

Sem profissionais de saúde engajados não há futuro para segurança do paciente

A pesar de os indivíduos cometerem erros, nem todos os erros têm o mesmo significado e transcendência. Erros clínicos têm grande importância já que a saúde (e algumas vezes a vida) dos pacientes é colocada em risco.

A ideia de que apenas “maus” profissionais cometem erros, especificamente por inaptidão, é falsa. Se tal ideia fosse verdadeira seria excelente, assim, simplesmente separando os “maus” profissionais, resolveríamos o problema de segurança do paciente. Contudo, a realidade é muito mais complexa e todos profissionais, mesmo aqueles com excelente reputação, podem cometer um erro com consequências sérias ou fatais.

A cultura organizacional que compartilha o conceito de que erros são ocasionais e resultam da inexperiência de poucos profissionais, apenas leva ao disfarce ou desvio da realidade e, por fim, coloca os pacientes em risco. As organizações de saúde que atuam de forma a perder a oportunidade de prevenir futuros incidentes de segurança estão colocando em risco sua segurança jurídica, capacidade de julgamento clínico e bem-estar no trabalho de seus profissionais.

O simples fato de aceitar que erros podem ocorrer não significa que devemos permitir que aconteçam sem ao mesmo tentarmos reduzi-los. Simplesmente devido ao fato que erros podem ocorrer, temos a obrigação de detectar os potenciais erros inerentes às atividades assistenciais para promover uma atuação apropriada. A falta de identificação de possíveis erros é irresponsável e inadmissível.

O gerenciamento de riscos associado a atividade de suporte a saúde é a chave para segurança do paciente e efetividade profissional. Quando ocorre um evento adverso, observamos um efeito dominó e, após os pacientes sofrerem lesão, são os profissionais, mais diretamente envolvidos, que também sofrem os sintomas de ansiedade, sentimento de culpa, e questionamentos sobre sua capacidade clínica que podem afetar negativamente sua competência e também em relação à possibilidade de colocar em risco outros pacientes. Esses profissionais são chamados, de acordo com termo introduzido por Albert Wu⁽¹⁾, “segunda vítima”, já que acabam traumatizados com o incidente. O número de profissionais envolvidos nessas circunstâncias varia de acordo com os estudos, oscilando cerca de 70%.⁽²⁾ Estima-se que, aproximadamente, 24% desses profissionais de saúde precisam de um período de afastamento do trabalho e 25% deles requerem mudança do local de trabalho ou de atividade. É uma experiência comum e requer intervenção espe-

cífica, tal como a proposta por Susan Scott (ForYoU)⁽³⁾, Albert Wu (RISE)⁽³⁾ e pelo nosso programa de prevenção primária (*Mitigating Impact in Second Victims - MISE*).⁽⁴⁾

Recentemente, o uso do termo “vítima”, que se refere aos profissionais, foi questionado por familiares de pacientes⁽⁴⁾ que afirmam que o termo deveria ser abandonado, pois leva a entender que o profissional evita responsabilizar-se pelo erro. Além disso, contribui para maior atenção ao sofrimento do profissional do que do paciente e familiares e, acima de tudo, devido ao fato do sofrimento do profissional ser incomparável com de outros, especialmente, após a perda de um ente querido.

Atualmente, consideramos que o trauma afeta o paciente que sofreu o dano durante a assistência à saúde (evento adverso), quando um *near miss* ocorre (que não atingiu o paciente) ou quando nenhum incidente de segurança ocorreu, mas os profissionais sentem que a evolução de seu paciente não aconteceu como esperado. Em todos esses casos, observa-se uma resposta que varia na gravidade de acordo com as características pessoais dos profissionais, suas habilidades em lidar com estresse e, dependendo do incidente, ao tipo de lesão que o paciente sofreu, ou poderia ter sofrido.

Além disso, devemos considerar que nem todas as falhas de sistemas ou organizacionais, nem os erros humanos, são os mesmos. É importante diferenciar as situações em que um evento adverso inesperado ocorre em uma organização comprometida com a segurança do paciente, daquelas que são resultados de situações conhecidas, mas que uma decisão apropriada não foi tomada. O primeiro caso é parte da incerteza em que as decisões são feitas e procedimentos clínicos executados. A segunda, é um comportamento acidental.

Em geral, os erros clínicos são resultado de uma cadeia que advém, originalmente, de uma falha sistêmica ou organizacional que facilita (e algumas vezes determina) o fato de um profissional de linha de frente da assistência cometer um erro que pode causar dano ao paciente (evento adverso).

Os eventos adversos associados a um resultado indesejado e evitável, tal como aqueles ocorrendo em caso que desencadeiam processos crônicos,⁽⁵⁾ são claramente os mais difíceis de identificar e prevenir. As organizações que compartilham uma cultura organizacional que inclui o reconhecimento e comunicação de falhas e erros são as que os gerenciam e os evitam no futuro. Para tal, é necessário a criação de um ambiente apropriado para tais ações.

O bem-estar no trabalho e a cultura de segurança não punitiva são determinantes para alcançar excelência na qualidade assistencial. Negar a importância do “cuidar de quem cuida” é ignorar as possibilidades de segurança ao paciente.⁽⁶⁾ As organizações que implementam e promovem ações que auxiliam os profissionais a lidarem com incidentes de segurança se destacam por sua habilidade em reduzir o número de eventos adversos. Tais organizações promovem confiança entre os profissionais para lidar com a crescente complexidade e incerteza das práticas clínicas e, com isso, atingir excelência na qualidade assistencial.

Melhorar a segurança do paciente envolve a promoção de autonomia e engajamento entre os profissionais de saúde.

José Joaquín Mira

*Departamento de Saúde Alicante-Sant Joan, Alicante, Espanha.
Universidad Miguel Hernández, Elche, Espanha.
<https://orcid.org/0000-0001-6497-083X>*

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900065>



Referências

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726–7.
2. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.; Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):151.
3. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.
4. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term “second victim”. *BMJ*. 2019;364:l1233.
5. Amalberti R, Benhamou D, Auroy Y, Degos L. Adverse events in medicine: easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *J Biomed Inform*. 2011;44(3):390-4.
6. Avramchuk AS, McGuire SJ. Patient Safety Climate: A Study of Southern California Healthcare Organizations. *J Healthc Manag*. 2018;63(3):175–92.