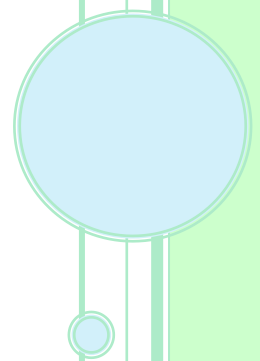


TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

*INSTITUTE OF MEDICINE
SHAPING THE FUTURE OF THE HEALTH*



A saúde nos Estados Unidos não é tão segura como deveria e pode ser. Pelo menos 44 mil pessoas, e talvez até 98.000 pessoas, morrem nos hospitais a cada ano como resultado de erros médicos que poderiam ter sido evitados, de acordo com estimativas de dois estudos principais. Mesmo usando a estimativa mais baixa, os erros nos cuidados de saúde evitáveis nos hospitais excedem as mortes atribuíveis a ameaças temidas como acidentes como acidentes de trânsito, o câncer de mama e a AIDS.

“Erro nos cuidados de saúde” pode ser definido como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída como prevista ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Entre os problemas que normalmente ocorrem durante o curso da prestação de cuidados de saúde são eventos adversos com medicamentos e transfusões impróprias, lesões cirúrgicas e cirurgia em local errado, suicídios, lesões ou morte relacionada com quedas, queimaduras, úlceras por pressão e troca de identificação dos pacientes. Altas taxas de erro com consequências graves são mais prováveis de ocorrer em unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, e os departamentos de emergência.

Além do custo em vidas humanas, os erros médicos evitáveis exigem outras abordagens. Foram estimados os custos totais resultantes dos erros evitáveis (incluindo as despesas com os cuidados adicionais necessários em decorrência a erros, perda de renda por produtividade das famílias, e da deficiência), e são gastos entre US \$ 17 bilhões e 29.000 milhões de dólares americanos, em hospitais por todo o país. Os erros também são caros em termos de perda de confiança no sistema de saúde por pacientes e satisfação diminuída por ambos os pacientes e os profissionais de saúde. Pacientes que experimentam uma internação prolongada ou deficiência física, como resultado de erros, pagam com desconforto físico e psicológico.

Os profissionais de saúde vão pagar com a perda de moral e frustração por não ser capaz de fornecer o melhor cuidado possível. A Sociedade paga o custo dos erros, bem como, em termos de perda de produtividade do trabalhador, redução da frequência escolar das crianças e, em níveis mais baixos do estado de saúde da população.

Uma variedade de fatores têm contribuído para a epidemia de erros nos cuidados de saúde. Um problema muito citado resulta da natureza do cuidado prestado, da natureza descentralizada e fragmentada do sistema de saúde, um "não sistema", para alguns observadores. Quando os pacientes são atendidos por vários profissionais, em diferentes contextos, sendo que nenhum deles tem acesso completo às informações, torna-se fácil as coisas não darem certo.

Além disso, os processos de formação dos profissionais de saúde, qualificações e especializações, concentraram apenas pouca atenção sobre a prevenção de erros nos cuidados de saúde, e mesmo estes esforços mínimos têm enfrentado a resistência de algumas organizações de saúde e prestadores

de serviços. Muitos serviços de saúde percebem a responsabilização do profissional como um sério impedimento para os esforços sistemáticos para esclarecer e aprender com os erros. Agravando esses problemas, a maioria dos compradores de cuidados de saúde dão pouco incentivo financeiro para as organizações de saúde e prestadoras, melhorar a segurança e qualidade.

Sistema de Saúde em desacordo com ele mesmo.

O Comitê de Qualidade dos Cuidados de Saúde do Institute of Medicine (IOM) concluiu que não é aceitável que os pacientes sejam prejudicados, por um sistema de saúde que supostamente é feito para oferecer o cuidado, o conforto e a cura e que promete "Primeiro, não fazer mal " – Ajudar a solucionar esta meta do relatório "Errar é Humano" Construindo um sistema de saúde mais seguro.

Neste relatório, divulgado em setembro de 1999 , o comitê define uma estratégia abrangente, para que o governo , prestadores de cuidados de saúde , a indústria e os consumidores possam reduzir os erros médicos evitáveis . Concluindo que o know-how já existe para evitar muitos desses erros , o relatório define como um objetivo mínimo de redução de 50 por cento destes erros ao longo dos próximos cinco anos. Nas suas recomendações para atingir este objetivo , o comitê estabelece um equilíbrio entre as iniciativas regulatórias e as de mercado , e entre os papéis de profissionais e das organizações.

Uma das principais conclusões do relatório é que a maioria dos erros nos cuidados de saúde, não resultam de imprudência individual ou de ações de um grupo em particular, não é um problema de "maçã podre". Mais comumente, os erros são causados por sistemas defeituosos, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou não consegue impedi-los. Por exemplo, nos Hospitais, deixar estoques de medicações muito concentradas em unidades de assistência ao paciente, resultou em erros mortais.

Assim, os erros podem melhor ser prevenidos através da concepção do desenho do sistema de saúde, em todos os níveis, para torná-lo mais seguro. Para tornar mais difícil para as pessoas fazerem algo de errado e mais fácil para elas fazerem a coisa certa. Claro, isso não significa que os indivíduos possam ser descuidados. As pessoas ainda sim, devem ser vigilantes e responsáveis por suas ações. Mas quando ocorre um erro, culpar um indivíduo, pouco ajuda a tornar o sistema mais seguro e a evitar que alguém cometa o mesmo erro.

Tratamento

Erro no desempenho de uma cirurgia, procedimento ou tratamento
Erro na administração de um tratamento
Erro na dose ou método de utilização de medicamento
Atraso indesejado do tratamento em resposta a um exame anormal
Tratamento ou cuidado inapropriado (não indicado)

Preventivo

Falha na oferta de tratamento profilático
Monitorização inadequada do tratamento

Outros

Falha de comunicação
Falha de Equipamentos
Outras falhas do sistema

SOURCE: Leape, Lucian; Lawthers, Ann G.; Brennan, Troyen A., et al. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 19(5):144–149, 1993.

Estratégia para Melhoria

Para conseguir uma melhoria na segurança, o relatório recomenda uma abordagem em quatro níveis:

1. Estabelecendo um foco nacional para criar liderança, pesquisa, ferramentas, e protocolos para melhorar a base de conhecimento sobre segurança.

A saúde está a uma década ou mais atrás de muitas outras indústrias de alto risco em sua atenção para garantir a segurança básica. Isto é devido, em parte, à falta de uma única agência governamental designada dedicada a melhorar e controlar a segurança em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde. Portanto, o Congresso deve criar um Centro para a Segurança do Paciente e definir metas nacionais de segurança, acompanhar o progresso em encontrá-los, desenvolver uma agenda de pesquisa, definir um modelo de sistemas de segurança, divulgar e avaliar as ferramentas para identificar e analisar os erros, desenvolver métodos para educar consumidores sobre a segurança do paciente, e recomendar melhorias adicionais, conforme necessário.

O Financiamento para o centro deve ser adequado e seguro, começando com US \$ 30 milhões para 35 milhões dólares americanos por ano e crescendo ao longo do tempo para pelo menos US \$ 100 milhões por ano. Investimento modesto em relação às consequências de erros e os recursos dedicados a outras

questões de segurança pública. O centro deve ser alojado no âmbito da Agência de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ), que já está envolvida em uma ampla gama de questões de qualidade e segurança, e estabeleceu a infraestrutura e a experiência para financiar a investigação, educação e atividades de coordenação.

2. Identificar e aprender com os erros através do desenvolvimento de um programa de um sistema nacional de notificações obrigatórias e incentivar as organizações de saúde e profissionais para desenvolver e participar em denúncia espontânea para o sistema.

Sob o sistema de notificação obrigatória, os governos estaduais serão obrigados a coletar informações padronizadas sobre eventos médicos adversos que resultam em morte e danos graves. Os hospitais devem ser obrigados a começar a relatar em primeiro lugar, e, posteriormente, relatórios devem ser exigidos para todas as organizações de cuidados de saúde. Este sistema irá exigir uma relatórios específicos para eventos graves, acompanhando as organizações de saúde, para manter a responsabilidade em relação a segurança, incentivos para que as organizações manterem incentivos para sistemas de segurança internos que reduzirem a probabilidade de ocorrência de erros e para responder aos direito do público de saber sobre segurança do paciente. Atualmente, cerca de um terço dos estados têm requisitos de notificação obrigatória.

Sistemas de notificação voluntária proporcionará um complemento importante para o sistema obrigatório. Tais sistemas podem concentrar-se em um conjunto muito mais amplo de erros, principalmente aqueles que fazem mínima ou ausência de dano, e ajudar a detectar deficiências do sistema que podem ser corrigidos antes da ocorrência de danos graves, fornecendo assim informações ricas para as organizações de saúde, em apoio da sua qualidade esforços de melhoria. Para incentivar a participação em sistemas voluntários, o Congresso deve promulgar leis para proteger a confidencialidade de certas informações coletadas. Sem essa legislação, organizações de saúde e prestadores podem ficar desencorajados a participar de relatórios voluntários com a preocupação de que as informações possam ser utilizadas em processos judiciais.

3. Elevar os padrões e expectativas de desempenho para melhorias na segurança através das ações de supervisão das organizações, dos grupos de profissionais, e dos compradores de cuidados de saúde.

Definição e aplicação de normas de desempenho explícitos para a segurança do paciente, através de mecanismos de regulação e produtos relacionados, como o licenciamento, certificações e creditações, devendo definir os níveis mínimos do

desempenho para os profissionais de saúde, para as organizações em que trabalham, e as ferramentas (medicamentos e dispositivos) que eles usam para cuidar de pacientes. O processo de desenvolvimento e adoção de padrões também ajudam a formar as expectativas de segurança entre os provedores e consumidores.

No entanto, Normas e expectativas não são apenas definidas através de regulamentos. Os valores e as normas estabelecidas pelos profissionais de saúde influenciam na prática, nos treinamentos e na educação dos prestadores de serviços. Assim, sociedades profissionais devem se tornar líderes em incentivar as melhorias na segurança do paciente, através destas ações e determinação de padrões de desempenho, convocar e comunicar-se com os membros sobre segurança, incorporando a atenção para a segurança do paciente em programas de treinamento e colaborar em todas as disciplinas.

As ações dos grandes compradores de cuidados de saúde e seguros de saúde, bem como as ações de consumidores individuais, também podem afetar o comportamento das organizações de cuidados de saúde. Os compradores públicos e privados, tais como empresas que comprem seguros para os seus empregados, devem fazer da segurança uma preocupação fundamental em suas decisões sobre os contratos. Se o fizerem, irão criar incentivos financeiros para as organizações de saúde e prestadores implantarem as mudanças necessárias para garantir a segurança do paciente.

4. Implementação de sistemas de segurança em organizações de saúde para garantir as práticas de segurança na prestação de serviços.

As organizações de saúde devem desenvolver uma "cultura de segurança" de tal forma que sua força de trabalho e os processos estejam focados em melhorar a confiabilidade e a segurança dos cuidados aos pacientes. A segurança deve ser um objetivo estratégico da organização e ser demonstrado por uma forte liderança por parte dos médicos, executivos e órgãos reguladores. Isto significa incorporar uma variedade de princípios de segurança de maneira clara, como o desenho dos processos e as condições de trabalho adequados para a segurança; padronização e simplificação de equipamentos, suprimentos e processos, e permitindo aos profissionais uma independência da memória. Sistemas de monitoramento contínuo da segurança do paciente devem ser criados e funcionarem adequadamente.

O processo de medicação é um exemplo em que a implementação de melhorias nos sistemas trará melhor desempenho humano. Os erros de medicação ocorrem com maior frequência em hospitais. Porém, muitos hospitais não estão fazendo uso de sistemas conhecidos para melhorar a segurança, tais como sistemas automatizados de entrada de pedidos de medicamentos, nem tão pouco estão explorando ativamente novos sistemas de segurança. Os próprios pacientes também poderão contribuir na vigilância da segurança na maioria dos hospitais, clínicas e programas de prevenção. Eles

devem saber quais os medicamentos que irão tomar, sua aparência, e seus efeitos colaterais, e devem notificar seus médicos de discrepâncias de medicamentos, assim como da ocorrência de efeitos colaterais.

PROGRESSOS EM ANDAMENTO ...

A resposta ao relatório do IOM foi rápida e positiva, tanto dentro do governo, como no setor privado.

Quase imediatamente, a administração Clinton emitiu uma ordem executiva instruindo as agências governamentais que responsáveis por supervisão de programas de cuidados de saúde, para implementar técnicas comprovadas de redução dos erros, e criar uma força-tarefa para encontrar novas estratégias.

O Congresso logo lançou uma série de conferências sobre a segurança do paciente e, em dezembro de 2000, destinou US \$ 50 milhões para a Agência de Investigação de Saúde e Qualidade (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) para apoiar uma variedade de esforços voltados para a redução de erros nos cuidados de saúde.

A AHRQ já fez grandes progressos no desenvolvimento e implementação de um plano de ação. Os esforços em curso incluem:

- Desenvolver e testar novas tecnologias para reduzir erros médicos.
- Conduzir projetos em grande escala para testar intervenções para segurança e estratégias de relatório de erros.
- Apoiar novas equipes multidisciplinares de pesquisadores em centros de saúde e organizações, localizadas em regiões diversas geograficamente, para pesquisa das causas dos erros nos cuidados de saúde e desenvolver novos conhecimentos que irão auxiliar os trabalhos e projetos.
- Dar suporte a projetos focados em alcançar um entendimento de como o ambiente nos cuidados de saúde podem influenciar na habilidade dos prestadores de serviços desenvolverem a segurança.
- Financiamento pesquisadores e organizações para desenvolver, demonstrar e avaliar novas abordagens para melhorar a educação dos profissionais, a fim de reduzir erros.

Ampliando ainda mais sua abrangência, a AHRQ produziu um livreto com dicas práticas sobre o que os consumidores/ pacientes podem fazer para melhorar a qualidade dos serviços de saúde que recebem. A cartilha se concentra em escolhas importantes que os indivíduos e suas famílias enfrentam, como médicos, hospitais e tratamentos que escolhem. Salienta a importância dos indivíduos assumirem um papel ativo na seleção e avaliação dos seus cuidados. (A cartilha está disponível no site da organização em www.ahrq.gov.)

Esforços focados em nível estadual, durante o ano passado a *Academy for State Health Policy* (NASHP) convocou os líderes de ambos os poderes do

estado, legislativo e executivo para discutir abordagens para melhorar a segurança do paciente. O NASHP também ajudou a liderar uma iniciativa para entender melhor como os estados, através de política de notificação obrigatória de erros, reforça e gerencia o programa. (o relatório sobre a iniciativa está disponível no site: www.nashp.org). Além disso, a AHRQ tem contrato com o Fórum Nacional da Qualidade para produzir uma lista dos chamados "never events" (eventos inaceitáveis) que os estados possam utilizar como base de um sistema de comunicação obrigatória.

Entre as atividades do setor privado, o Grupo Leapfrog, uma associação de grupo de compradores públicos e privados, revelou uma estratégia baseada na melhora da segurança e da qualidade, incluindo o incentivo ao uso de prontuário eletrônico, utilização de referências científicas para os cuidados, e credenciamento das equipes de tratamento intensivo.

Grupos profissionais no seio da comunidade de saúde também têm sido ativos. Como apenas um exemplo, o *Council on Graduate Medical Education* (COGME) e o *National Advisory Council on Nurse Education and Practice* (NACNEP) realizaram uma reunião conjunta sobre "Modelos de Educação Colaborativa para Garantir a Segurança do Paciente". Participantes abordaram questões como o efeito das relações entre os enfermeiros e os médicos na segurança do paciente, o impacto da colaboração médico-enfermeira em sistemas destinados a proteger a segurança do paciente, e programas educacionais para garantir a colaboração interdisciplinar para a segurança dos pacientes. (Um relatório sobre a reunião está disponível no site do COGME em www.cogme.org.)

Resumindo

Embora nenhuma atividade única possa oferecer uma solução completa para lidar com os erros nos cuidados de saúde, a combinação das atividades propostas em "Errar é humano" oferece um roteiro para um sistema de saúde mais seguro. Com liderança adequada, atenção aos recursos, melhorias podem ser feitas. Pode ser parte da natureza humana errar, mas também é parte da natureza humana poder criar soluções, encontrar alternativas melhores, e enfrentar os desafios futuros.

Cópia *To Err is Human: Building a Safer Health System* está disponibilizada para compra na National Academy Press; call (800) 624-6242 or (202) 334-3313 (in the Washington metropolitan area), visite o site: www.nap.edu.
<http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>

É dada permissão para reproduzir este documento em sua totalidade, sem acréscimos ou alterações