos a trabalhar com pessoas e não com máquinas; nestas, facilmente substituímos uma peça danificada, naquelas um dano pode não ter reparação e as indemnizações não compensam o dano.

A empresarialização das organizações de prestação de cuidados de saúde não tem a preocupação de aumentar a segurança do utente mas apenas prestar mais serviços, diminuindo custos e aumentando lucros. Aumentar a produção sem melhorar a qualidade predispõe o aumento das falhas na prestação de cuidados de saúde.

O progresso do conhecimento médico e a publicidade á volta dos cuidados de saúde faz sentir ás pessoas que necessitam destes cuidados que a ciência médica não tem limite, que toda a doença pode ser tratada, toda a

deformidade pode ser corrigida, tudo pode ser reparado “ad integrum”. É preciso alertar os utentes para os limites da ciência médica. Estes factos são o motivo deste estudo onde procuramos as causas, os mecanismos desencadeantes e o modo de minorar o erro médico com a finalidade de dar aos doentes maior segurança.

A saúde, o bem mais valioso de qualquer indivíduo, deve ser tida em conta, como tal, pelas Organizações de prestação de cuidados de saúde que devem investir neste campo todo o seu potencial, sem facilitar no que respeita a processos e procedimentos que afectem a fiabilidade do serviço. A Organização deve valorizar o conhecimento, as competências e a tecnologia de modo a incentivar as pessoas que aí trabalham a serem inovadoras, a assumirem desafios e sobretudo a estarem preparadas para prevenirem acontecimentos inesperados. As falhas humanas são as mais imprevisíveis e é aqui que as Organizações têm de investir, preparando os actores para a gestão do inesperado.

Para conhecer as falhas há que incentivar o registo de erros e de falhas. Este registo é um instrumento fundamental para melhorar e manter a fiabilidade dos serviços prestados e para avaliar o desempenho da Organização.

Os profissionais de saúde e sobretudo os médicos não gostam de falar dos erros nem de os reportar. Os médicos não estão habituados a lidar com as falhas! Foram preparados para o êxito! Habituados e preparados para lidar com o sucesso, os médicos eram considerados infalíveis e os erros ocorriam por acaso, por fatalidade. O registo e a comunicação de erros não fazem parte da cultura da prática médica, em Portugal. É necessário instituir esta prática e torná-la presente no dia a dia da prática clínica. Para isso há que incentivar a comunicação entre os trabalhadores de modo a que sejam transmitidos os conhecimentos específicos de quem os possui, acerca dum determinado acontecimento.

Os médicos devem ser pessoas sérias e honestas na relação com eles próprios e com os outros, pelo que é necessário prestar contas a si próprias e aos doentes da qualidade dos cuidados prestados.

Os “media” anunciam, com frequência, histórias de lesões graves que ocorrem pela mão dos médicos e, é verdade que todos os dias ocorrem erros na prática clínica, pelo que é necessário identificá-los antes que prejudiquem quem procura os Serviços de Saúde.

Esta realidade impõe uma mudança na cultura da prática médica e levanta algumas questões acerca do modo como os médicos trabalham, por isso o registo, a sistematização e o estudo do erro deve fazer parte da cultura médica, de modo a melhorar a competência clínica. Estão os médicos preparados para mudar a cultura da sua prática clínica, reavaliarem os métodos de trabalho, assumirem e corrigirem os erros? As organizações de prestação de cuidados de saúde estão preparadas para impor esta mudança que é tão necessária?

Não há dúvida de que é necessário mudar a cultura organizacional e a dos trabalhadores das unidades de prestação de cuidados de saúde, sobretudo a dos médicos, isto porque “the medical profession’s deeply rooted resistance to open discussion of errors”. ” Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272:1851-7.

## 1. ENQUADRAMENTO TEORICO

Porque erramos? O erro humano é responsável por acidentes na indústria, nos transportes, na cirurgia e em todos os cuidados médicos em geral. Uma acção ou omissão pode ser a causa imediata dum incidente. Uma análise cuidada dos factores desencadeantes do erro mostra que uma série de incidentes mesmo numa prática segura mas influenciados pelo ambiente de trabalho e pela envolvente organizacional pode produzir um mau resultado.

Reason define o erro como “qualquer situação em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso e implica a existência, não de um gesto automático, mas de um plano.” (citado por Ballard, 2003).

O erro é o não atingir um objectivo por uma falha potencialmente evitável. O erro humano deve ser encarado de dois modos diferentes: o do Indivíduo e o da Organização. Estas diferenças são importantes para compreendermos as implicações de cada uma no desencadear do erro médico. Quando o sistema não funciona segundo as condições pré-fixadas ocorre uma falha.

Para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de fiabilidade.

A fiabilidade é a probabilidade de que um sistema funcione segundo condições pré estabelecidas.

A fiabilidade é uma característica importante de qualquer organização e deve estar sempre presente nas organizações que prestam cuidados de saúde, pois sabemos que muitas pessoas morrem por erro médico ou por erro causado por falhas do sistema organizacional; sabemos, também, que os hospitais não são tidos como organizações de alta fiabilidade.

Para uma organização ser fiável é necessário uma cultura de gestão do inesperado, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais.

A Fiabilidade mantém o conceito de Qualidade ao longo do tempo. A Fiabilidade é percebida pelos utentes e são eles que constroem a imagem da organização.

A cultura de fiabilidade tem características próprias:

- Capacidade de executar uma tarefa sem falhas

- A gestão do inesperado
- Atitude proactiva dos trabalhadores da organização

As organizações altamente fiáveis mantêm níveis de performance muito altos, porque exigem de si próprias e dos seus colaboradores níveis altíssimos de formação para desenvolverem a sua actividade sem falhas e serem capazes de antever e corrigir as rotas de colisão, isto é as rotas que levam a cometer erros. Adaptam-se á complexidade crescente dos riscos que a envolvem! É na interacção e na diversidade que os indivíduos constroem o consenso, para o que devem possuir a maior informação possível, não só acerca das suas capacidades, mas também da sua vulnerabilidade. O inesperado gere-se pela capacidade em antecipar e reagir a potenciais falhas, processo fundamental para melhorar a qualidade, a fiabilidade e a produtividade de qualquer organização.

Para atingir um patamar de excelência há que ter como objectivo a construção dum processo organizacional para a fiabilidade, desenvolvendo normas, regras, procedimentos e treino para evitar acontecimentos inesperados, criando em cada trabalhador a preocupação com a falha.

A preocupação com a falha deve estar sempre presente no dia a dia das organizações que prestam cuidados de saúde, isto porque nas actividades quotidianas numa organização, surgem situações inesperadas, situações causadoras de falhas que necessitam de ser bem geridas por todos. Para isso, é necessário que todos os actores ajustem continuamente as suas estratégias dentro da organização para controlarem tudo quanto é relevante na execução das suas tarefas, devido á complexidade dos procedimentos, do risco clínico e da alta performance a atingir.

Façamos uma breve descrição destes conceitos:

### ***Complexidade***

É o grau de dificuldade inerente á execução dum determinado procedimento. Este grau de dificuldade é constante para o mesmo procedimento, não depende do executante. O grau de complexidade é constante para a mesma situação clínica em qualquer situação e em qualquer lugar. Depende da

dificuldade de execução técnica do procedimento, da prevalência de doenças associadas, dos procedimentos médicos e cirúrgicos e da tecnologia utilizada que cada vez é mais complexa.

A prática médica tem lugar em ambientes de complexa interação humana, técnica e social. No aspecto social há que lembrar que o relacionamento médico doente não é simples e é eivado de muita complexidade, dependente dos anseios do doente, da complexidade da doença, do envolvimento afectivo e cultural do doente.

O grau de complexidade tem aumentado na medida em que tratamos uma população cada vez mais idosa e com maior prevalência de doenças associadas, (co-morbilidade).

A complexidade não é, por si só, um factor de risco, mas pode ser um factor potencial de risco, dependente da capacidade técnica de execução, do saber e do treino de quem executa um determinado procedimento, isto porque o acto médico é feito por homens e por isso não é isento de erros. Lembremo-nos do aforismo latino: “errare humanum est” e de que o relacionamento humano com a biologia e com a tecnologia é gerido por equações complexas.

### ***Risco clínico***

É a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso, durante a execução de um acto clínico, sendo este evento adverso, consequência do tratamento e não da doença. Este evento adverso, não depende da vontade do executante, é variável, depende da performance dos agentes de saúde, da complexidade da tarefa e da complexidade da doença a tratar.

O risco clínico é uma consequência do tratamento e pode ser apenas uma pequena perturbação no fluxo do trabalho clínico, um dano permanente ou mesmo a morte.

Para minimizar estas falhas o médico deve manter, sempre, uma atitude pró-activa, avaliando o seu trabalho para identificar todos os acontecimentos adversos e a organização deve possuir uma cultura de desculpabilização do erro, promovendo a discussão dos eventos adversos, dos erros e das queixas,

actuando sempre sobre o sistema e só actuando sobre o individuo, se houver violação de regras ou de procedimentos.

O risco deve ser avaliado em função da sua gravidade: muito grave, grave, pouco grave e não grave.

Todos os modelos de avaliação de risco têm as suas limitações, no entanto o uso da estratificação do risco e da sua ferramenta – os scores de risco clínico – permite prever resultados, atribuir recursos e comparar performances.

### ***Performance***

Significa desempenho, está sempre ligada á dificuldade de execução do procedimento clínico ou do gesto técnico, depende da experiência, do treino, do desempenho do executante e do perfil clínico dos doentes. O resultado depende da performance de quem executa o acto médico, a técnica ou o gesto cirúrgico. Para melhorar a performance há que privilegiar as competências.

A performance mede-se pela eficácia e eficiência.

Para avaliar a performance há que fazer a estratificação do risco.

A performance clínica deve, sempre, estar referenciada ao perfil clínico do doente (idade, patologia associada) e á dificuldade de execução técnica do procedimento, que depende não só da capacidade e experiência do médico, mas também dos recursos da Organização.

A performance traduz-se pela equação: Performance = Complexidade x Resultado.

Verificamos, assim, que sendo a complexidade uma constante o resultado depende da performance, isto é do desempenho.

A performance é uma componente fundamental da qualidade em saúde, indexa resultados ao risco e tem como objectivo a prática médica centrada no doente.

A performance depende dos executantes e das equipas mas inclui outras dimensões como a boa gestão de tempos, das listas de espera, e dos recursos, incluindo os financeiros. Olhando numa dimensão económica a performance: procura melhorar a relação custo benefício.

A performance pode ser avaliada em relação a um médico, a um serviço ou a um hospital. Para tal devem ser seleccionados, por uma escolha criteriosa, os “ end points “ a analisar. Estes devem atender aos resultados clínicos

imediatos e à distância, que visam mortalidade reduzida, baixa taxa de complicações, boa qualidade de vida e sobrevida; ao “processo” (método de tratar, tempo cirúrgico, tempo nos cuidados intensivos e no internamento e custos); á eficiência, á estrutura (instalações, equipamento, organização e dotação de meios técnicos), ao grau de satisfação dos doentes e a outros valores como o impacto social, a reputação, a procura, a imagem do hospital, sem esquecer o ensino, o treino clínico e a investigação, a publicação de resultados e a inovação tecnológica.

## **1.1 Processo organizacional para a fiabilidade**

As Organizações de prestação de cuidados de saúde são Organizações de alta fiabilidade – “A fiabilidade (segurança) é um não evento (bom resultado) dinâmico...” Karl Weick - mas estão expostas a acontecimentos que podem lesar ou danificar a organização ou os seus interesses. A estes acontecimentos chamamos Risco. O Risco precisa de ser identificado, analisado e controlado. Para atingir este objectivo há que implementar um processo de notificação e registo de incidentes, analisar estes dados, avaliar os serviços prestados e implementar estratégias de redução do Risco. A análise do risco faz-nos compreender as suas causas e consequências e possibilita-nos quantificar e qualificar o Risco, de modo a minimizá-lo. Por isso, faz sentido adoptar para o exercício da Medicina a metodologia do registo e prevenção dos erros que as organizações de alta fiabilidade preconizam.

Estas organizações de alta fiabilidade necessitam de implementar nas pessoas que aí trabalham um cultura de rigor e de formação continua no sentido de melhorarem a performance dos serviços que prestam, isto porque “ a configuração que uma organização toma é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o Design da organização” (Weick, K. 1993)

Presentemente a eficácia das organizações está associada à multiplicidade de crises e de ineficiências em detrimento da anterior concepção que tendia para um padrão de perfeição, implicando medidas correctivas e não atitudes

persecutórias. Assim o design organizacional adequado será o que explora as crises e ineficiências e que se vai ajustando às necessidades da envolvente, sendo que muitas vezes as antecipa. Concebe-se a organização metaforicamente como uma arquitectura inacabada em constante ajustamento. Na saúde, dada a natureza dos actores envolvidos, este aspecto reveste-se da maior importância apontando-se para a necessidade das organizações responderem às necessidades dos doentes, decorrentes da emergência de novas doenças crónicas, novas fases da doença, mobilizando competências e recursos organizacionais para melhorar a gestão do inesperado que provoca os erros. A performance organizacional caracteriza-se pela capacidade de gerir esses erros. Este facto aponta-nos para a necessidade da aprendizagem contínua e uma procura de formas de detecção do erro numa postura de melhoria contínua com o objectivo de melhorar a competência profissional dos vários intervenientes (actores), a confiança recíproca e a qualidade da coordenação do trabalho factores determinantes da eficácia das organizações de saúde.

Assim, o processo organizacional para a fiabilidade, segundo Weick, caracteriza-se pela maior preocupação com as falhas do que com o sucesso, pela relutância em simplificar, uma grande sensibilidade às operações, um commitment á resiliência e uma delegação de competências em função dos conhecimentos dos diferentes actores.

Analisemos estes conceitos:

### ***1.1.1 Maior preocupação com as falhas do que com o sucesso***

As organizações de sucesso preocupam-se sobremaneira com as falhas, das grandes ás ínfimas. Uma falha é sinal de que algo está mal no sistema e que precisa de ser corrigido.

O erro está subjacente em toda actividade organizacional, porque o erro é inerente á condição humana. Pequenos incidentes acumulados provocam erros graves. Para evitar estas falhas é necessário conhecer as causas que as produzem e as consequências que daí advêm. Nas organizações de prestação

de cuidados de saúde os erros, na maior parte das vezes, não são passíveis de correcção.

O registo dos erros deve ser uma atitude comum àqueles que trabalham em organizações com um padrão de alta fiabilidade, pela aprendizagem que, daí, advém e sobretudo pela mais valia que a organização adquire não só para si própria, como para a envolvente, pelo aumento da credibilidade e volume de negócio, trazendo, com isto, benefícios económicos e de reputação para a organização e para os seus trabalhadores.

### ***1.1.2 Relutância em simplificar***

A simplificação aumenta a possibilidade de falhas, porque leva a omitir procedimentos, que parecem insignificantes mas podem ter consequências graves. A preocupação com o erro leva a agir em antecipação, evitando simplificar e facilitar, evitando o trabalho de rotina, trabalhando com a mente activa para descobrir e gerir eventos inesperados.

As organizações fiáveis cultivam a variedade de requisitos, condição fundamental para detectar e prever falhas. Em situações complexas e instáveis, como na prestação de cuidados de saúde há que tentar ver o mais distante possível, para controlar todas as situações de erro ou de quase erro.

### ***1.1.3 Sensibilidade às operações***

Há que prestar atenção às falhas latentes. São sinais que surgem indiciando o aparecimento dum potencial acidente, mas que aparentemente não sugerem um acidente grave. Isto obriga a uma atenção forte e a ajustamentos contínuos, sobretudo a quem trabalha na linha da frente. Há que ter atenção aos “buracos do sistema” que surgem como resultado de faltas de atenção na supervisão dos acontecimentos, na falta de treino de procedimentos de segurança, na falta de manutenção de aparelhos e sobretudo na falha em reportar e discutir o como evitar as falhas que vão ocorrendo.

### ***1.1.4 Commitment á resiliência***

Porque as falhas existem em todas as organizações, é necessário que aprendamos com elas, desenvolvendo uma sensibilidade para detectar e prevenir os erros que fazem parte da actividade humana e por isso estão presentes em todas as organizações.

Como não é possível evitar todos os erros, uma organização altamente fiável não é aquela que não comete erros mas sim aquela a quem as falhas pouco perturbam o seu funcionamento. Uma organização altamente fiável trabalha para melhorar a fronteira do sistema, pois é aí que os erros surgem e trabalha para que os erros pouco perturbem o funcionamento da organização. Isto consegue-se treinando o pessoal para descobrir as falhas que, mesmo pequenas, têm um potencial alto de perturbar o funcionamento da organização.

### ***1.1.5 Deferência com a expertise***

A hierarquia, quando rígida, é mais vulnerável aos erros, isto porque não é possível estabelecer regras rígidas para todas as situações, sobretudo quando se trata de prestação de cuidados de saúde.

A hierarquia deve ter deferência com a capacidade técnica dos seus profissionais da linha da frente, delegando competências e autoridade, flexibilizando as atitudes a tomar perante situações novas. Para isto há que melhorar a comunicação entre os trabalhadores de modo a que sejam transmitidos os conhecimentos específicos de quem os possui, acerca dum determinado acontecimento.

## **1.2 Implementação duma cultura de Fiabilidade**

Para implementar uma cultura de fiabilidade é necessário:

### ***1.2.1 Registrar os erros***

O registo dos erros deve ser uma atitude comum de todos os que trabalham em organizações que têm um padrão de alta fiabilidade, pela aprendizagem que daí advém, pela mais valia que a organização adquire para si própria e para a envolvente, pelo aumento da credibilidade e o volume de negócio com benefícios económicos e de reputação.

Por isso, a organização deve incentivar os trabalhadores a registar e a não esconder os erros, na perspectiva de que os erros são reportados para melhorar a actividade e não para castigar os que falham.

Registar os erros tem a particularidade de que todos podem aprender com as falhas. Para atingir este objectivo é necessário mudar a cultura de não reportar as falhas e mudar o mapa mental dos trabalhadores das Organizações de prestação de cuidados de saúde.

### ***1.2.2 Flexibilidade pelo ajustamento á mudança***

O ajustamento á mudança faz-se pelo aumento do conhecimento e das competências dos trabalhadores, envolvendo-os nos objectivos da organização, delegando-lhe decisões e exigindo responsabilidade, reconhecendo e recompensando o empenho de cada trabalhador. Para isso há que manter a comunicação entre a Organização e os seus actores, de modo a desenvolver o conhecimento e o potencial quer individual quer dos grupos, implementando uma cultura de aprendizagem contínua. Para aprender com os erros é necessário identificar a eficiência dos serviços na relação processos resultados, tendo em conta o índice de satisfação dos colaboradores da organização, factor fundamental para o aumento da produtividade, não só em número mas sobretudo em qualidade, acrescentando valor e adequando comportamentos.

Para implementar esta cultura é necessário uma liderança que desenvolva acções e comportamentos de gestão de modo a que todos olhem na mesma direcção, desenvolvendo e melhorando comportamentos adequados a uma

cultura de alta fiabilidade. Os líderes devem conhecer bem e manter contactos permanentes com os clientes, com os parceiros e com a sociedade de modo a perceberem as necessidades e a imagem que os utentes/clientes e a comunidade têm do serviço prestado.

### ***1.2.3 Avaliar e prevenir os erros***

Não existe cultura de fiabilidade sem avaliação e prevenção de erros. Uma organização altamente fiável necessita estar atenta e preparada para investigar o que não conhece, de modo a evitar ser surpreendida.

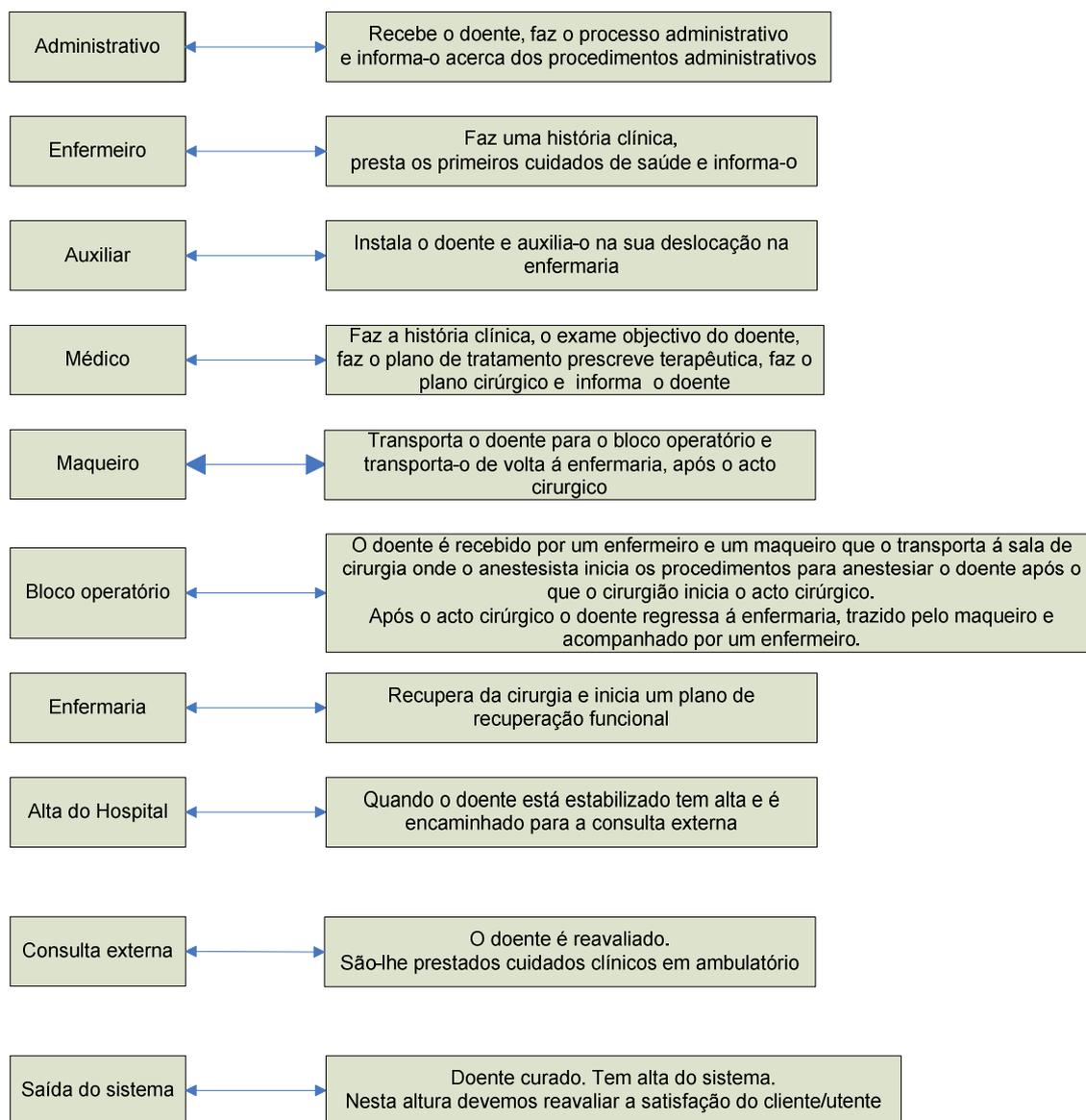
Este tipo de cultura é, porém, gerador de conflitos devido á existência de diferentes pontos de vista, sendo necessário uma estratégia de gestão de conflitos elaborada através do ajustamento mútuo onde cada indivíduo tenta controlar o que é relevante para a execução da sua tarefa.

Há que ter atenção á primeira linha com uma cultura de formação contínua na dupla vertente de aprendizagem e ensino e uma cultura de avaliação dos procedimentos executados e suas consequências. Isto consegue-se com a partilha de toda a informação relevante, seja positiva ou negativa.

“O sistema funciona porque toda a gente sabe o que é que está a acontecer ”  
(Meyer, citado em Weick, 1976, pág.14).

Para termos a percepção dos diferentes actores actuantes no percurso clínico e da possibilidade de falhas neste percurso mostramos, no quadro da figura 1 a trajectória da doença dum indivíduo com uma patologia que necessita de tratamento cirúrgico iniciando um percurso na consulta externa e terminando com o tratamento.

### Trajectória da doença:



**Figura 1 – Trajectória da doença**

Esta trajetória mostra quão diversos são os actores que intervêm e em circunstâncias diversas, potenciando a ocorrência de incidentes, apesar do cumprimento de regras pré-estabelecidas. Por isso todos devem estar atentos aos incidentes que surjam no percurso.

Esta sequência de tarefas, muitas vezes rotineiras e executadas por actores diferentes são sujeitas a muitas contingências, dependentes de quem executa as tarefas, do doente, da organização e da tecnologia. Factores físicos, psíquicos e materiais afectam cada fase da trajectória da doença, aumentando a imprevisibilidade e a possibilidade de falhas. Para avaliar as causas das falhas usamos um instrumento de análise a HFMEA (*Health Failure Mode Effect Analysis*)

Este instrumento de análise permitiu avaliar que a causa com maior severidade e frequência era o elevado número de doentes internados e a sair por dia, gerando uma sobrecarga de trabalho nos profissionais.

Identificado este problema na organização tentamos estudar as causas que estão na origem, utilizando o modelo de Stream Análises de J. Porras.

O diagnóstico permitiu identificar os problemas: sobrecarga de trabalho e deficiente organização do trabalho médico.

Para solucionar estes problemas propomos:

1. Adequar os recursos humanos às necessidades
2. Informatizar o processo clínico
3. Informatizar os pedidos de serviços, prestados por outras unidades da Organização
4. Diminuir a carga horária dos médicos no serviço de urgência
5. Os doentes devem realizar os exames pré-operatórios no ambulatório

A implementação deste plano melhora significativamente a qualidade do serviço prestado e o funcionamento do sistema. A Organização deve estar atenta aos procedimentos nas suas diferentes dimensões: formal, social, física e tecnológica de modo a aumentar a sua capacidade de gerir, sem falhas, todas as contingências em antecipação, atendendo á complexidade da trajectória da doença.

O doente quando vem ao Hospital espera ser tratado com simpatia, muita atenção com uma trajectória curta e eficaz, que lhe resolva o problema doença.

A qualidade técnica é a garantia de uma prestação de cuidados de saúde fiável, isto é centrada no doente, adequada á doença e prestada em tempo oportuno. A avaliação da qualidade técnica faz-se por um processo de

Medicina baseada na evidência: guidelines, experiência do clínico e perspectiva do doente. As preferências, as preocupações e expectativas individuais devem ser integradas nas decisões clínicas que têm como objectivo servir o doente.

O trabalho de equipa e a adequação dos funcionários à sua função é um ponto forte que transparece, na avaliação da trajectória do doente. De igual forma, a tecnologia de suporte parece ser a adequada. Os maiores problemas surgem nos sistemas de controlo e supervisão, claramente não apercebidos, e nos conflitos funcionais, o que, pode indicar alguns pontos de sobreposição de autoridade geradores de conflitos.

Da aplicação desta metodologia, ficou claro que ela não se destina a avaliar a qualidade do acto médico em si mas, num sentido mais lato, a qualidade da Organização na sua globalidade como fornecedora de serviços fiáveis relativamente às necessidades dos utentes perante as várias situações decorrentes do seu estado patológico, melhorando a sua qualidade de vida.

A qualidade dos serviços prestados depende da cultura organizacional, dos recursos disponíveis para a prestação dos serviços e dos indicadores de performance que permitam avaliar os bons e os maus desempenhos.

#### **1.2.4 Cuidados de saúde fiáveis**

Para prestar cuidados de saúde de excelência e de alta fiabilidade é necessário actuar em várias vertentes:

##### ***1.2.4.1 Liderança***

A liderança é uma dimensão essencial para uma Organização conseguir um padrão de alta qualidade e fiabilidade. O líder deve concentrar todo o trabalho da Organização em conhecer as necessidades do utente de modo a poder satisfaze-las a baixo custo e com um máximo de eficiência. Deve, também apostar na participação dos trabalhadores no processo de decisão. Segundo W. Edwards Deming os gestores são responsáveis por 94% dos problemas de qualidade. O seu principal papel é remover as barreiras na empresa que

impedem a realização de um bom trabalho. Liderar sem amedrontar os trabalhadores e sem um estilo autoritário, definir e divulgar os objectivos que devem ser bem claros. Evitar obter resultados imediatos ou a curto prazo, e que o desempenho seja conseguido pelo medo ou pelo castigo, de modo a que os erros não sejam escondidos e a criatividade diminuída. O líder deve deslocar-se aos locais de trabalho para conhecer a raiz dos problemas e não deve ficar satisfeito apenas com os dados que chegam ao ecrã do computador. Uma boa avaliação leva tempo!

#### ***1.2.4.2 Melhoria contínua da qualidade***

A qualidade é definida pelas exigências e necessidades do consumidor. “Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto no ponto de vista do cliente” (W. Edwards Deming). Com a tecnologia médica em permanente desenvolvimento as especificações da qualidade devem ser monitorizadas constantemente. Para isso é preciso utilizar os instrumentos de controlo da qualidade, sem esquecer o registo das falhas as quais alteram o produto final. A organização que presta cuidados de saúde deve atender às necessidades e desejos do cliente, para isso deve melhorar de forma contínua os seus processos, de modo a favorecer a qualidade e produtividade para atender aos seus clientes. A melhoria sistemática da qualidade dos serviços clínicos prestados consegue-se com a aplicação de protocolos, histórias clínicas bem feitas onde se incluem todos os registos relevantes e aqueles que não sendo relevantes possam de algum modo serem úteis no processo de tratamento do doente. Aqui é também fundamental a comunicação e registo de todos os factos que possam interferir na trajectória do doente, dum modo positivo ou negativo, para conhecimento de todos os actores do processo. Os protocolos têm o objectivo de possibilitar tratamentos idênticos em situações idênticas, avaliar desvios e erros e comparar os resultados obtidos com os resultados esperados.

### ***1.2.4.3 Prática médica, baseada na evidência***

O conceito da prática médica, baseada na evidência traduz-se pelo “Uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência actual para tomar decisões acerca dos cuidados dum doente individual” e pela “Integração da melhor evidência fornecida pela investigação com a experiência clínica e os valores do doente” (Martins, L. 2005). A melhor evidencia substitui os conceitos anteriores por novos testes que melhoram os diagnósticos e tornam o tratamento mais rigoroso, eficaz e seguro. A melhor evidencia fundamenta-se, também, na experiência clínica para identificar o estado de saúde do doente e conseqüentemente os riscos e os benefícios da terapêutica. A medicina baseada na evidência proporciona aos médicos a informação que lhes permite prestar cuidados de excelência aos seus doentes e fundamenta-se em cinco ideias base:

- A decisão clínica deve ser baseada na melhor e mais actualizada evidência científica
- O problema clínico, mais do que a rotina ou os protocolos, deve determinar o procedimento a ser executado.
- Utilizar os métodos bioestatísticos e epidemiológicos para ajudar a pensar sobre os problemas clínicos
- A evidência das conclusões derivadas da identificação e da avaliação crítica dos problemas são úteis somente se são postas em acção para tomar as melhores decisões para tratar os doentes.
- A performance deve ser constantemente avaliada. A prática da medicina baseada na evidência deve ser capaz de evitar a deterioração da performance clínica e a rotina pela educação médica continuada que nunca deve parar.

Em resumo, devemos avaliar os processos de actuação clínica em função dos melhores conhecimentos disponíveis: guidelines, experiência do clínico e perspectiva do doente, respeitando os seus valores e expectativas, pois o objectivo da Organização de prestação de cuidados de saúde é prestar os melhores cuidados médicos, suportados no melhor conhecimento médico, adequadamente comunicado e actualizado.

#### ***1.2.44 Inovação***

Promove a formação técnica dos profissionais, aumenta a comunicação com organizações externas, facilita a introdução de novas práticas e técnicas. “Os executivos devem fazer os outros trabalhar melhor e não apenas mais” W. Edwards Deming.

O clima organizacional da empresa deve permitir que todos os funcionários participem nos desafios que a empresa enfrenta, destruindo barreiras entre os departamentos e estimulando o trabalho em equipa, pois a Organização evolui com a colaboração e o saber de todos.

#### ***1.2.4.5 Redução do risco clínico***

Para reduzir o risco clínico é necessário eliminar a imposição de metas e a gestão por objectivos com base, apenas, em indicadores quantitativos.

Devem implementar-se programas de formação continua, para todos os médicos e impor a mudança como uma tarefa de todos e para todos os trabalhadores da equipa de prestação de cuidados de saúde.

Há um conjunto de medidas que contribuem para prever e evitar danos clínicos reais ou potenciais:

1. Planear o tratamento, explicitando objectivos e métodos
2. Prescrição correcta, com letra legível
3. Registos legíveis e actualizados
4. Discussão periódica dos casos clínicos e dos incidentes associados
5. Ênfase na comunicação entre todos os intervenientes na trajectória do doente.
6. Descanso obrigatório entre os turnos de trabalho para evitar a fadiga, causa de muitas falhas.

#### ***1.2.4.6 Gestão de eventos adversos***

Os eventos adversos produzem-se de forma imprevista e perturbam o desenvolvimento normal do sistema. A gestão destes eventos passa pela

identificação, registo, análise, discussão e prevenção dos mesmos, numa cultura de responsabilidade e não de culpabilização.

- Registo e avaliação das queixas dos doentes

As queixas dos doentes são um meio de avaliar falhas pessoais e do sistema. Devem ser registadas, respondidas e analisadas com o objectivo de melhorar o serviço prestado.

- Registo e avaliação da má prática clínica

Os actos que afectam negativamente a eficácia e a eficiência do tratamento assim como os que diminuem o nível de satisfação do doente devem ser reportados e corrigidos

- Responsabilização e formação contínua de todos os trabalhadores

Este desiderato atinge-se pela promoção da aprendizagem no posto de trabalho e eliminando as barreiras entre os departamentos funcionais, o que conduz a uma melhoria constante e contínua de cada processo. Isto, porque a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e fiabilidade depende do nível de conhecimentos técnicos e científicos de cada trabalhador e da capacidade de cada um em lidar com o risco clínico. Além disso, necessitam de investigar e ensinar de forma a transmitirem conhecimentos e valor àqueles que entram na organização, de modo a que todos colaborem na gestão do inesperado.

É a cultura e o saber que permitem às Organizações de prestação de cuidados de saúde prestar um serviço com elevada qualidade.

A experiência e o treino médico influenciam a prestação de cuidados. Os erros são mais comuns quando os médicos são mais inexperientes, durante o tempo de treino e quando da introdução duma nova técnica. Metade dos eventos adversos ocorre na cirurgia, seguem-se os erros de diagnóstico e os erros na prescrição e administração de medicamentos.

O regime e o tempo de trabalho médico são factores que também potenciam o aparecimento de efeitos adversos. No que respeita ao trabalho dos médicos há a considerar o trabalho em “part-time” nos serviços de urgência de médicos com pouco treino. Além disso os riscos aumentam, em função do doente, da intervenção cirúrgica, duração dos cuidados e da unidade onde são prestados. Os pacientes idosos, devido à comorbilidade têm um risco mais elevado do

que os indivíduos jovens. O risco de eventos adversos é maior em determinadas de intervenções cirúrgicas: cirurgia cardio-torácica, cirurgia vascular, neurocirurgia e cirurgia ortopédica em pessoas de avançada idade. A cirurgia em politraumatizados tem um risco adicional, mesmo em indivíduos jovens. A duração dos cuidados aumenta os efeitos adversos “an adverse event increased by 6% for each day spent in hospital” AndrewsLB, et al.)- et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997; 349: 309-313. O tipo de cuidados prestados é, também, um factor de risco, e é maior nas unidades de cuidados intensivos do que nas outras.

### 1.3 Tipos de erro

Os erros fazem parte do exercício da Medicina como de toda actividade humana. Se errar é humano, o erro deve ser uma oportunidade de melhorar. A prevenção, detecção, identificação análise e correcção do erro, usando mecanismos eficazes constitui um sistema organizado para a progressiva eliminação do erro, melhorando o desempenho e garantindo a qualidade do serviço. Há, pois, que haver da parte da organização e dos médicos um empenho para controlar, diminuir e/ou anular o erro.

O erro é um defeito na estrutura ou na execução dum tarefa que conduz a um desvio do objectivo definido.

Tipos de erro:

- Lapso “é um erro em que o indivíduo tem a noção do que deve fazer, age correctamente, mas o resultado não é o que se esperava”. (Fragata e Martins, 2005, p. 48). É o resultado dum falha de atenção. Está relacionado com a destreza.
- Engano “é um erro mais sustentado e corresponde ao formular de uma intenção – decisão errada, pelo que a acção resultante é a acção errada.” (Fragata e Martins, 2005, p. 48). Há dois tipos de engano: o engano baseado em regras em que a acção é adequada á regra mas desadequada ao fim (objectivo) e o engano baseado no conhecimento em que a acção é desadequada ás regras (mau relacionamento entre os dados dum situação).

- Violação “é a escolha deliberada de um comportamento que não é o *standard* e que viola as regras normais de actuação” (Fragata e Martins, 2005, p. 42). Este comportamento deve ser evitado pois, envolve sempre culpa e pode ter consequências nefastas.
- Negligência “ É qualquer atitude que assente na violação das regras estabelecidas como aceitáveis e desejáveis numa determinada situação” (Fragata e Martins, 2005, p.320). Este tipo de comportamento viola a ética e por isso é indesculpável isto porque não foram cumpridas as normas previstas para uma dada situação.

O erro emerge da incapacidade de gestão dos factos inesperados que surgem na actividade humana. Estes incidentes perturbam o desenvolvimento normal do sistema de produção sem que a capacidade do sistema técnico seja capaz de assegurar a auto-regulação. Para evitar o erro é preciso estar atento ao meio onde se desenvolve a actividade de modo a antecipar-se aos incidentes adversos e poder responder adequadamente, ou seja, possuir a capacidade de fazer face a acontecimentos imprevistos e aleatórios. A isto, chama-se competência.

O problema do erro deve ser encarado do ponto de vista:

- Individual: É o tradicional na prática médica. A falha é atribuída ao indivíduo que executou um determinado procedimento. Esta maneira de encarar o erro leva a que a falha seja isolada do sistema em que ocorre.
- Organizacional: O erro acontece devido ao factor humano mas deve ser pensado como uma falha no processo organizacional a quem compete desenvolver defesas para evitar ou diminuir os efeitos do erro.

O erro ocorre nas Organizações complexas porque nestas Organizações existem elementos de vulnerabilidade que potenciam ou facilitam a existência de erros. Estes elementos de vulnerabilidade influenciam não só os executantes mas também as decisões dos gestores. Por isso é fundamental identificar dentro das organizações os factores que afectam não só o pessoal

médico mas também os restantes elementos da equipa de prestação de cuidados de saúde.

### ***1.3.1 Causas mais frequentes de erros***

O erro resulta da limitação física e psíquica do homem. Nas causas de erro incluímos a fadiga, a sobrecarga de trabalho, o medo, a má comunicação entre as pessoas, o processamento deficiente da informação e as falhas ao tomar uma decisão. No caso do erro médico sintetizamos:

- Má comunicação médico doente e entre médico e os restantes elementos da equipa de saúde.
- Cansaço: Os médicos trabalham até ao limite, não lhe são impostos períodos de repouso, o cansaço leva a uma falta de concentração que pode ser fatal.
- Erros de diagnóstico
- Erros de prescrição terapêutica e de exames auxiliares de diagnóstico
- Erros na utilização da tecnologia
- Conflitos de interesses com a Indústria.

O melhorar dos cuidados prestados também passa pela colaboração com a indústria para o desenvolvimento da tecnologia. Este relacionamento deve ser cuidadoso para evitar conflitos de interesse. O foco desta colaboração deve ser colocado de modo a satisfazer o melhor cuidado do doente e o avanço da técnica. A relação com a indústria não deve influenciar as decisões acerca do tratamento do doente e, para evitar conflitos de interesse, o médico deve falar ao doente deste seu relacionamento. Isto porque “As empresas farmacêuticas, cujo objectivo principal é o lucro, podem influenciar o pensamento dos médicos acerca daquilo que é efectivamente uma doença e de como tratá-la” (Groopman, J. p. 236)

### ***1.3.2 Prevenir as Falhas***

“ A prevenção do erro (...) é sobretudo um problema de mudança de atitude e de cultura”, (Fragata e Martins, 2004, p 23).

As falhas humanas são as mais imprevisíveis, as mais frequentes e muito mais perigosas do que as falhas dos materiais e das máquinas. É na prevenção das falhas humanas que as organizações têm de investir, investindo na formação dos profissionais da saúde na forma de gerir o inesperado. “...é certo que os erros ligados á prestação de cuidados de saúde não poderão jamais ser abolidos na totalidade, deveremos seguramente tudo fazer para que sejam minimizados na probabilidade de ocorrências e nas suas consequências”. (Fragata e Martins, 2004, p. 23).

A Organização deve valorizar o conhecimento, as competências e a tecnologia de modo a incentivar as pessoas que aí trabalham a serem inovadoras e assumirem desafios mas sobretudo a estarem preparadas para prevenirem acontecimentos inesperados.

Um estudo dos cuidados de Saúde Australianos revela que em “14179 admissions to 28 hospitals in New South Wales and South Australia in 1995 an adverse event occurred in 16.6% of admissions, resulting in permanent disability in 13.7% of patients and death in 4.9%; 51% of adverse events were considered to have been preventable”. Saul N Weingart, Ross McL Wilson, Robert W Gibberd, Bernadette Harrison – Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320: 774-777(18March)

Segundo o mesmo estudo “8-9% of adverse events occurred in a doctor's office, 2-3% at home, and 1-2% in nursing homes. In the Australian study about a quarter of the adverse events occurring among outpatients caused permanent disability or death, and investigators judged it likely that more than two thirds could have been prevented. In other studies iatrogenic injury accounted for 5-36% of admissions to medical services<sup>14-16</sup> and 11-13% of adult admissions to intensive care units at several university hospitals.<sup>17-19</sup> Since these studies included only errors that were serious enough to require admission, these figures underestimate the extent of error associated with outpatient care”. Saul N Weingart, Ross McL Wilson, Robert W Gibberd, Bernadette Harrison – Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320: 774-777(18March)

Para termos uma percepção mais próxima da real gravidade destas falhas lembremo-nos que estes estudos reportam apenas os casos que tiveram necessidade de internamento, não sendo possível estimar a quantidade de erros praticados e que foram tratados no ambulatório. Isto só seria possível com um registo nacional de falhas, registo voluntário e anónimo com o objectivo de normalizar e melhorar as condutas médicas em consultórios privados.

Para atingir estes objectivos é preciso implementar mecanismos de gestão que evitem as falhas:

1-Instituir o reporting de erros e de falhas, instrumento fundamental para melhorar e manter a excelência e a fiabilidade dos serviços prestados.

2- Mudar a cultura médica de não reportar as falhas.

Há muita informação, muito boas ideias acerca do que se deve mudar na cultura e na tecnologia para melhorar os cuidados prestados em saúde mas, o fundamental é a execução da mudança. Como operacionalizar a mudança quando verificamos que existam obstáculos profundos entre, por um lado querer mudar e ter ideias sobre o processo de mudança e por outro a execução, o colocar em prática as ideias? Isto porque as pesquisas, estudos e conclusões acerca do erro médico não são suficientes para mudar a cultura e tornar os procedimentos seguros.

3 - Incentivar a comunicação entre os trabalhadores de modo a que sejam transmitidos os conhecimentos específicos de quem os possui, acerca duma determinada área.

4- Melhorar os métodos de trabalho e aumentar a performance.

Há quem pense que são os maus profissionais quem comete os erros e que a má prática lhes pertence. A realidade é diferente, profissionais conceituados, com currículos brilhantes cometem erros. Os erros não provêm de uma única causa mas sim de interacções complexas de pequenas falhas latentes no sistema. Muitas vezes cria-se a ilusão de que temos a capacidade de conhecer o porquê e onde as falhas acontecem e tenta-se intervir na complexidade do sistema. No entanto, sabemos que o erro humano é inevitável assim como são

inevitáveis as lesões provocadas no doente. Por isso, devemos estar atentos aos pormenores pois por mais seguro que seja o sistema o risco de erro existe e devemos aceitá-lo mas, também devemos estar preparados para diminuir os seus efeitos nefastos.

#### 5- Elaborar um registo dos erros.

Para que o registo de erros funcione, devemos ter em conta o seguinte:

- Criação duma cultura de responsabilização e não de culpabilização.
- Ênfase no sistema e não no indivíduo.
- O relato deve ser centrado na ocorrência, mantendo para fins estritos de notificação o anonimato
- Inculcar a auto-participação de eventos nefastos e permitir sempre o retorno de informação, para estimular a correcção e a melhoria, prevenindo novas ocorrências de risco – *repetir erros não é construir experiência.*
- Simplificação do sistema de relato: “poucos itens, mas fundamentais, simplificação do registo e transmissão, em suma melhoria na comunicação.” (Fragata 2005, p.131).

6- Impor períodos de repouso e limites ao volume de trabalho pois, os cuidados de saúde são prestados, muitas vezes, em situações complexas e instáveis, e por isso o médico deve estar na posse de todas as suas capacidades para ver o mais distante possível e controlar todas as situações de erro ou de quase erro.

7- Alertar os médicos para o benefício duma cultura de reporting, demonstrando como é possível melhorar a performance dos serviços prestados. Reportar os erros, traz benefícios:

- Aumenta a fiabilidade
- Aumenta a performance
- Diminui as queixas dos utentes por má prática e conseqüentemente as indemnizações a pagar
- Dá boa imagem da Organização

8- Prática médica baseada na evidência, assente numa cultura de fiabilidade e segurança, focada no cidadão.

9- Prestação de cuidados de saúde focados no doente. Devemos atender aos interesses de cada doente, aos seus objectivos, necessidades e cultura. Não se tratam doenças, tratam-se doentes. Os cuidados de saúde focados no doente implicam que os cuidados prestados sejam seguros, efectivos, atempados, eficientes e equitativos. Isto implica uma colaboração entre o doente e a equipa de prestação de cuidados de saúde de modo a satisfazer a expectativa não só do doente mas também da sua família.

Os cuidados são seguros quando não provocam danos no doente; são efectivos quando se baseiam no melhor saber e tecnologia; são centrados no doente quando satisfazem as suas necessidades e preferências, respeitando os seus valores; são atempados quando não há atrasos para quem recebe nem para quem presta os cuidados; eficiente quando não há gastos supérfluos, quer de material quer de tecnologia; equitativos quando prestados sem olhar a etnia, sexo ou condição socioeconómica.

Finalmente resumimos as cinco estratégias para prevenir o erro, segundo Leape em 1994:

1. Reduzir a confiança na memória. Para obviar a estas falhas devemos utilizar Checklists, protocolos e decisões computadorizadas
2. Melhorar o acesso á informação
3. Providenciar processos de evidência e demonstração do erro. As tarefas criticas devem ser estruturadas de modo a evitar a ocorrência de erros
4. Tarefas normalizadas. São executadas por todos da mesma forma
5. Reduzir o número de intervenientes no mesmo processo

### ***1.3.3 Limite á operacionalização***

Melhorar a segurança dos doentes acarreta custos financeiros no curto prazo. Mudanças na tecnologia implicam aquisição de novos equipamentos, treino de pessoal, mudanças na cultura e redimensionamento dos postos de trabalho.

A segurança em saúde deve ser olhada como uma tarefa árdua e difícil. Para melhorar a segurança dos utentes e manter um hospital seguro é necessário envolver todos os departamentos, mudar procedimentos, fazer e guardar registos, implementar acções de formação, intensificar programas de treino, rever os manuais e os procedimentos. Com mudanças profundas é possível diminuir o número e a gravidade dos efeitos adversos, mas as organizações querem e estão preparadas para implementar a mudança? Para implementar este projecto é necessária a conjugação da vontade dos prestadores de cuidados com as exigências da envolvente. São necessárias medidas que aumentem a segurança e diminuam o peso das lesões devidas à prática de procedimentos médicos.

A operacionalização destes procedimentos levanta problemas aos médicos e às organizações:

1. A responsabilidade médico-legal do individuo que reporta e da instituição onde trabalha. Na prática médica, por detrás de cada decisão há o espectro dum litígio em tribunal
2. Os aspectos económicos: pagamento de indemnizações pelo médico, pela instituição e pelas seguradoras.

Para obviar a estas adversidades é necessário ter em conta a relação custo benefício deste procedimento. Evitar os erros diminui a compensação aos doentes pelas falhas e quando esta ocorre devemos-nos antecipar á queixa do doente informando-o da falha e dos procedimentos a tomar para a corrigir ou atenuar.

É desejável que as Organizações de prestação de cuidados de saúde contemplem nos seus orçamentos valores para indemnização e façam seguros adequados para compensar as falhas; esta atitude leva a diminuir o medo e o receio que os actores internos têm em reportar as falhas. Nunca esquecer que prevenir as falhas é o modo mais inteligente de actuar!

### ***1.3.4 Barreiras e incentivos ao reportar erros***

Existem barreiras ao reportar erros que devem ser superadas com incentivos. As barreiras existem ao nível individual, organizacional e social. As barreiras têm quatro vertentes: legal, cultural (valores, atitudes e crenças), reguladora e financeira. A cada tipo de barreira deve corresponder um incentivo.

#### ***1.3.4.1 Individual***

- Medo de represálias, perda de confiança e receio de litígio médico-legal. Este medo deve ser combatido pela escolha do tipo tratamento, pelo doente, após ser informado dos benefícios e riscos da sua opção.
- Alteração dos padrões de trabalho e acesso ao equipamento.

#### ***1.3.4.2 Organizacional***

Falta de cultura de segurança e falta de meios e incentivos para implementar mais segurança. Estes factores dependem do contexto económico e dos recursos financeiros da estrutura organizacional, das suas prioridades e objectivos.

#### ***1.3.4.3 Social***

Políticas de saúde. Pressão de legislação e dos “media”. Os órgãos de informação gostam de publicitar as falhas e de abordar temas controversos que atraem leitores de todas as classes sociais. Ninguém gosta de aparecer por um mau motivo. Sabemos, também, que muitos leitores não vão além do título

Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro

ou de alguns parágrafos e que não é fácil aos leigos avaliarem criteriosamente uma falha diferenciando-a dum acto negligente.

### ***1.3.5 Incentivos ao reportar erros***

A cada tipo de barreira deve corresponder um incentivo. Os incentivos podem ser técnicos (melhoria da tecnologia e da formação técnica) ou económicos.

## **2. Objectivo do trabalho**

O Objectivo do trabalho é avaliar a dimensão do erro médico, avaliar onde o erro acontece na trajectória da doença, quem falha na equipa de prestação de cuidados de saúde e qual a atitude a tomar para evitar o erro.

Para isso colocamos a hipótese de que se os médicos mudarem a sua atitude perante o erro, isto é reportar em vez de esconder, identificam melhor os eventos adversos e diminuem os erros pela capacidade de os prevenir.

Definem-se como objectivos da investigação:

- Identificar os tipos de erro em função da sua gravidade
- Identificar as causas de erro na trajectória da doença
- Identificar o local onde acontecem os erros e a sua frequência

### **3. Método**

#### ***3.1 Estratégia de investigação***

Em termos genéricos, neste trabalho, pressupõe-se que existem diferentes perspectivas relativamente ao que cada médico considera ser a sua responsabilidade em relação às falhas próprias e às da organização.

O objectivo da entrevista é o de identificar interferências externas na trajectória da doença de que resultam efeitos inesperados e prejudiciais e suas consequências no doente.

Utilizamos o método de investigação descritivo que apesar de algumas críticas relativas ao rigor científico à morosidade do método e à especificidade dos resultados baseia-se em dispositivos de investigação rigorosos (Reto e Nunes, 1999) e tem como objectivo caracterizar o estado actual de um determinado objecto de investigação.

O método de investigação de pesquisa descritiva é frequentemente utilizado quando é difícil ou impossível utilizar o método experimental.

É um método utilizado para descrever os diferentes aspectos do comportamento ou um fenómeno psicológico. É utilizado para identificar os principais factores ou variáveis que existem numa determinada situação e tem como finalidade principal fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno.

Os dados são recolhidos através de entrevista que é um método de recolher informação através da conversa. Os dados recolhidos deste modo dificilmente são conseguidos doutra forma.

#### ***3.2 Tipo de dados***

A opção pela descrição dos eventos e modo de os evitar é essencial para procurar compreender o fenómeno do erro médico a partir da perspectiva do actor médico.

Tendo em conta os objectivos específicos deste estudo entrevistámos cinquenta médicos de idades compreendidas entre os 28 e 55 anos, de diferentes graus de carreira (internos, assistentes, assistentes graduados e chefes de serviço) e de diferentes especialidades (cirurgia geral, ortopedia, medicina interna e médicos de família).

### ***3.3 Instrumento***

Para a recolha de dados optou-se pelo recurso a descrições escritas, estruturadas conforme o algoritmo da National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Definitions, dos USA, (anexo1).

Para a estratificação dos erros e do impacto destes no doente utilizamos a categorização dos erros médicos da National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Definitions, que institui nove categorias de erro:

1. Categoria A – Circunstâncias ou eventos capazes de causar erro
2. Categoria B – O erro ocorre mas não atinge o doente
3. Categoria C – O erro atinge o paciente mas não lhe causa dano
4. Categoria D – Ocorre um erro que atinge o paciente mas necessita de monitorização para confirmar que a lesão resulta do erro
5. Categoria E – Ocorre um erro que causa um dano temporário ao doente e necessita de intervenção
6. Categoria F – Ocorre um erro que causa dano temporário ao doente e que necessita de hospitalização

7. Categoria G – Ocorre um erro do qual resulta um dano permanente para o doente
8. Categoria H – Ocorre um erro que necessita de intervenção para a manutenção da vida
9. Categoria I – Ocorre um erro que contribui ou do qual resulta a morte do paciente.

(Anexo2)

**Definimos as palavras-chave desta entrevista:**

**Dano:** diminuição de função física emocional ou psicológica, com ou sem dor

**Monitorização:** Observar ou registar sinais fisiológicos ou psicológicos relevantes

**Intervenção:** Mudança de terapêutica ou actuação médico/cirúrgica

**Intervenção necessária para manter a vida:** Necessidade de suporte cardiovascular e respiratório

### ***3.4 Amostra***

O processo de amostragem envolve a decisão de utilização de parte ou do todo de uma população. Dado o conhecimento que temos da realidade nacional sabemos que é impossível entrevistar o universo da população alvo: todos os médicos de Portugal. Optou-se por uma pequena amostra mas que fosse significativa. Escolhemos um conjunto de cem médicos com idades compreendidas entre os 28 e 55 anos e de diversas especialidades: cirurgia geral, ortopedia, anestesia, medicina interna e médicos de família, dos quais apenas conseguimos entrevistar cinquenta. Dos que não se disponibilizaram para serem entrevistados uns recusaram, sem justificarem, outros alegaram

falta de tempo e outros disseram que não se lembravam de nenhuma situação relevante.

### ***3.5 Procedimentos***

Na entrevista com cada médico optou-se por falar sobre a incidência e consequência do erro médico, bem como do esforço que cada um deve fazer para o evitar e dos benefícios que advêm do procedimento de reportar o erro. Informamos que o estudo tem um interesse académico e que tem como finalidade avaliar os erros ou situações de quase erro que cada um tenha cometido, como actor, ou tenha tomado conhecimento, como observador dentro da organização em que trabalha e o sinta como marcante na sua carreira clínica.

Dos cem médicos seleccionados para a entrevista apenas registámos o depoimento de cinquenta médicos. Um número significativo de médicos (50%) absteve-se de participar, uns sem se justificarem, outros alegaram falta de tempo ou simplesmente responderam que não se lembravam de nenhuma situação relevante.

Utilizamos os anexos 1 e 2, como guião da entrevista.

### ***3.6 Análise dos dados***

Para trabalhar a informação recolhida pretende-se usar a análise de conteúdo. A análise de conteúdo é definida por Berelson (1952, cit in Vala, 1999) como uma técnica de investigação que permite a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo da comunicação. Esta técnica consiste basicamente num processo de identificação, codificação e categorização dos dados puros (Bardin, 2004)

A análise dos dados consegue-se por uma “análise temática, transversal, que recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projectada sobre os conteúdos” (Bardin 2004, p. 168). Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis.

A análise temática avalia um “sistema de categorias em função de um quadro de referência.” (Bardin, 2004, p. 168). Este quadro de referência é o suporte teórico do problema em estudo: o erro médico.

Fizemos um estudo dos depoimentos de cada entrevistado no sentido de nos apercebermos do que de mais significativo cada um queria dizer. Ao analisar os dados recolhidos verificamos que é possível avaliar os locais onde estes mais ocorrem, as causas, que são diversas e dependem da localização do erro na trajetória da doença, e que todos os elementos da equipa de prestação de cuidados de saúde interagem com o trabalho médico pelo que nem todas as falhas são exclusivamente erros médicos. O erro médico deve ser situado na trajetória da doença, para ser mais fácil o identificar e evitar.

Os dados recolhidos permitem-nos identificar as circunstâncias ou eventos com capacidade para causar erro na trajetória da doença e são:

Procedimentos administrativos

Consulta externa

História clínica

Exame Objectivo

Informação ao doente

Deslocação do doente

Transporte de doentes

Monitorização

Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro

Terapêutica

Anestesia

Cirurgia

Cuidados Intensivos

Reabilitação funcional

Alta

Satisfação do cliente (facilitar)

Insatisfação (informar)

Intervenção de familiar

### ***3.7 Padrões de Qualidade***

Na investigação científica a qualidade dos resultados é influenciada pela adequabilidade e fiabilidade dos métodos adoptados.

Para garantir a fiabilidade e a adequabilidade utilizou-se um documento testado e validado pelo Institute of Medicine (IOM) dos USA).

## **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Para a análise dos resultados procedeu-se a um processo de codificação dos registos.

Analizamos o conteúdo das entrevistas e apresentamos os resultados.

Consideram-se três vertentes chave de análise que vão determinar a estrutura da apresentação dos dados:

- Dimensão do erro
- Determinantes – factores críticos e obstáculos
- Local do acontecimento na trajectória da doença

### ***4.1 Dimensão do erro***

A dimensão do erro mede-se pelo efeito provocado no indivíduo a quem se prestam cuidados de saúde e é medida pelo algoritmo da National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Definitions, dos USA, (anexo1).

Para avaliar a dimensão do erro há que ter em conta os factores de risco do doente. Os doentes com mais de 65 anos de idade têm um risco de dano aumentado, que não depende da morbilidade existente mas apenas do factor idade. A combinação de um efeito adverso com patologia existente potencia o dano causado. Não há uma equação matemática que nos faça prever e calcular o dano que os cuidados médicos causam num doente, o que devemos é trabalhar de modo a prevenir o acontecimento de efeitos adversos.

No quadro seguinte apresentamos os tipos de erro referidos pelos entrevistados.

<b>TIPO DE ERRO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
<b>A</b>	0
<b>B</b>	5
<b>C</b>	6
<b>D</b>	4
<b>E</b>	12
<b>F</b>	11
<b>G</b>	6
<b>H</b>	4
<b>I</b>	2

**Figura 2 - Tipo de Erro**

#### ***4.2 Determinantes – factores críticos e obstáculos***

Estudando os depoimentos dos médicos entrevistados seleccionamos e colocamos entre comas as frases que consideramos mais significativas e que definem factores críticos que conduzem às FALHAS:

- História clínica mal colhida “ não se pode presumir nada, mas sim investigar exhaustivamente cada doente”
- Falha na comunicação “A informação foi incorrectamente registada, a alergia deste doente foi registada como da doente seguinte”
- “A cirurgia começou antes de eu verificar se estava disponível todo o material necessário. Durante o acto cirúrgico verifiquei que faltava material adequado ao procedimento e o tempo cirúrgico foi prolongado!” (falha técnica)
- Procedimento cirúrgico incorrecto (falha técnica)

- “Desvalorização das queixas do doente”: O médico tem uma opinião formada acerca dum determinado doente e não a muda, esquecendo que factos novos podem surgir na história da doença. É necessário ouvir sempre o doente e os seus familiares e amigos para nos apercebermos das mudanças que surgem.
- Saltar etapas e confiar na sorte
- Falta de conhecimento dos tratamentos executados
- Interferência em áreas alheias. Há falhas de outros profissionais que também interferem com a segurança do doente e com o trabalho médico. Estas falhas surgem, na maior parte das vezes, por desconhecimento dos procedimentos a executar num determinado ponto do percurso clínico.
- Opção pela rotina (facilitismo)
- Falta de sentido crítico
- Falha no trabalho em equipa “pedir colaboração de outros colegas quando houver dúvidas. Neste caso tinha sido fundamental a comunicação entre o neuroradiologista e o médico de atendimento geral”
- Cansaço

Para combater o cansaço devemos limitar o tempo e a sobrecarga de trabalho. Há um limite que não deve ser ultrapassado, para além do qual o risco de erro aumenta. É necessário tempo para reflectir sobre cada caso clínico e é necessário tempo para a execução dos diferentes procedimentos.

O quadro seguinte mostra diferentes causas de erro e a sua distribuição:

<b>CAUSAS</b>	<b>Nº de casos</b>
<b>FALHAS MÉDICAS</b>	
<i>Falhas técnicas</i>	20
<i>Erro de diagnóstico</i>	14
<b>FALHAS DE OUTROS ACTORES</b>	
<i>Enfermeiro</i>	7
<b>FALHAS DA ORGANIZAÇÃO</b>	9
<i>Má identificação do doente</i>	9

Figura 3 - Causas de erro

Este quadro mostra-nos que os erros não resultam apenas das falhas médicas mas também da actuação integrada de todos os actores da Organização que presta os cuidados de saúde.

Verificam-se que as falhas técnicas são em maior número, o que está de acordo com o estudo Australiano sobre “Epidemiology of medical error”, publicado no BMJ 2000; 320: 774-777 (18 March) em que metade dos efeitos adversos que ocorrem nos doentes internados são resultantes de procedimentos cirúrgicos (falhas técnicas).

O conhecimento da existência dos erros médicos leva as organizações de saúde a implementar medidas que aumentem a segurança dos doentes. Assim, os cirurgiões devem reavaliar o doente antes da entrada na sala de operações e assinalar o local certo da intervenção cirúrgica. Quando o doente é uma criança deve conversar com os pais e verificar a correspondência entre a lesão referenciada pelo cirurgião e os dados clínicos relatados pelos pais pois a criança nem sempre tem a consciência da sua patologia. Tratando-se de idosos deve, também, o cirurgião informar os familiares e informar-se junto destes das lesões que vai tratar para evitar falhas. É de boa prática, rever o processo clínico do doente antes da intervenção cirúrgica e confrontar a técnica cirúrgica proposta com o estado da arte e as “guide lines” para a situação clínica em causa.

### ***4.3 Localização dos incidentes na trajectória da doença***

O factor “local do acontecimento dum incidente na trajectória da doença” determina a gravidade da falha que provoca, pelo que é importante conhecer os locais onde acontecem mais incidentes para os prevenir.

Para termos uma noção do local onde o erro acontece com mais frequência observemos o quadro da figura 4:

<b>LOCAL</b>	<b>Nº de casos</b>
Bloco Operatório	10
Serviço de Urgência	19
Consulta externa	11
Enfermaria	9
Consultório Privado	1

**Figura 4. Local onde o erro acontece**

Do estudo que realizámos verifica-se que o maior número de erros é no Serviço de Urgência. Os motivos que levam a estas falhas são o exame clínico deficiente, falhas na interpretação de exames auxiliares de diagnóstico, a pressão dos utentes e familiares, o cansaço do médico e a falta de experiência (médicos em fase de treino).

Os erros no bloco operatório são essencialmente erros técnicos (os erros médicos) e erros de comunicação entre os diferentes actores. Isto mostra que há erros que dependem apenas de um indivíduo: o médico mas a maior parte surge no contexto da Organização e das condições em que o trabalho é prestado.

Curiosamente apenas foi referida um caso de falha em consultório privado. Porque é que os médicos reportam preferencialmente os erros cometidos nas Instituições onde prestam serviços como assalariados? A pergunta é pertinente mas a resposta não é fácil. Sabemos pelo estudo Australiano sobre “Epidemiology of medical error”, publicado no BMJ 2000; 320: 774-777 (18 March) que 8-9% dos efeitos adversos ocorrem em consultórios privados e que um quarto destes efeitos adversos produzem lesões irreversíveis ou morte. Destas lesões dois terços poderiam ter sido evitadas. Isto mostra que há muito para investigar neste domínio, mas também mostra que os médicos não gostam de falar das suas falhas. Será que se consegue contornar este problema com a implementação duma base de dados, anónima, onde cada médico coloca a

Mudança da cultura na prática médica para evitar o erro

descrição das suas falhas e o modo como as resolveu para que todos possam ajudar a melhorar a segurança dos cuidados de saúde?

Muito há a fazer neste campo para aumentar a segurança de quem recorre aos cuidados de saúde!

## **5. CONCLUSÕES**

### ***5.1 Discussão***

Em termos gerais consideram-se alcançados os objectivos traçados para este estudo. O interesse do presente estudo é o de sensibilizar os médicos para reportarem os erros que ocorrem na sua prática clínica pois, conhecer os erros, as suas causas e o modo como ocorrem é determinante para evitá-los.

Considerando as características do estudo e as limitações decorrentes do método e do processo amostral, seria pertinente alargar-se o número de casos e proceder-se a uma análise comparativa dos resultados.

A pertinência dum trabalho deste tipo na comunidade médica portuguesa é fundamental pelo menos para despertar mentes adormecidas e obrigá-las a olhar a realidade do erro médico na prática clínica.

Os erros estão subjacentes a pequenas falhas do dia a dia, como não valorizar as queixas dum doente numa consulta de rotina, porque já temos uma opinião formada acerca desse mesmo doente. São doentes que estão rotulados! Há, também as falhas de outros profissionais da equipa de saúde como administrativos, auxiliares de acção médica, técnicos de exames complementares, técnicos de informática e gestores que interferem com a segurança do doente. O ambiente físico onde trabalhamos também é importante para a segurança dos cuidados de saúde.

### ***5.2 Recomendações***

Para minimizar os factores de risco de eventos adversos é necessário criar um clima organizacional que leve os médicos a reportar os erros. As instituições devem fazer estudos epidemiológicos centrados nas unidades e serviços onde o potencial de errar é maior, segundo as orientações de estudos já realizados para avaliar a prevalência e o risco de ocorrência de erros.

Não conhecemos a prevalência e a dimensão dos erros médicos mas, provavelmente, é grande. Quanto mais profundamente avaliamos os cuidados prestados ao doente mais erros encontramos. Nenhum procedimento está livre de falhas, nenhuma especialidade está imune e os doentes têm sempre um risco independente da idade, sexo ou estado de saúde.

O número de intervenções a que o doente está sujeito e o tempo de permanência no hospital aumenta o risco de sofrer lesões graves como consequência de erros médicos. Se não implementarmos grandes mudanças nas organizações e melhorarmos os cuidados de saúde, todos os doentes – em particular os mais vulneráveis – continuarão a carregar o fardo do erro médico e a senti-lo como uma menos valia.

Para mudar propomos:

### ***5.2.1 Melhorar o registo e a avaliação das causas de erro***

Os médicos devem registar e avaliar os erros para melhor corrigirem as falhas.

Para implementar esta cultura é necessário:

Incentivar as pessoas a registar e a não esconder os erros, na perspectiva de que os erros são reportados para melhorar o desempenho e não para castigar aqueles que falham, com a particularidade de que todos podem aprender com as falhas. Para isso há que implementar uma cultura de desculpabilização e uma cultura de aprendizagem a partir dos erros cometidos. Aprender a aprender com os erros. Esta cultura é fundamental para a melhoria da qualidade pois acrescenta valor e adequa os comportamentos a uma cultura de fiabilidade.

Uma organização altamente fiável necessita estar atenta e preparada para investigar o que não conhece, de modo a evitar ser surpreendida. Os médicos tomam decisões em ambiente de incerteza. Devemos afastar-nos da rotina e pensar sobre os novos casos que aparecem, ter a mente aberta e disponível para pensar e antecipar a novas situações.

A informação relevante, positiva ou negativa, deve ser partilhada.

As Organizações de prestação de cuidados de saúde devem proporcionar aos médicos um instrumento fácil de manusear para reportar os erros, contribuindo, assim, para modificar a cultura organizacional das práticas médicas e implementar uma cultura de aprendizagem contínua. Devem, também, melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde de modo a aumentar a satisfação do pessoal e a sua formação técnica.

### ***5.2.2 Melhorar a Qualidade do Serviço prestado***

O objectivo dos cuidados de saúde centrados no doente é permitir a este escolha, segurança e diversidade. Estes cuidados devem ser iguais àqueles que o próprio médico esperaria que lhe prestassem a si ou aos seus familiares numa situação da mesma doença. Os cuidados devem ser seguros, efectivos e prestados a tempo a um doente informado e respeitado num processo de interacção entre médico, doente e equipa de prestação de cuidados de saúde.

É preciso adequar os cuidados de saúde que temos àqueles cuidados que desejamos prestar. Para atingir este objectivo o Institute of Medicine (IOM) dos USA recomenda seis procedimentos: segurança, efectividade, cuidados centrados no doente, cuidados atempados, eficientes e equitativos.

Estes conceitos definem-se:

**Segurança:** Evita lesar os pacientes quando lhe são prestados os cuidados que necessitam.

**Efectividade:** Os cuidados prestados devem ser baseados na ciência e adequados ao nível científico actual.

**Centrado no doente:** Os cuidados prestados devem responder às necessidades, valores e preferências do doente. Os valores do doente devem guiar as decisões clínicas.

**Atempadas:** Reduzir o tempo de espera e os atrasos na prestação de cuidados, factores que podem ser desastrosos para quem os recebe e para quem os presta.

**Eficiência:** Evitar perdas em equipamentos, meios e energia.

**Equidade:** Os cuidados devem ser sempre da melhor qualidade, independentemente das características do doente (raça, sexo, condição socio-económica).

Segundo estes conceitos a qualidade do serviço de saúde centrado no doente obriga o médico a explicar ao doente as hipóteses possíveis de cada terapêutica, os resultados, as vantagens e desvantagens do tratamento que propõe, de modo a que o doente em função dos seus valores, expectativas, prioridades e tolerância ao tratamento possa avaliar o risco e optar. O médico deve explicar as vantagens e desvantagens do tratamento que é capaz de fazer e também daqueles que são indicados mas que não é capaz e indicar quem os possa realizar.

É desejável que o médico disponha de tempo para ouvir, explicar e esclarecer o paciente. Este desiderato só será atingido quando as Organizações prestadoras de cuidados de saúde investirem mais na melhoria da qualidade e menos nos números pois estes nem sempre são sinónimo de melhor serviço prestado.

Os prestadores de cuidados de saúde devem passar do conceito de cuidados de saúde centrados na doença para o conceito de cuidados de saúde centrados no doente. A diferença reside no facto de quem controla os cuidados e na maneira como são prestados. Nos cuidados centrados na doença o médico controla os cuidados, nos cuidados centrados no doente é este quem controla a informação que recebe de várias fontes; neste conceito, o médico lidera a equipa que assegura e presta os cuidados.

Os pontos fundamentais para o sucesso dos cuidados centrados no doente são uma boa comunicação médico doente, uma informação completa ao doente,

um programa de segurança, num contexto onde o paciente também é responsabilizado pelo percurso do seu tratamento.

Este conceito de cuidados centrados no doente implica a educação do doente e das pessoas próximas (família, amigos), a acessibilidade à informação para que a comunicação seja clara e bem entendida pelo doente, o respeito pelos seus anseios e necessidades. É desejável que o médico explique ao doente o programa de tratamento, as datas previsíveis de internamento e de alta, como será o regresso a casa e os problemas que irá encontrar durante toda a trajectória da doença, que será também o percurso do tratamento.

### ***5.2.3 Melhorar a Comunicação***

Para operacionalizar este objectivo ganha relevo a comunicação entre o doente e os profissionais da equipa de saúde.

A comunicação entre médico e doente deve ser ensinada na Faculdade de Medicina e implementada uma formação específica para cada especialidade durante o internato de especialidade para que o médico seja um bom comunicador.

As sociedades científicas devem utilizar a Internet para colocar informação científica adequada, com níveis de evidência acessíveis aos doentes que procuram informação. As dúvidas devem ser esclarecidas com o médico assistente. Um doente bem informado colabora melhor no tratamento e melhora a performance do trabalho médico.

### ***5.2.4 Melhorar competências***

Os profissionais de saúde necessitam de ter em conta cinco competências chave:

- Centrar os cuidados no doente.
- Trabalhar como elementos duma equipa multidisciplinar.
- Uma prática clínica baseada na evidência.
- Fornecer os melhores padrões de qualidade.
- Utilizar a tecnologia (informática e outra).

Na saúde a gestão de recursos deve ser feita na base de servir o cliente e não o prestador. A resposta deve ser atempada para diminuir o risco, aumentar a produtividade efectiva e diminuir significativamente os custos numa adequação custo benefício.

Para implementar esta cultura de serviço ao cliente há que aumentar a segurança das técnicas médicas e melhorar a comunicação entre a equipa de prestação de cuidados de saúde e o doente.

Para operacionalizar estes objectivos é preciso:

- Melhorar as histórias clínicas para evitar erros de diagnóstico
- Evitar falhas de comunicação
- Dar formação adequada a cada actor para as funções que desempenha
- Os médicos recém-chegados devem ser integrados com um programa de ensino e avaliação continua
- Avaliação, diária, dos doentes internados para evitar falhas no tratamento
- Os doentes em ambulatório devem ser avaliados em tempo útil para prevenir efeitos adversos de drogas ou de outras terapêuticas.
- Prestar maior atenção aos doentes no bloco Operatório e nos Serviços de Cirurgia, porque é nestes Serviços que os erros ocorrem com mais frequência.

O melhoramento dos cuidados de saúde requer ideias novas e o abandono de velhos métodos e exige um esforço acrescido de todos os trabalhadores da

saúde. A melhoria contínua da qualidade deve ser uma exigência dos prestadores e dos utilizadores de modo que a prestação de cuidados de saúde seguros seja uma realidade, apesar de sabermos que os cuidados de saúde nunca serão perfeitos.

.Para o doente se sentir seguro é necessário uma reparação física e moral dos erros resultantes da prestação de cuidados de saúde

No futuro a comunicação entre os profissionais da medicina e os doentes aumentará. A informação das falhas aos doentes será prática normal no dia a dia dos médicos e das instituições.

Este é o passo mais importante que as Organizações de cuidados de saúde devem dar para ganharem a confiança dos doentes e transmitirem uma imagem de fiabilidade.

Sabemos mais acerca do que podemos fazer para reduzir as consequências do erro do que aquilo que fazemos, o que não é o suficiente.

O próximo passo será medir, por rotina, o que fazemos e publicitar os resultados, será, assim, a Medicina no século XXI.

## **6 Limitações deste estudo**

Este estudo está limitado pelo pequeno número de casos avaliados; pretendíamos apresentar uma casuística maior; tentamos entrevistar um número maior de médicos mas deparamos com muitas recusas o que traduz a dificuldade em reconhecer e reportar o erro. Apenas conseguimos um registo de falha em consultório privado, este é um espaço de difícil acesso mas onde seria interessante dispor de dados acerca das falhas que aí acontecem.

A cultura das organizações em não desculpabilizar, a falta de um sistema de registo de erros médicos nas Organizações de prestação de cuidados de saúde e a relutância dos actores em relatar e referir as suas falhas limitam a dimensão do trabalho.

## **7 Pistas de Investigação Futura**

Investigar para mudar a cultura de prestação de cuidados médicos, investigar para prevenir o erro, de modo a aumentar a segurança dos doentes, é o futuro!

Neste estudo verificamos que é difícil conseguir que os médicos assumam e reportem os erros. Por isso, propomos para o futuro estudar os registos dos processos clínicos de uma ou mais Organizações de prestação de cuidados de saúde, pública ou privada, de modo a conhecer e a interpretar as falhas, a sua localização na trajectória da doença e onexo de causalidade entre os incidentes e os resultados.

Com esta linha de investigação podemos avaliar onde aconteceram as falhas, porque aconteceram, quem e em que circunstâncias falhou, como foram atravessadas as barreiras de segurança e, o mais importante, onde é necessário intervir para prevenir resultados adversos.

## BIBLIOGRAFIA

Ellis, J; Mulligan; Rowe J; Sackett D.L (1995) Inpatient general medicine is evidence-based. A-team, Nuffield Department of Clinical Medicine. *Lancet*; 345:407-10

Barach, Paul; Small, Stephen D. (2000) Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*;320:759-763 (18 March)

Bardin, L. (2000) *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70,

Bates, David W (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ*; 320; 788-791

Berwick, Donald,M (2003) Errors Today and Errors Tomorrow *NEJM* Volume 348:2570-2572 Number 25 June 19

Brand, Richard. - Patient Care, Professionalism, and Relations With Industry. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2008; 16:1-3

Farley, Frances A.; Weinstein Stuart L. – The Case for Patient-Centered Care in Orthopaedics. *University of Michigan. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2006;14:447-451

FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2004) *O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2347-8.

FRAGATA, José e MARTINS, Luís (2006) *Risco Clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina,

GREENHALGH T. (1996) Is my practice evidence-based? Should be answered in qualitative, as well as quantitative terms. *BMJ*; 313:957-8.

Groopman, Jerome (2007) *Como Pensam os Médicos Cruz Quebrada*. ISBN 978-972-46-1789-3.

Hardeep Sing; Eric J. Thomas, Laura A Peterson; David M Studdert (2007) Medical Errors Involving trainees. *Arch Intern Med.*; 167(19):2030-2036.

Heather k. Spence Laschinger; Joan Finegan; Judith Shamian (2001) The Impact of Workplace Empowerment, Organizational Trust on Staff Nurses' Work Satisfactio and organizational Commitment. *Health Care Manage Review*, 26(3), 7-23

Hughes, J., Humphrey, C. – Medical audit in general practice. *King's Found*, London 1990

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

Morin, Estelle (1994) *Théories, Représentation et Measures*. Ed. Galtan Morin. Canadá: Montréal.

Kirkpatrick, John S. ; Stevens, Theodore. – The FDA Process for the Evaluation and Approval of Orthopaedic Devices. University of Florida. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2008;16:260-267

Kyle, Richard F. – Workforce Analysis. – Rosemont, IL. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2007;15:264-265

Orton, J. D. e Weick, K.E.(1990) Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization, *Academy of Management Review*, Vol.15 N.º2 pp 203-223

Porras, Jerry I. (1987) *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Stanford University: Addison-Wesley Publishing Company. ISBN 0-201-05693-3

Quinn, B.; Anderson, P; Finkelstein, S. (1996) Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best. *Harvard Business Review* March-April pp 71-80

Reason, James (2000) Human error: models and management. *BMJ*; 320: 768-770 (18 March)

Reason, J. (1997) – *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing Limited.

Reto, L.e Nunes, F. – Métodos como estratégia de pesquisa – problemas tipo numa investigação. *Revista Portuguesa de Gestão*, I/99, 21-31.

Robert J. Blendon; Catherine M.Desroches; Mollyann Brodie; John M. Benson; Allison B. Rosen; Eric Schneider; Drew E. Altman; Kinga Zapert; Melissa J. Herrmann; Annie E. Steffenson (2002) Patient Safety, views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Eng J Med*, Vol 347, No 24 – December pp 1933-1940

Rosenthal, Marilyn M.; Sutcliff, Kathleen M. (2002) – *Medical Error: What do We Know? What Do we Do?*. S. Francisco. Jossey Bass. ISBN 0-7879-6395-X

Sackett, D.L.; Rosenberg, W.M.C.; Gray Jam; Haynes, R.B.; Richards, (1996) W.S; Evidence based medicine: what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ*; 312:71-2.

Sharan, Alok D. [et al.] – Current Issues in Health Policy: A Primer for the Orthopaedic Surgeon. New York. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2007;15:76-86

Suk, Michel. [et al.] – Evidence-based Orthopaedic Surgery: What is Evidence Without the Outcomes?. Tacoma WA. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2008;16:123-129

Van Dyck, Cathy (2000) *Putting Errors to Good Use: Error Management Culture in Organizations*. Amesterdam. ISBN 90-76269-15-7/NUGI 684

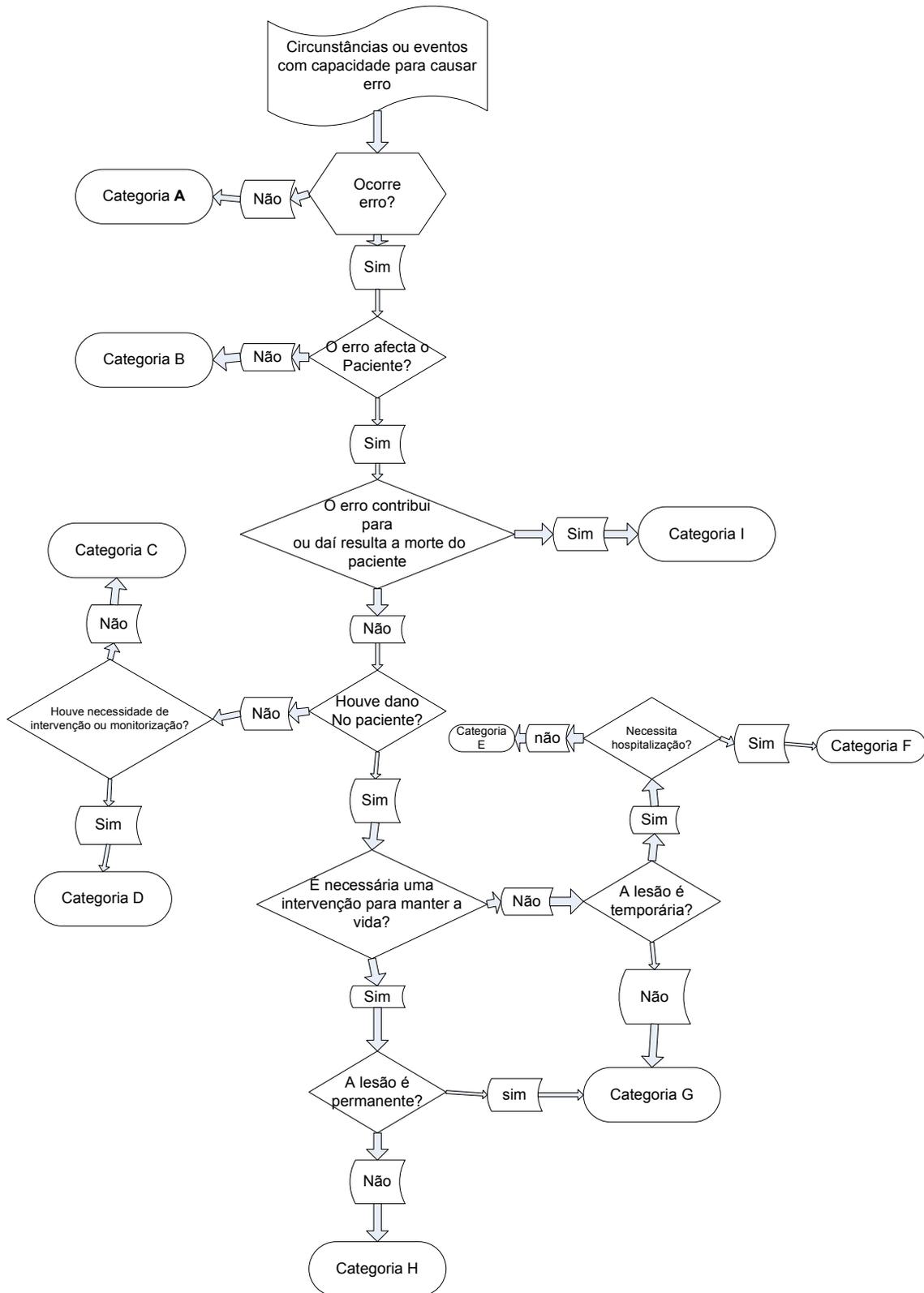
Volker Rybowskiak; Harry Garst; Michel Frese; Bernad Batinic; Error Orientation Questionnaire (EOQ) reliability, validity and different language equivalence. (1999) *Journal of Organizational Behavior*; 20, 527-547

Weick, K., Sutcliffe, K. (2001) – *Managing the Unexpected*. Jossey-Bass

Weingart, Scott; Wyer, Peter (2006) - *Emergency medicine dicision making: critical choices in chaotic environments*. New York. Mac Graw Hill. ISBN 0-07-144212-X

## **ANEXOS**

Anexo 1



## Anexo 2

### Formulário de registo de erros médicos

1. Data \_\_\_\_\_ e Hora \_\_\_\_\_ do  
acontecimento \_\_\_\_\_

2. Descrição do erro: sequência dos acontecimentos, local (urgência, bloco operatório, enfermaria, consulta externa) e pessoal envolvido:

3. O erro lesa o paciente? Sim\_\_ Não\_\_

4. Assinale com um circulo a categoria do erro (critérios definidos no anexo 1)     A  B  C  D  E  F  G  H  I    

5. Descreva o resultado directo do erro no paciente (tipo de lesão, necessidade de monitorização, internamento, morte):

6. Indique as causas do erro e os factores desencadeantes:

7. Que atitude tomou para evitar ou minimizar o erro?

8. Idade, sexo e diagnóstico do paciente:

9. Que atitudes sugere para prevenir a recorrência deste erro: