

Tópico 5

Aprender com os erros para evitar danos

Guia Curricular de Segurança do Paciente
da Organização Mundial de Saúde

Edição Multiprofissional



Objetivos pedagógicos

Compreender a natureza do erro e como os prestadores de cuidados de saúde podem aprender com os erros para melhorar a segurança do paciente

Conhecimentos necessários

Explicar os termos:

- Erro
- Violação
- *Near miss* (quase erro)
- Viés de retrospectiva

Desempenhos esperados

- Conhecer as maneiras de aprender com os erros
- Participar da análise de um evento adverso
- Ensaiai estratégias de redução de erros

Erro

- **Uma definição simplificada é:**
 - “Fazer a coisa errada quando pretendia fazer a coisa certa.”

Bill Runciman

- **Uma definição mais formal é:**
 - “Sequências planejadas de atividades mentais ou físicas que não conseguem alcançar os resultados pretendidos, quando esses insucessos não podem ser atribuídos à intervenção do acaso.”

James Reason

Observe: Violação

Descumprimento deliberado de um protocolo padrão amplamente aceito

Erros e resultados

- Erros e resultados não possuem uma ligação estreita entre si:
 - Danos podem acontecer a um paciente, na forma de uma complicação do quadro clínico, sem que tenha havido qualquer erro
 - Muitos erros ocorrem e não têm qualquer consequência para o paciente, uma vez que são identificados antes da ocorrência de algum dano

Os princípios dos fatores humanos nos chamam a atenção para o fato de que:

- Errar é a desvantagem inevitável de quem tem cérebro!
- Uma definição de “erro humano” é “natureza humana”

As pessoas cometem erros

Apesar de sua experiência, inteligência, motivação ou vigilância, as pessoas cometem erros

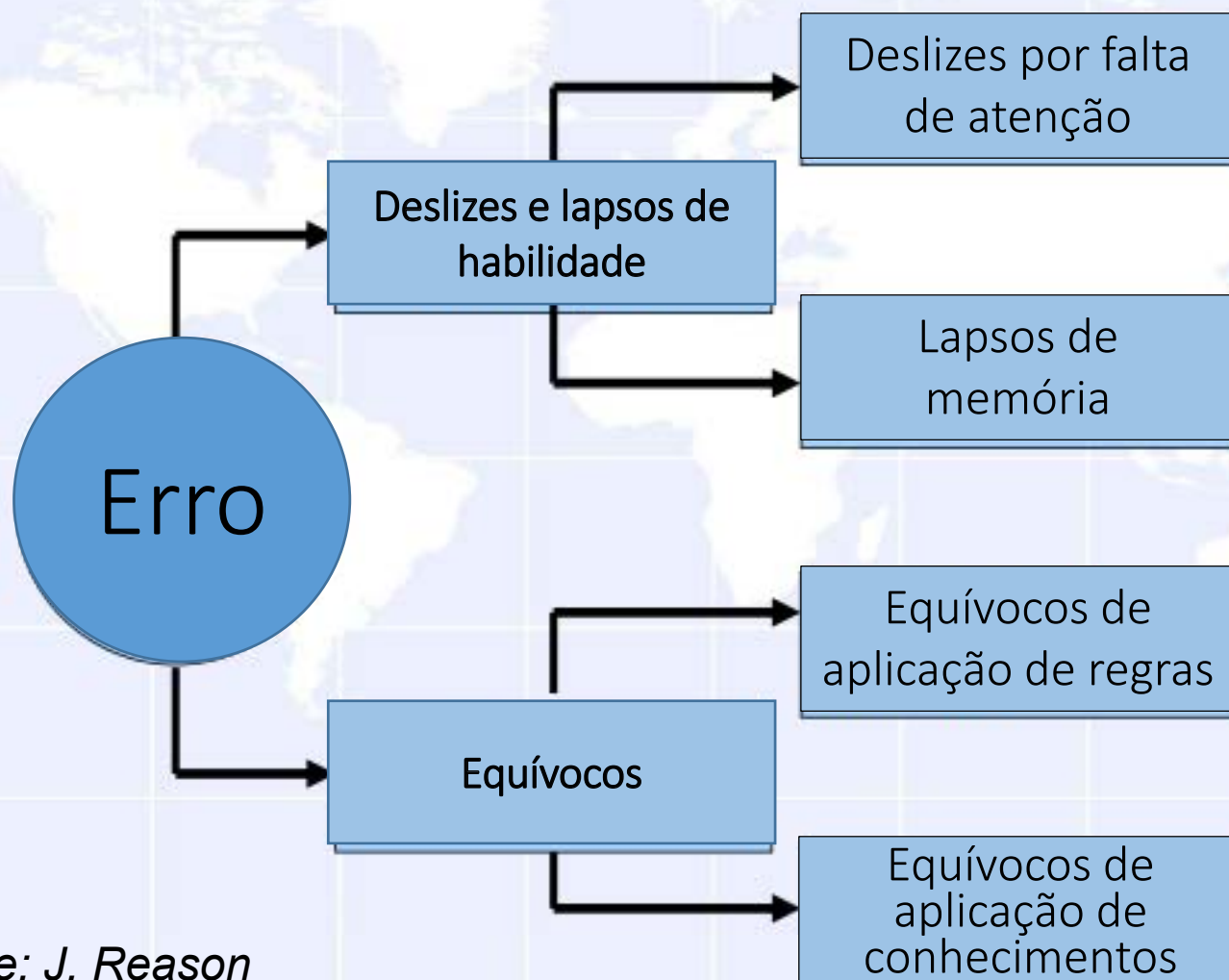
Atividade:

Refleta e discuta com seus pares sobre alguns “erros bobos” que você cometeu recentemente quando estava *fora* do seu ambiente de trabalho ou estudo – e porque você acha que eles aconteceram.

O contexto dos cuidados em saúde é problemático

- Quando ocorrem erros no local de trabalho, as consequências podem ser um problema para o paciente...
...uma situação que é quase exclusiva à área de saúde
- Em todos os outros aspectos, não existe nada especial nos “erros nos cuidados de saúde” ...
... eles nada diferem dos problemas de fatores humanos que existem em outros ambientes

Resumo dos principais tipos de erro



Fonte: J. Reason

Situações associadas com um maior risco de erro

- Inexperiência*
- Falta de tempo
- Verificação inadequada
- Procedimentos deficientes
- Informações inadequadas

*Sobretudo quando combinada com a falta de supervisão

Fatores individuais que predisõem ao erro

- Capacidade limitada de memória
- Reduzida ainda mais por:
 - fadiga
 - estresse
 - fome
 - doença
 - fatores culturais ou linguísticos
 - atitudes perigosas

Não se esqueça...

Se você estiver

- **H**ungry (faminto) **H**
- **A**ngry (irritado) ou **A**
- **L**ate (atrasado) **L**
- **T**ired ... (cansado) **T**

Checklist (lista de verificação) de fatores que afetam o desempenho

- **I** Illness (doença)
- **M** Medication: prescription, over-the-counter and others (Medicação – com prescrição, sem necessidade de prescrição e outros)
- **S** Stress (estresse)
- **A** Alcohol (álcool)
- **F** Fatigue (fadiga)
- **E** Emotion (emoção)

Estou em condições de trabalhar de forma segura hoje?

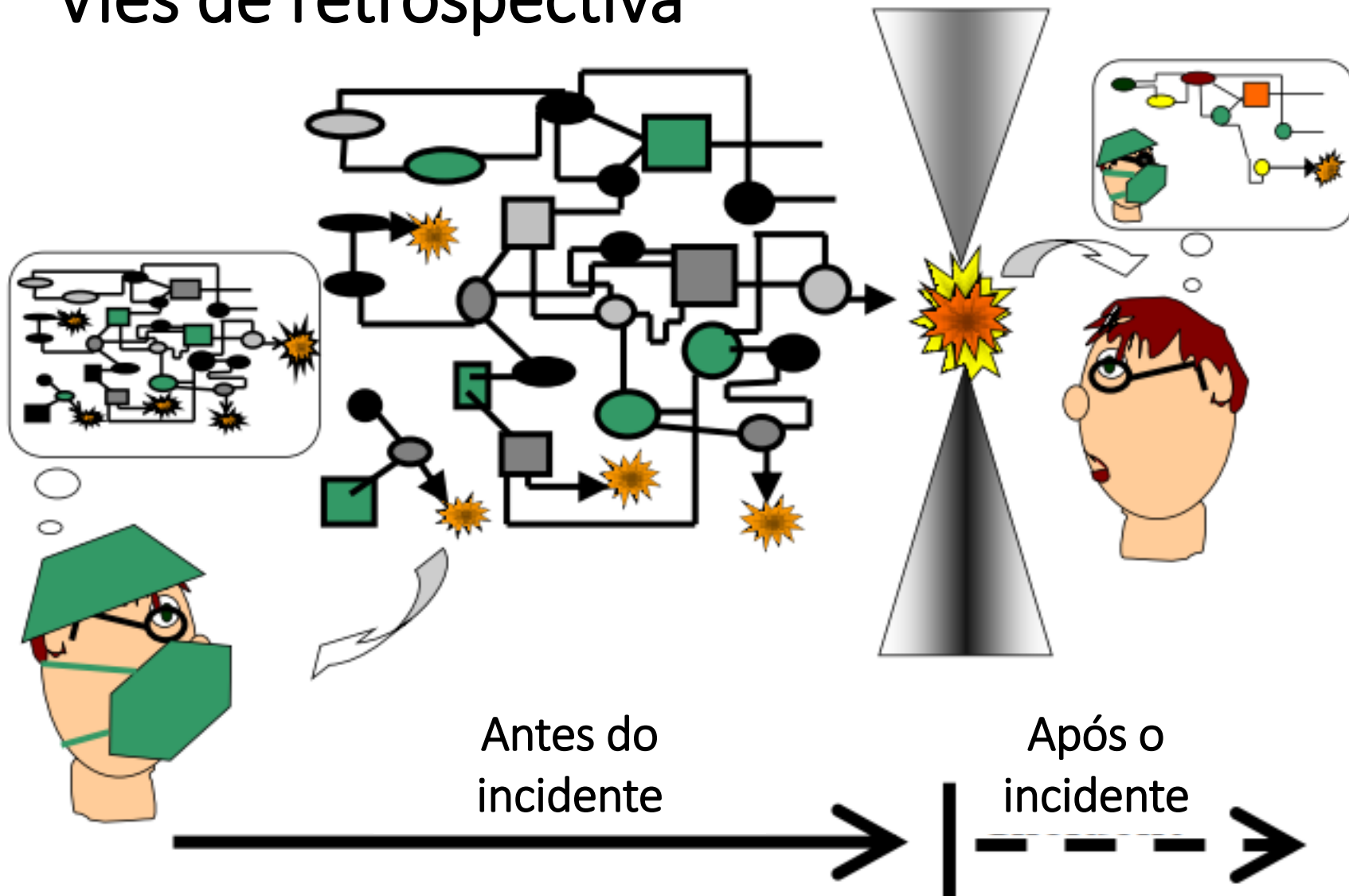
Notificação/monitorização de incidentes

- Envolve a coleta e análise de informações sobre qualquer evento que poderia ter causado ou que tenha causado danos a alguém da organização
- Um componente fundamental da capacidade de uma organização de aprender com o erro

Eliminar as armadilhas para o erro

- Uma das funções principais de um sistema de notificação de incidentes é identificar as áreas de recorrência de problemas – conhecidas como “armadilhas para o erro” (*J. Reason*)
- Identificar e eliminar essas armadilhas é uma das principais funções da gestão de erros

Viés de retrospectiva



Modificado de: *R. Cook, 2005, A Brief Look at the New Look in Complex System Failure, Error, Safety and Resilience*

Cultura: uma definição funcional

Valores (o que é importante) e crenças (como as coisas funcionam) compartilhados, os quais interagem com a estrutura da organização e os sistemas de controle de modo a produzir regras comportamentais (a maneira como fazemos as coisas por aqui)

James Reason

A cultura no ambiente de trabalho

- É difícil “mudar o mundo” quando se é um profissional de saúde novato
- *Mas ...*
 - ... você pode estar atento a oportunidades para melhorar o “sistema”
 - ... você pode contribuir para a cultura no seu ambiente de trabalho

Estratégias de notificação e monitorização de incidentes

- Estratégias bem-sucedidas incluem:
 - notificação anônima
 - *feedback* tempestivo
 - reconhecimento público de resultados positivos gerados por incidentes notificados
 - notificação de *near misses* (quase erros)
 - lições “gratuitas” podem ser aprendidas
 - melhorias no sistema podem ser instituídas como resultado da investigação, mas sem qualquer “custo” para o paciente

Fonte: E.B. Larson

Análise de Causa Raiz (ACR)

- Uma abordagem estruturada da análise de incidentes
- Estabelecida pelo Centro Nacional para Segurança do Paciente do US Department of Veterans Affairs

<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>

Modelo ACR (1)

Uma abordagem rigorosa e confidencial para responder:

- O que aconteceu?
- Quem esteve envolvido?
- Quando aconteceu?
- Onde aconteceu?
- Qual o grau de gravidade do dano real ou potencial?
- Qual a probabilidade de recorrência?
- Quais foram as consequências?

Modelo ACR (2)

- Foco na prevenção, não na culpabilização ou punição
- Foco nas vulnerabilidades em nível de sistema ao invés de no comportamento individual
- Examina diversos fatores, tais como:
 - comunicação
 - ambiente/equipamento
 - treinamento
 - regras/políticas/procedimentos
 - fadiga/turnos
 - barreiras

Estratégias para a redução dos erros individuais

- Conhecer a si mesmo: comer bem, dormir bem, cuidar de si mesmo
- Conhecer o seu ambiente
- Conhecer a(s) sua(s) tarefa(s)
- Preparar e planejar; “E se...?”
- Inserir “verificações” em sua rotina
- ***Caso não saiba, pergunte!***



Preparação mental

- Presuma que os erros podem e vão ocorrer
- Identifique as circunstâncias que mais provavelmente levam ao erro
- Tenha planos de contingência prontos para lidar com problemas, interrupções e distrações
- Ensaie mentalmente procedimentos complexos

James Reason

Resumo

- Os erros nos sistemas de saúde constituem uma questão complexa, mas o erro propriamente dito é uma parte *inevitável* da condição humana
- Aprender com os erros é mais produtivo quando considerados em nível organizacional
- A análise de causa raiz é uma abordagem de sistema altamente estruturada para a análise de incidentes