



José COSTA-MAIA¹

Acta Med Port 2014 Nov-Dec;27(6):xxx-xxx

Palavras-chave: Controlo de Risco; Erros Médicos.

Keywords: Medical Errors; Risk Management.

“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work”

A publicação, nos USA, do célebre estudo ‘To err is human: Building a Safer Health System’,¹ que apontava o espantoso número de quase 100000 mortes anuais por erro médico nos Estados Unidos, veio alertar para um problema até aí ‘escondido’ e para as suas consequências sanitárias, sociais e económicas. Numa comparação ‘aeronáutica’, corresponderia a um acidente fatal de um Jumbo por dia! Desde essa altura, tem crescido continuamente a consciencialização de que os Hospitais também podem ser locais perigosos, capazes de contribuir para a lesão e a morte.

Muitos apontaram a reconhecida (quase ‘garantida’) segurança da aviação comercial, como o modelo a seguir no sentido de diminuir o erro e promover segurança em medicina.² De facto, à medida que se multiplicavam os sistemas ‘automáticos’ de protecção e segurança das máquinas, tornou-se evidente que o ‘elo mais fraco’ da cadeia era o ser humano, não só individualmente, mas, sobretudo, na sua interacção com os outros elementos (humanos e mecânicos) do sistema. Este reconhecimento pela indústria aeronáutica condicionou o desenvolvimento de processos para minimizar o ‘erro humano’, com uma eficácia demonstrada pela impressionante diminuição do número de acidentes aéreos e inerente confiança dos ‘clientes’.

Aparentemente tão distintos, o facto é que o cockpit de um avião e a medicina actual (nomeadamente nas áreas cirúrgica/ anestésica e intensiva), têm em comum a complexidade tecnológica com múltiplas interfaces humano/máquina, a presença de equipas altamente treinadas e a necessidade imperiosa de segurança.³ Por outro lado, os protagonistas envolvidos partilham traços de personalidade comuns, desempenham profissões de alto risco que exigem grande coordenação e rápido processamento cognitivo, e a sua actuação tem reflexo directo na vida de outros.

Embora existam diferenças significativas que resultam da própria natureza das operações e do número de potenciais ‘vítimas’, as principais são, no entanto, condiciona-

das por aspectos comportamentais e culturais. Demoram, por isso, mais tempo a implementar, e a experiência já demonstrou que não podem sê-lo por simples imposição. Dizem respeito a conceitos e estratégias de liderança (*versus* chefia), comunicação, trabalho em equipa, consciência situacional, cultura do erro sem culpa, universalidade na aquisição da informação (caixas-negras) e melhoria do seu tratamento e utilização. A cultura de segurança aeronáutica está, assim, assente em pilares erguidos ao longo de gerações, que, previsivelmente, demorarão ainda a suportar a estrutura de segurança na área médica. Neste campo, embora incipientes e esporádicas, têm-se desenvolvido, apesar de tudo, acções de sensibilização e implementação entre nós, de que é exemplo, a nossa colaboração na área cirúrgica com a TAP Portugal, através dos Comandantes Armindo Martins⁴ e Jorge Loureiro, responsáveis pelo treino e simulação nessa Companhia.

Esses ‘pilares’, cuja implementação se torna urgente na área médica são, em nossa opinião:

- Cultura do erro: a indústria aeronáutica, ao contrário da medicina, privilegiou a análise sistemática dos incidentes e acidentes (‘erros’) como forma de aprendizagem, correcção e prevenção, tendo desenvolvido métodos sofisticados e eficazes de registo e análise (caixas negras) de parâmetros mecânicos e humanos de cada voo.
- Ambiente ‘livre de culpa’: a confiança é uma parte essencial (e frequentemente a mais difícil de atingir) numa cultura de segurança. Todos os intervenientes devem ser encorajados a entender que vale a pena reportar o erro para o analisar de uma forma construtiva e não culpabilizadora.
- Treino em equipa, privilegiando aspectos comportamentais de liderança, comunicação, verificação cruzada e gestão de conflitos - o CRM.
- Regras estritas de horas de serviço/repouso.
- Simulação: a base do treino aeronáutico (em equipa) de procedimentos normais e de emergência, assumindo igualmente um papel fundamental na certificação e recertificação.

1. Serviço/Departamento [solicitamos ao Autor que insira esta informação]. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

Recebido: 02 de Dezembro de 2014 - Aceite: 02 de Dezembro de 2014 | Copyright © Ordem dos Médicos 2014

- Certificação e recertificação: os pilotos, ao contrário da maioria dos cirurgiões, são sujeitos a verificações periódicas das suas capacidades técnicas e comportamentais, quer em situação de voo real quer, sobretudo, no simulador. Para adquirirem certificação para pilotar um novo tipo de aeronave (o equivalente a realizar uma nova técnica cirúrgica), existem regras estritas de treino, voo de aprendizagem e tutelado.
- Auditorias sistemáticas e frequentes.

Deixo a cada um dos leitores a missão de encontrar as evidentes diferenças para a situação actual no que respeita à área da saúde... A resolução dessas diferenças não pode ser promovida apenas pela inclusão de técnicas e procedimentos consagrados como promotores de segurança e minimização do erro: briefings/debriefings, checklists, cross-monitoring, assertividade.⁵ Embora importantes, não devem traduzir mais do que o corolário de uma adequada formação médica pré e pós-graduada específica na área comportamental, adaptada da cultura aeronáutica, e que tem, aliás, vindo a despertar um interesse crescente na educação médica sob a designação global de “*Non-Technical Skills – NOTS*”.

Devemos, portanto, assumir e aceitar que os humanos

cometem erros, estimular o seu reporte e promover a sua prevenção e detecção precoce.

No entanto, o dedo que aponta a responsabilidade ao médico ou ao piloto, não deve esconder os defeitos de organização institucional que estão, sistematicamente, subjacentes ao ‘erro’ individual. As Instituições têm, elas próprias, que assumir os novos desafios de adaptação às actuais exigências de segurança, como qualquer ‘companhia’ e a cultura aeronáutica de segurança deve, assim, ser assumida como uma prioridade institucional: o CRM entendido não apenas como “*Crew Resource Management*”, mas como “*Corporate Resource Management*”.

Em conclusão, vivemos uma era em que tanto as Companhias Aéreas como as Instituições de saúde necessitam de duas condições para sobreviver: solidez financeira e confiança do público. A importância crescente da redução do erro e melhoria da qualidade, tornam imprescindível e urgente a implementação, no ambiente mé, de técnicas utilizadas na aviação comercial, que a estabeleceram como um modelo de cultura de e para a segurança ao longo das últimas décadas.^{6,7}

Chegou a altura de ‘embarcar neste voo’, e esta oportunidade é, provavelmente, a nossa ‘última chamada’.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000.
2. McGreevy JM. Aviation paradigm and surgical education. *J Am Coll Surg*. 2005;201:110-7.
3. Glickson J. A view from the cockpit: surgeon and pilot Richard C. Karl, MD, FACS, promotes aviation safety in the OR. *Bull Am Coll Surg*. 2010;95:6-12.
4. Martins A. O crew resource management como contributo da ciência aeronáutica para a ciência médica, *Acta Med Port*. 2014;27:xxx-xx.
5. Nance JJ. Why hospitals should fly: the ultimate flight plan to patient safety and quality care. Bozeman: River Healthcare Press; 2008.
6. Patankar MS, JP, Sabin EJ, Bigda-Peyton TG. Safety Culture: Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare. London: Ashgate Publishing Co; 2012
7. National Association for Healthcare Quality (NAHQ). Call to Action: Safeguarding the Integrity of Healthcare Quality and Safety Systems. Washington: Glenview; 2012