

## CURSO DE APERFEIÇOAMENTO CEEA

Cantanhede, 30 de Outubro de 2009

# ERRO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA

Jorge Tavares

Serviço de Anestesiologia  
Hospital S. João EPE e Faculdade de Medicina do Porto

O erro é uma componente indissociável da natureza humana. Tão indissociável que alguns pensadores o consideram mesmo como um instrumento do progresso.

Erro é qualquer situação em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso e implica a existência, não de um gesto automático, mas de um plano (Fragata e Martins, 2004).

A Medicina é uma profissão de risco. A actividade médica exerce-se em seres humanos, cuja natureza se rege por leis de probabilidade biológica que não podem ser completamente previstas, não apenas porque o Homem está longe de as conhecer cabalmente como ainda pelas insuficiências dos processos de avaliação.

A Medicina é exercida por seres humanos, que ganham conhecimentos, avaliam variáveis biológicas, tomam decisões e executam técnicas, tudo actividades falíveis.

Há assim erros indissociáveis da natureza humana de médicos e doentes. São erros honestos. Mas há também erros em que houve desvios do estado da arte aceite como boa naquele momento: são erros negligentes.

O erro não é geralmente um acontecimento isolado, antes resulta da acumulação progressiva de pequenos desvios ou eventos adversos que precedem o erro. A evolução destes near miss (quase erros) para erros foi interrompida pelas correcções entretanto introduzidas pelos agentes do sistema. A análise destes quase erros é um dos mais importantes mecanismos para

compreensão dos erros e seus mecanismos, o mesmo é dizer, para proceder á sua profilaxia. É difícil, ou mesmo impossível, mudar a condição humana; mas é possível mudar as condições em que as pessoas trabalham.

A Anestesiologia podia ser avaliada, na década de 60 do século passado, como uma especialidade perigosa (Derrington e Smith, 1987). A Anestesiologia é hoje a especialidade médica que mais tem investido e continua a investir na segurança dos doentes e na profilaxia do erro (Fragata e Martins, 2004), actuando sobre as condições em que os anestesiológicos trabalham.

A população em geral exhibe expectativas crescentes em relação às capacidades da medicina e está cada vez menos disposta a aceitar que o seu exercício possa acarretar a morte ou o acidente como resultado inevitável do destino (de um mau destino) ou de intervenções humanas e técnicas.

Assim, o exercício da medicina passou a ser uma actividade sujeita ao permanente escrutínio público.

Os Anestesiológicos cedo se aperceberam que a sua especialidade, além de introduzir alterações fisiológicas no doente, eventualmente perigosas, não apresentava um benefício imediato para o doente, o que lhes impôs, mais do que a outros especialistas, a noção da importância de minimizar erros e reduzir riscos como forma de aumentar a segurança dos doentes.

Foi com estes objectivos que Eichhorn e col, 1986, decidiram estudar os acidentes graves que aconteceram em 10 anos nos Hospitais da Faculdade de Medicina de Harvard e procurar um amplo consenso retrospectivo sobre como poderiam esses acidentes ter sido evitados. Desta investigação resultou a proposta de standards mínimos de vigilância de segurança no bloco operatório, que aí começou a ser aplicada em 1995, foi adoptada pela ASA em 1996 com pequenas revisões e, a partir de então, por todo o mundo (na Grã-Bretanha e Irlanda e em Singapura em 1988, na França, na Alemanha e na Bélgica em 1989, na África do Sul, na Suécia e na Itália em 1990).

Desde o princípio, que os autores destes standards e muitos anestesiológicos de renome, afirmaram que seria demasiado simplista esperar que a adopção de standards mínimos de vigilância fosse capaz por si só de contribuir para a minimização do erro e para o aumento da segurança dos doentes reduzisse os acidentes anestésicos.

De facto, a criação e adopção dos standards de vigilância foi apenas uma faceta bem visível, catalizadora de alterações em atitudes e práticas que resultam, por exemplo, da melhoria da qualidade médica de quem entra para a especialidade, dos programas de treino e formação teórica dos internatos de anesthesiologia, da educação médica / aperfeiçoamento profissional contínuos, da investigação na especialidade, da capacidade de manuseamento do risco e dos fármacos e equipamentos específicos da especialidade, nomeadamente da tecnologia de vigilância instrumental (Eichhorn, 1992).

O erro em Anesthesiologia tem que ser encarado na interacção entre a cirurgia e os seus erros, o doente e as suas variáveis fisiológicas e patológicas e a anesthesiologia.

São 3 classes de factores que afectam a performance do pessoal em contacto directo com os doentes: factores cognitivos que estruturam a forma como as pessoas agem: devidos ao conhecimento (ocorrência de um problema num dado contexto); factores ligados à dinâmica da atenção (factores que influenciam a atenção e a gestão do excesso de trabalho com a consequente fadiga); estratégicos, que traduzem o equilíbrio entre objectivos que criam conflitos e os médicos que actuam na incerteza, no risco, sob pressão do tempo, com recursos limitados.

A atribuição das falhas do sistema aos operadores leva “naturalmente” ao aumento de regras, a uma maior rigidez, e a uma tentativa mais apertada de controlo. A experiência demonstra que não é pelo controlo apertado que se conseguem reduzir as falhas, já um sistema mais rígido, mais burocrático, mais disfuncional significa mais erros.

A morte é um acidente – não está previsto que um indivíduo que vai ser anesthesiado morra da anesthesia. A morte, bem como quaisquer outras consequências, graves ou não, tanto pode resultar de falhas activas como latentes, de falhas por má utilização dos conhecimentos, por má avaliação, por má atenção ou por má deliberação.

As falhas activas são os erros honestos ou negligentes, cometidos por quem trabalha no sistema, nomeadamente pelos anesthesiologistas, com consequências visíveis, imediatas, geralmente imprevisíveis.

As falhas latentes são erros de quem está a montante na organização ou no sistema, que também podem ser honestos ou negligentes: design do edificio, planeamento, horários de funcionamento de serviços de apoio, recursos da organização.

A maior defesa contra as falhas é a compreensão e consciência dos riscos associados à prática profissional; a orientação clara em como funcionar com segurança; o providenciar avisos e alarmes; o vigiar o sistema e restabelecer o estado normal, quando este dele se afastou; a interposição de barreiras de segurança entre os riscos e os potenciais danos; o eliminar os riscos para os quais as barreiras possam não ser eficazes; ter meios alternativos de segurança quando a contenção do risco falhar.

Na Anestesiologia, há erros técnicos, como avarias de aparelhos; há erros por fadiga, como trocas de seringas, trocas de fármacos – a troca de fármacos continua a ser a responsável por muitos erros; há erros por violação de regras de segurança do trabalho, como o trabalho excessivo de muitas horas diárias, mais de 8 h, às vezes chegando a mais de 48! seguidas (não é verdade que os anestesiólogos são como os pilotos de avião?); há erros por incumprimento do estado da arte (guidelines e medicina de evidência); há erros por falta de experiência, como falta inicial de experiência e o desrespeito pela curva de aprendizagem ou de manutenção das capacidades de execução da técnica (por alguma razão a educação médica contínua foi complementada com o aperfeiçoamento profissional contínuo); há erros por deficiência da organização, como os que resultam da impossibilidade de pedir apoio porque não há na área ninguém capaz de o dar, ou de defeitos da instituição, como ausência de sala de recobro, limitação administrativa / da farmácia hospitalar na escolha de medicamentos.

O hábito de reportar, sem receio de culpa, todas as ocorrências fora do esperado para que alguém, a nível mais alto, possa identificar trajetórias de erro ou violações de regras e introduzir correções no sistema, é o procedimento fundamental para a prevenção de futuros erros. Nesta perspectiva, não reportar pode significar negligência, o mesmo se dizendo de deturpar registos.

## **Bibliografia**

- Abeysekera A, Bergman IJ, Kluger MT, Short TG (2005). Drug error in anaesthetic practice: a review of 896 reports from Australian Incident Monitoring Study database. *Anesthesia* 60; 220-7
- Derrington MC, Smith G (1987). A review of studies of anaesthetic risk, morbidity and mortality. *BJA* 59:815-33

Eichhorn JH, Cooper JB, Cullen DJ et al (1986). Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School. *JAMA* **256**:1017-20

Eichhorn JH (1992) Influence of practice standards on anaesthesia outcome. *Baillière's Clinical Anaesthesiology* **6**:663-90

Fragata J, Martins L. (2004). O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 2004. 1ª ed. Almedina. Coimbra

Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J (2006). Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesth* 2006; 23: 433-439

Morris GP, Morris RW (2000). Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian Incident Monitoring Study 1987-97. *Anaesthesia and Intensive Care* **28**:300-4

Orser BA, Byrick R (2004). Anesthesia-related medication error: time to take action. *Can J Anesth* **51**: 756-60

Wheeler SJ, Wheeler DW (2005). Medication errors in anaesthesia and critical care. *Anesthesia* **60**; 257-73

[jtavares@med.up.pt](mailto:jtavares@med.up.pt)