



REFLEXÃO / REFLECTION / REFLECCIÓN

Human error and patient safety in health services

O erro humano e a segurança do paciente nos serviços de saúde
Error humano y la seguridad del paciente en los servicios de salud

Francisco Gilberto Fernandes Pereira¹, Joselany Áfio Caetano²

ABSTRACT

Objective: to discuss about human error and its implications on health services weaving parallel considerations on Patient Safety. **Methodology:** this is a reflective study, from the expert authors dialogical interpretation of the theme, which emerged from the thematic axes: contextualizing the phenomenon of uncertainty in health services; discussion from the perspective of error as inherent human condition, showing its multifaceted definition and consequences; and convergences between the error and Patient Safety. **Results:** in the area of health, human error is related to multiple factors, which travels from those causes inherent to the patient, those institutional, financial, structural, and human factors, such as lack of knowledge and skills. The error should commonly be used to generate learning situations that will translate into real improvements in the quality of services and care, which converges to the need to institutionalize a culture that prevails in the health and welfare of the individual assisted, giving rise to patient safety itself. **Final considerations:** the best way to prevent human error is to know the probability of its occurrence, as well as knowing typifies them, and relate its causes and consequences.

Keywords: Patient safety. Medical errors. Health services.

RESUMO

Objetivo: discutir acerca do erro humano e suas implicações nos serviços de saúde tecendo considerações paralelas com a Segurança do Paciente. **Metodologia:** trata-se de um estudo reflexivo, realizado a partir da interpretação dialógica de autores *experts* na temática, dos quais emergiram os eixos temáticos: contextualização do fenômeno da insegurança nos serviços de saúde; discussão da perspectiva do erro como condição inerente do ser humano, demonstrando sua multifacetada definição e consequências; e, as convergências entre o erro e a Segurança do Paciente. **Resultados:** na área de saúde, o erro humano está atrelado a múltiplos fatores, que trafegam desde aquelas causas inerentes ao próprio paciente, àquelas institucionais, financeiras, estruturais, e de fatores humanos, como a falta de conhecimento e habilidades. O erro deve, comumente, ser utilizado para gerar situações de aprendizado que se converterão em melhorias efetivas da qualidade dos serviços e cuidados prestados, o que converge para a necessidade de se institucionalizar uma cultura em que prevaleça a saúde e o bem-estar do indivíduo assistido, fazendo emergir a segurança do paciente propriamente dita. **Considerações finais:** a melhor forma de prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, bem como saber tipificá-los, e relacionar suas causas e consequências.

Descritores: Segurança do paciente. Erros médicos. Serviços de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Discutir acerca de los errores humanos y sus implicaciones en los servicios de salud que tejen consideraciones paralelas sobre la Seguridad del Paciente. **Metodología:** se trata de un estudio reflexivo, de la interpretación dialógica autores expertos del tema, que surgió a partir de los ejes temáticos: contextualizar el fenómeno de la incertidumbre en los servicios de salud; discusión desde la perspectiva del error como condición inherente al ser humano, mostrando su definición multifacética y consecuencias; y convergencias entre el error y la Seguridad del Paciente. **Resultados:** en el área de la salud, el error humano se relaciona con múltiples factores, que viaja de esas causas inherentes al paciente, los factores institucionales, financieras, estructurales y humanos, como la falta de conocimientos y habilidades. El error normalmente se debe utilizar para generar situaciones de aprendizaje que se traducirán en mejoras reales en la calidad de los servicios y la atención, que converge a la necesidad de institucionalizar una cultura que prevalece en la salud y el bienestar del individuo asistida, dando lugar a sí mismo la seguridad del paciente. **Consideraciones finales:** la mejor manera de prevenir el error humano es conocer la probabilidad de que se produzcan, así como conocer los tipifica, y relacionar sus causas y consecuencias.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Errores médicos. Servicios de salud.

¹ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: gilberto.fp@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br

INTRODUÇÃO

A assistência prestada pelos profissionais nas instituições de saúde tem ganhado repercussão avassaladora, e porque não dizer preocupante, nos últimos anos em virtude do conhecimento que se tornou público acerca das iatrogenias geradas nesse cenário de “cuidado”. Após a divulgação do relatório *To Err is Human*⁽¹⁾ do *Institute of Medicine* nos Estados Unidos, em que se evisceraram estatísticas para além dos limites das instituições hospitalares, uma nova terminologia acerca dos erros ocorridos nos serviços de saúde passa a ser tratada de forma mais aberta e democrática, porém ainda com grandes reservas morais.

Este relatório retrocitado classifica que os erros nos serviços de saúde podem ser categorizados de acordo com as etapas de prestação dos cuidados em: erros de diagnóstico, de tratamento e de prevenção, sobre os quais recaem um enorme comprometimento na recuperação e reabilitação dos pacientes, podendo inclusive gerar óbitos evitáveis⁽¹⁾.

Entre os estudos que apresentam consolidados da ocorrência de erros nos serviços de saúde destaca-se uma revisão sistemática que após analisarem nove estudos publicados nos Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia, França, Inglaterra, Dinamarca e Canadá se constataram uma oscilação na incidência destes eventos numa proporção de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes admitidos nos hospitais estudados⁽²⁾.

Considerando então as reservas morais e a epidemiologia que estão associados ao ‘errar’, atualmente, a filosofia de trabalho para a segurança do paciente tem tentado cambiar “a culpa e a vergonha” pela abordagem de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de prevenir ou detectar esses erros precocemente antes que causem danos, pensando assim numa vertente construtiva deste evento⁽³⁾.

Por isto, a proposta deste texto reflexivo foi discutir acerca do erro humano e suas implicações nos serviços de saúde tecendo considerações paralelas com a Segurança do Paciente. Neste sentido, inicialmente contextualiza-se o fenômeno da insegurança nos serviços de saúde com a apresentação de referenciais clássicos do tema, posteriormente discute-se a perspectiva do erro como condição inerente do ser humano, demonstrando sua multifacetada definição e

consequências, e por fim, as convergências entre o erro e a Segurança do Paciente.

ERRO HUMANO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Apesar de muito se ter explorado temática do erro nos serviços de saúde nos últimos anos, traçar um perfil epidemiológico sobre estes eventos ainda é uma tarefa que se recobre de certa nebulosidade, pois há uma forte segregação dos dados de acordo com o local e método utilizados pelos pesquisadores, além de uma divergente abordagem conceitual ao tema⁽⁴⁾. No entanto, a somatória das diversas pesquisas permite vislumbrar a magnitude do problema nos serviços de saúde.

A avaliação de oito estudos pelo método de revisão sistemática revelou incidência de um evento adverso para cada dez internações, em que as causas mais frequentes foram as de origem cirúrgica com 39,6% e de uso de medicamentos, 15,1%, sendo a média de eventos preveníveis de 43,5% e de eventos fatais 7,4% numa amostra global de 74.485 pacientes⁽⁵⁾.

No Brasil, observa-se que prevalecem estudos que tratam da avaliação do erro de forma ainda muito pontual, sem grandes populações analisadas, e com atenção especial aos erros de medicação em unidades de cuidados de alta e média complexidade⁽⁶⁾. Com relação ao panorama geral dos eventos adversos e erros, detectaram-se por meio de estudo retrospectivo a ocorrência de 229 eventos adversos, dos quais 57,6% estavam relacionados à sonda nasogátrica, 16,6% a quedas e 14,8% a administração de medicamentos⁽⁷⁾.

Noutra pesquisa, também documental e retrospectiva, realizada em um Hospital Universitário de Goiânia, foram encontrados em um período de quatro anos de avaliação, a ocorrência de 264 eventos adversos, representados pela retirada de sondas, drenos e cateteres com 61,3%, quedas 18,6%, processos alérgicos e evasões 5,3% cada, úlceras por pressão 4,9% e erros de medicação 2,6%⁽⁸⁾.

Na área de saúde, o erro humano está atrelado a múltiplos fatores, que trafegam desde aquelas causas inerentes ao próprio paciente, àquelas institucionais, financeiras, estruturais, e de fatores humanos, como a falta de conhecimento e habilidades. Neste sentido, é inevitável concluir que a melhor forma de prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade

de sua ocorrência, bem como saber tipificá-los, e relacionar suas causas e consequências⁽⁹⁾.

Tratar sobre o cruzamento das variáveis erros e assistência à saúde tem sido uma tarefa árdua e paulatina pelos pesquisadores em todo o mundo, pois se requer uma linguagem delicada, uma vez que o erro humano gera implicações éticas, legais e sociais, as quais estão embutidas em seu próprio contexto, pois se de um lado é parte da natureza humana o ato de errar, por outro é concretizado no senso comum que profissionais de saúde não podem cometer erros, já que estão lidando com vidas e sua missão é a garantia do reestabelecimento da saúde⁽¹⁰⁾.

Complementa-se a essa observação o fato da dificuldade em definir erro devido sua polissemia conceitual como apresentando em estudos⁽¹¹⁻¹²⁾. Algumas teorias acerca deste tema têm sido amplamente utilizadas por pesquisadores na área de saúde, destacando-se o Modelo do Queijo Suíço⁽¹³⁾, que por meio da psicologia cognitiva busca a compreensão do comportamento humano na ocorrência do erro, destituindo-o da esfera individual e imprimindo um caráter de avaliação mais sistêmico. Por outro lado, outra vertente considera que este modelo destaca a ineficácia do costume inútil de tentar aperfeiçoar o comportamento humano e defende que a análise de erros associados a cuidados em saúde precisa se concentrar em sua “raízes”⁽¹⁴⁾.

Neste sentido, é importante elucidar que enquanto o evento adverso é um incidente que resulta em dano não intencional decorrente da assistência e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente, o erro em relação à assistência à saúde é definido como: “ato de imprudência ou negligência, levando a um resultado indesejável ou a um potencial significativo para ocorrência de tal resultado”⁽⁹⁾, que podem gerar eventos adversos na maioria das vezes evitáveis.

Partindo de uma visão mais abrangente, e, portanto sistêmica, entende-se que os erros estão mais comumente associados a sistemas defeituosos e processos falhos, o que permite sua análise por meio de um paradigma que reconhece a condição humana como propensa a cometer falhas e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem esses erros e que os previnam ou captem antes que eles causem danos⁽¹⁴⁾.

O erro deve, na maioria das vezes, ser utilizado para gerar situações de aprendizado que se

converterão em melhorias efetivas da qualidade dos serviços e cuidados prestados, o que converge para a necessidade de se institucionalizar uma cultura em que prevaleça a saúde e o bem-estar do indivíduo assistido, fazendo emergir a expressão segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

Porém, é prudente alertar que associar segurança do paciente somente com a prevenção de erros é uma premissa potencialmente restritiva, pois se devem considerar todas as variadas formas de lesão que podem ser causadas pelo atendimento nos serviços de saúde, inclusive aquelas relacionadas a fatores estruturais e políticos. Estabelecer um objetivo de um programa específico em redução de erros faz sentido, desde que haja clara a certeza da definição dos mesmos e quando eles forem fontes potenciais de lesão⁽¹⁶⁾.

Na tentativa de compreender melhor a relação entre essas variáveis, cabe aqui reportar que Segurança do Paciente compreende um conjunto multidimensional que emerge da interação dos componentes do sistema, e que tem por finalidade prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas do próprio atendimento nos serviços de saúde, com práticas que devem ser executadas por todos os membros desse sistema, relacionando-se diretamente com a qualidade do atendimento⁽¹⁷⁾.

Apesar de ser considerada um atributo indispensável do sistema de cuidados em saúde, ainda é uma área de conhecimento em construção, onde modelos inovadores e pesquisas vêm sendo executadas, despertando o interesse de profissionais e pesquisadores em todo o mundo, bem como o surgimento progressivo, porém embrionário, de organizações e agências que discutem sobre o tema e sugerem soluções que buscam atender a sociedade de um modo geral.

Sobressaem neste cenário a *Joint Commission International* e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A primeira, destaca-se a nível mundial pela forte liderança de processos e iniciativas bem sucedidas, principalmente em relação a avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, criação de projetos, pesquisas e programas educacionais na área de segurança do paciente, estabelecendo pareceria junto à Organização Mundial de Saúde para efetivamente por em prática as metas estabelecidas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva;

melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e, reduzir o risco de lesão associado a quedas⁽¹⁸⁾.

Já a ANVISA, órgão do Ministério da Saúde do Brasil, ressalta-se pela atuação a nível nacional, por meio da criação do projeto Hospitais Sentinela que têm como objetivo obter informação qualificada, enquanto cria um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, devendo resultar em ganhos significativos de qualidade para os serviços e pacientes, e que inclui em sua programação o gerenciamento de risco e a notificação de eventos adversos como método de monitorização da qualidade assistencial, com ênfase nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância⁽³⁾.

Mais recentemente, sua atuação tem se consolidado com a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente que recomenda a criação de Comitês Hospitalares de Segurança do Paciente os quais trabalharão por meio de abordagem sistêmica e multidisciplinar a notificação, prevenção e correção dos eventos adversos, bem como instituirão programas educativos que envolvam os profissionais, pacientes e a comunidade de maneira geral para discutir aspectos relevantes da manutenção da segurança durante todo o processo assistencial⁽¹⁹⁾.

Compreende-se, portanto, que apesar da multifacetada polissemia na qual a definição do erro humano encontra-se em relação aos serviços de saúde, com muitas implicações éticas e legais, nota-se que sua discussão tem sido mais ampliada, inclusive com a elaboração de políticas e programas que necessitarão invariavelmente de mudança na cultura organizacional para gerar mudanças efetivas e eficazes nestes locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se relevante abordar a temática de erros em instituições de saúde, pois é uníssona a fala científica que o registro correto destes erros é ferramenta inquestionável para detectar e estimar a ocorrência de eventos adversos, avaliar suas causas e sua severidade, e desenvolver ações que tenham como foco prioritário a segurança do paciente

enquanto este estiver sobre cuidados especializados em serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
2. Mendes W, et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Aug 10]; 8(4): 393-406. 2005. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). ANVISA. Boletim informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília; 2011. [Acesso em: 12 out 2013]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RyBn-mPQWdgJ:portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM%2BI.PDF%3FMOD%3DAJPERES+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
4. Agyemang REO, While A. Medication errors: types, causes, and impact on nursing practice. Br J Nurs [serial on the internet]. 2010 [cited 2013 Aug 13]; 19(6): 380-5. 2010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335918>.
5. De Vries EM, et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Jul 13]; 17(3): 216-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>.
6. Pereira FGF, et al. Produção científica brasileira de enfermagem sobre erros de medicação. Revista Enfermagem Brasil 2013; 12(4): 232-9.
7. Nascimento CCP, et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Lat Am Enfermagem [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 May 10]; 16(4): 7 telas. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692008000400015&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. Carneiro FS, et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 Jul 25]; 19(2): 204-11. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. Glossary. Estados Unidos; 2013. [Cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://webmm.ahrq.gov/glossary.aspx?indexLetter=E>.

10. Harada MJCS, et al. O erro humano e a segurança do paciente. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2006.

11. Cassiani SHB. Identificação e análise dos erros de medicação em hospitais brasileiros [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; 2006.

12. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Cien Saude Colet [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 May 10]; 16(8): 3591-602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000900027&script=sci_arttext

13. Reason J. Human error. London: Cambridge University Press; 2003.

14. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.

15. Fonseca AS, Peterlini FL, Costa DA (Orgs). Segurança do Paciente. São Paulo (SP): Martinari; 2014.

16. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.

17. US NPSF. US National Patient Safety Foundation. Patient Safety Glossary. Inglaterra; 2000. [Cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.patientsafety.va.gov>.

18. World Health Organization. World Alliance for patient safety. Estados Unidos; 2004. [Cited 2013 Oct 13]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

19. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 529/2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013. [Acesso em: 3 Jul 2013]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2014-07-17

Accepted: 2014-08-21

Publishing: 2014/10/01

Corresponding Address

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
Rua Professor Vicente Silveira, 100, Bl2, ap 404
Bairro: Vila União
CEP: 60410-322 Fortaleza-Ceará
Tel: (85) 9683-7423
E-mail: gilberto.fp@hotmail.com