



# **A gestão do erro médico nas instituições de saúde**

**António Augusto Melo Rodrigues**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

**junho 2024**



## **Declaração de Integridade**

Eu, António Augusto Melo Rodrigues, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43132 no Mestrado Integrado em Medicina, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 11/06/2024

Assinatura



## **RESUMO**

O tema do “erro” tem despertado interesse globalmente. Registra-se mais de 100 mortes diárias devido a danos resultantes de erros nos cuidados de saúde. Além das consequências físicas e emocionais para os pacientes, os erros podem ter efeitos negativos no âmbito social, nas instituições e nos profissionais de saúde.

Este estudo investiga a percepção dos profissionais de saúde sobre a gestão do erro nas unidades de saúde. Foram analisados os tipos de erro considerados mais frequentes, suas consequências e a percepção da atuação da gestão.

Os resultados obtidos indicam uma maior ocorrência de erros nas escalas de colaboradores, nos meios complementares de diagnóstico e na administração da medicação prescrita. Sobre as consequências dos erros, a amostra aponta para uma ocorrência mínima a média. Os profissionais consideram que a organização possui uma cultura de assunção de erros em vez de culpabilização. Os resultados mostram uma relação entre a cultura de fiabilidade e a cultura de orientação ao erro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão do Erro, Cultura de orientação ao erro, Cultura de Fiabilidade

## **ÍNDICE**

### **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

1.1 – INTRODUÇÃO

1.2 - OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

1.3 – ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO

### **CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

2.1 A PRECEÇÃO DO ERRO MÉDICO

2.2 COMO ABORDAR O ERRO MÉDICO

2.3 AS CAUSAS DO ERRO MÉDICO

2.4 FORMAS DE PREVENÇÃO DO ERRO MÉDICO

2.5 CONSEQUÊNCIAS DO ERRO MÉDICO

2.6 A RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR

2.7 A RESPONSABILIDADE CIVIL

2.8 A RESPONSABILIDADE PENAL

2.9 CRIMES DECORRENTES DA ATIVIDADE MÉDICA

2.10 GESTÃO EM SAÚDE

2.11 GESTÃO DO RISCO E DO ERRO MÉDICO

2.12 A CULTURA DA NÃO CULPABILIZAÇÃO

### **CAPÍTULO III – METODOLOGIA**

3.1 TIPO DE ESTUDO

3.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

3.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

3.4 POPULAÇÃO

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Estrutura da investigação

FIGURA 2 – Estrutura do erro

FIGURA 3 - Tipos de erro mais referenciados

### **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Fatores que conduzem ao erro

### **LISTA DE SIGLAS**

CRP - Constituição da República Portuguesa

CC – Código Civil

CP – Código Penal

DL - Decreto de Lei

EDM - Estatuto disciplinar dos médicos

EDTFP – Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores em Funções Públicas

IOM - Institute of Medicine

L - Lei

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

PCISME - Primary Care International Study of Medical Error

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

# **CAPÍTULO I**

Introdução

## 1.1 Introdução

Um bom médico também erra. Mesmo o médico mais experiente, com mais horas de prática clínica e de estudo, estará sujeito ao erro. Ele erra porque errar, já diria o filósofo Platão, é humano e todos nós estamos suscetíveis à falha; errar é portanto, inevitável.

O erro médico não foge à regra. Por mais que nos dediquemos, de forma incansável, para que equívocos não ocorram, o médico está fadado a cometer erros assim como qualquer outro profissional, seja ele da área da saúde ou não.

Erros no mundo médico são, para muitos, sinônimo de mal preparo, de negligência, incompetência, falta de estudo e comprometimento com a vida humana, e não combinam com um profissional de excelência que se dedica diariamente ao exercício da medicina.

O erro médico existe desde as origens da medicina. Já o Código de Hamurabi referia a responsabilidade médica: “olho por olho, dente por dente”. Na Antiga Grécia, Hipócrates, o pai da medicina, formulou o Princípio da Não Maleficência, *Primum Non Nocere*, transmitindo que se deve ter por hábito duas coisas: ajudar ou, pelo menos, não produzir dano. (Neto, J., Sirimarco M., Figueiredo, N., Barbosa T., Siveira T., 2011. Moraes, 1991. Gomes, 2009. Jacinto 2010).

O presente trabalho irá descrever algumas das teorias em relação ao erro médico, cujo interesse no seu estudo tem se manifestado em todo o mundo: em 1999 foi criada, nos Estados Unidos a Agency for Healthcare Research and Quality com objetivo de investigar a qualidade do serviço médico. No Reino Unido, a National Patient Safety Foundation elaborou um documento que define critérios a cumprir para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados de saúde (Sousa, P. 2006). Em 2002 a Assembleia mundial da OMS criou a Aliança Mundial para a segurança do paciente (Neto et al 2011, WHO 2008). Desde então, têm sido implementados inúmeros projetos na área da segurança do doente, a fim de introduzir formas de lidar com as situações de erro e omissão de forma aberta e eficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Em Portugal 2007 foi o ano da criação do Sistema Nacional de Notificação de incidentes adversos (Ministério da saúde – inspeção geral de atividades em saúde 2010) assim como de um registo clínico eletrónico de apoio ao médico e de apoio á prática de enfermagem - o SAM e o SAP. (Lameirão 2007).

Em 1999, no relatório do Institute of Medicine o erro médico é identificado como uma das mais importantes causas de morte: “morrem 100 doentes por dia devido a danos decorrentes dos cuidados de saúde e não devido a doença”.

Num estudo recente (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010) realizado em 25 países da União Europeia – incluindo Portugal -, sobre a percepção geral do público acerca do erro médico e as suas implicações, conclui-se que “78% dos inquiridos considera que o erro médico é um problema grave no seu país” e 28% já vivenciaram – diretamente ou através de algum familiar próximo – consequências de erro de diagnóstico ou tratamento. Já Carneiro (2010) conclui que a maior parte dos erros acontecem a profissionais dedicados e competentes.

Atualmente a opinião sobre a competência médica é volátil tal é a expectativa e a presunção de infalibilidade criada pelo avanço da medicina e pela informação cada vez mais acessível a todos (Gomes, 2009; Rodrigues, 2012; Moraes, 1991).

A saúde representa uma das condições fundamentais para a concretização do plano de vida de cada indivíduo. Discorrer sobre saúde é, em essência, discorrer sobre a própria vida. Sem ela, é impossível desfrutar plenamente, com vigor e qualidade, tudo o que a vida oferece. Existe uma interação contínua entre o ser humano e o mundo que o rodeia, na qual os problemas físicos impactam a saúde mental e os desafios psicológicos frequentemente se refletem no corpo físico.

Os equívocos clínicos e eventos adversos representam uma fonte significativa de morbidade, mortalidade e consumo de recursos, exigindo, portanto, análise e controle por meio de sistemas dedicados e específicos" (Carneiro, 2010, p.5). Tais erros frequentemente resultam em danos para aspetos preciosos como a integridade física, a saúde e até mesmo a vida dos pacientes. É certo que os médicos não cometem mais erros - e talvez até menos - do que profissionais de outras áreas, como advocacia, arquitetura, bancária ou gestão. No entanto, no âmbito da medicina, os resultados são visíveis, percebidos e sentidos, enquanto nas outras áreas as consequências são predominantemente materiais ou financeiras (Gomes, 2009).

A ocorrência de erros pode ter consequências a inúmeros níveis: pode levar à perda de confiança nas organizações (nível social), ao aumento da carga financeira (nível económico) e à diminuição dos resultados esperados ou desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (nível motivacional dos profissionais) (Mansoa, 2010; Bugata, 2013).

Devido ao interesse público na medicina, alguns estudos em Portugal têm abordado a prevenção do erro médico. Este estudo visa entender como as instituições de saúde lidam com o erro médico: focam-se apenas no profissional ou adotam uma abordagem sistêmica? Que consequências resultam dos processos disciplinares? Há estigmatização ou aprendizagem? Quais são os erros mais comuns e suas consequências? Qual é a postura da administração em relação a esses eventos e quais medidas são tomadas para preveni-los?

## 1.2 Objetivos da investigação

Se por um lado as pessoas têm mais noção dos seus direitos, por outro é prudente admitir que talvez exista menos controlo da qualidade dos serviços de saúde, quer no setor privado quer no público. Embora os dados sejam escassos, em Portugal registam-se entre 1330 a 2900 mortes anuais devido a erros cometidos no âmbito do exercício da medicina (Fragata & Martins, 2004).

A expectativa de perfeição imposta aos profissionais de saúde, assemelhando-os a deuses desde tempos antigos, cria um impacto avassalador diante de qualquer erro cometido. O avanço do conhecimento médico e a ênfase na divulgação dos cuidados de saúde alimentam a crença de que a medicina é infalível, capaz de tratar todas as doenças e corrigir todas as deformidades. Para o paciente e para a sociedade, a medicina é encarada como uma promessa de resultados, embora na realidade seja um compromisso de meios. Isso gera uma reação dramática em que a busca pelo culpado parece ser uma forma de mitigar a dor (Gomes, 2009).

Nos inúmeros relatórios, teses e artigos que abordam a gestão do risco, o registo de eventos adversos e a segurança, é consensual a preocupação em perceber porque é que o erro ocorreu e adotar então todos os procedimentos para impedir uma nova ocorrência (Antunes, 1993; Gonçalves, 2008; Bugata, 2013). Ainda assim, pouco se sabe sobre o que realmente acontece depois da ocorrência do erro. É importante analisar como os gestores e os próprios colegas reagem quando confrontados com o erro. A confiança no profissional ou na instituição de saúde pode ser prejudicada, levando até à demissão do responsável pelo erro. Críticas destrutivas podem surgir, afetando o ambiente entre os profissionais, e a equipe pode sofrer consequências no seu funcionamento e desempenho. É pertinente questionar se os gestores adotam uma atitude discriminatória e se também se sentem responsáveis pela segurança dos pacientes. Serão implementadas medidas para evitar reincidências? Serão elaborados relatórios sobre tais incidentes?

O objetivo deste trabalho é responder a estas questões e compreender qual é a estratégia para equilibrar as necessidades de defesa dos gestores, enquanto responsáveis pela instituição e pelos profissionais, e as necessidades de motivação da pessoa/equipa/instituição apontada como responsável pelo erro.

É importante esclarecer desde já que este trabalho não visa alertar para a realidade do erro médico no nosso sistema de saúde - já existem numerosos estudos sobre essa questão - e não pretende avaliar a qualidade dos atos médicos ou dos serviços prestados pela organização. Também não se propõe fazer qualquer tipo de julgamento de valor nem iniciar uma "caça às bruxas de bata

branca", como referido por Casabona C.M.R. (1990, p.8). O objetivo específico é compreender e analisar como os agentes/intervenientes que lidam com situações de erro as enfrentam e superam.

### 1.3 Estrutura da investigação

Inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura existente sobre a temática, com o objetivo de consolidar conhecimentos e estabelecer fatos, a fim de formular um conjunto inicial de problemas. Em seguida, foi definida a população-alvo da pesquisa, bem como a metodologia para a coleta de dados. Por fim, os dados obtidos foram tratados e analisados, resultando em conclusões correspondentes.

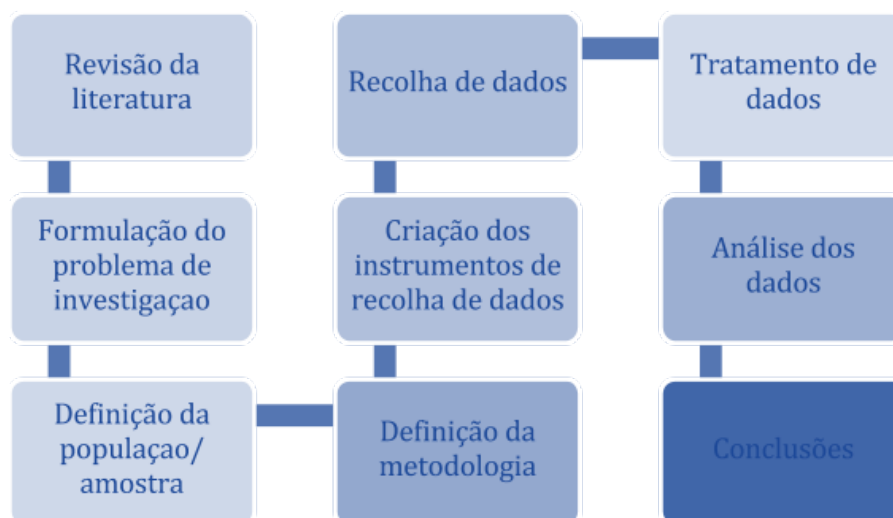


Figura - Estrutura da investigação

# **CAPÍTULO II**

Fundamentação Teórica

## 2.1 A percepção do erro médico

O erro médico é muitas vezes simplificado como uma falha cometida por um médico no desempenho da sua profissão, resultando em dano para o paciente. No entanto, o conceito é complexo e variado. Por exemplo, Schmidt (1939, p. 138) define o erro médico como "qualquer erro cometido por um médico durante a assistência a um paciente". Sendo uma "ocasião em que uma sequência planejada de atividades físicas ou mentais não atinge o resultado esperado, sem que essas falhas possam ser atribuídas ao acaso". Este autor salienta que a escolha deliberada é crucial para reconhecer o erro como uma falha na execução de um plano ou como a aplicação de um plano inadequado para alcançar um objetivo.

Fragata e Martins (2004, p. 312,313) seguem uma linha de pensamento semelhante, definindo o erro em medicina como "uma falha não intencional na realização de uma sequência de atividades físicas ou mentais, previamente planejadas, que não alcançam o resultado esperado, desde que essa falha não seja causada pelo acaso". Silva (2009, p. 4) também afirma que o erro é "não atingir um objetivo devido a uma falha que poderia ser evitada".

Para Sousa (2006, p. 12), o erro médico é "uma conduta profissional inadequada resultante da utilização de técnicas médicas ou terapêuticas incorretas que prejudicam a saúde ou vida do paciente". Por outro lado, Rodrigues (2012, p. 6) considera o erro médico como "uma falha profissional, independentemente da sua avaliação jurídica.

Independentemente do conceito adotado, é inegável que o erro é uma realidade inerente à prática médica, ocorrendo com mais frequência do que desejado e muitas vezes resultando em lesão ou perigo grave para a saúde e vida dos pacientes. Daí a importância social, médica e jurídica atribuída a este tema.

## 2.2 Como abordar o erro médico

No estudo intitulado Primary Care International Study Of Medical Error – PCISME, conduzido por Robert Graham do Center of the American Academy of Family Physicians (Makeham, Dovey, County & Kidd, 2002), o erro é definido como "qualquer coisa identificada como errada e que não deve voltar a acontecer". Neste estudo, os erros são encarados como eventos que surgem na prática diária e indicam uma ameaça ao bem-estar dos utentes, devendo ser evitados. Esses eventos afetam ou têm o potencial de afetar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, podendo variar em gravidade, natureza (administrativa ou clínica), ações ou omissões, e por vezes sem identificação imediata dos seus efeitos.

Para o propósito deste trabalho, esta é a definição de erro que será adotada. Além disso, iremos focalizar a nossa análise nos erros que têm potencial para resultar em danos perceptíveis pelo paciente.

O erro é, portanto, definido como “qualquer coisa identificada como errada e que não deve voltar a acontecer” (Makeham, Dovey, County & Kidd, 2002). Os erros são encarados como eventos que ocorrem na prática diária e indicam uma ameaça ao bem-estar dos utentes, devendo ser evitados, podendo variar em gravidade, natureza, ações ou omissões, e por vezes sem identificação imediata dos seus efeitos.

Muitos erros relatados pelos profissionais estão relacionados com a preparação ou administração terapêutica, enquanto muitas situações permanecem ocultas devido a fatores como vergonha, falta de tempo, dificuldade em aceitar ou reconhecer o erro, entre outros fatores culturais e organizacionais.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM) (2007), o erro em medicina resulta de uma combinação de vários fatores e pode ter diversas causas subjacentes. Por exemplo, podem incluir a falta de observação de normas técnicas, a realização de tratamentos para os quais o profissional não está devidamente preparado, comportamentos de risco e falta de diligência que resulte em passividade ou omissão dos deveres necessários.

Os erros médicos pressupõem a existência de uma finalidade e podem ocorrer em diferentes fases do processo. Na fase de planeamento, podem resultar de decisões erradas devido a conhecimentos insuficientes. Durante a execução, podem ocorrer lapsos, que resultam geralmente de distrações momentâneas, ou violações, que ocorrem quando não há cumprimento das regras estabelecidas. A negligência é um tipo de erro que resulta de um comportamento negligente, violando um dever objetivo de cuidado e causando consequências para a saúde ou vida do paciente.

É importante distinguir entre erro e engano. Enquanto o erro resulta da ignorância de certos factos essenciais para o conhecimento exato e tem uma base objetiva, o engano resulta de atividades defeituosas das funções de atenção, memória e pensamento, sendo essencialmente subjetivo. Os erros podem ser classificados em várias modalidades, como erros de planeamento, avaliação, diagnóstico e tratamento, assim como falhas de comunicação e de equipamento.

Para os efeitos deste trabalho, serão consideradas as modalidades de erro processual e erro de conhecimentos e competências, conforme utilizado no estudo de Makeham et al. (2002). O erro processual engloba erros no atendimento administrativo, exames exploratórios, tratamentos, comunicação e gestão de profissionais de saúde, enquanto o erro de conhecimentos e competências inclui erros na execução de tarefas clínicas, diagnósticos errados e decisões de tratamento erradas.

É importante notar que nem todos os eventos adversos são necessariamente erros médicos. Eventos que surgem como resultado do tratamento, mas não poderiam ser previstos ou alertados ao paciente, não são considerados erros médicos. Estes incluem complicações inesperadas que podem surgir apesar de um procedimento correto e dentro dos padrões de segurança e normas técnicas. Estatisticamente, os tipos de erros mais frequentemente relatados incluem a identificação incorreta do doente, processos com informação mal arquivada e erros na administração de medicamentos.

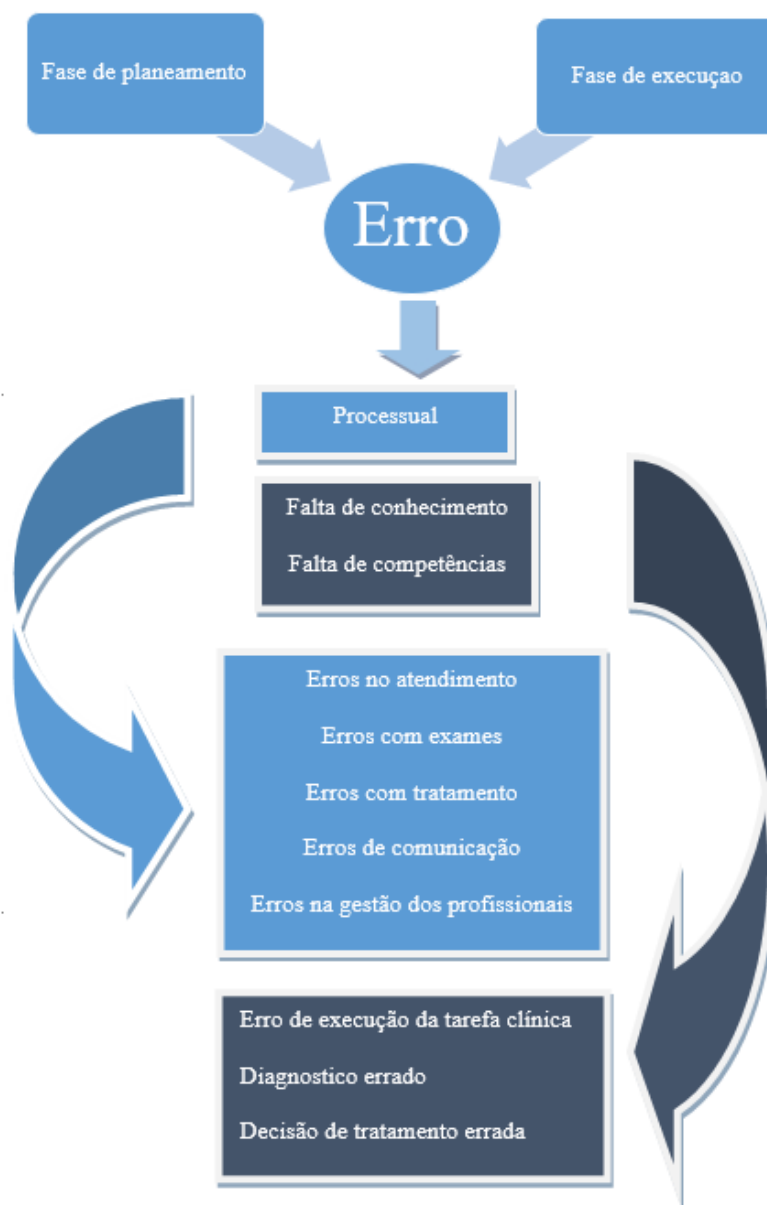


Figura 1 - Estrutura do erro

Erros na identificação do doente/paciente	17
Erros de processo com informação mal arquivada	16
Erros de administração (produto/dosagem)	14
Erros de etiquetagem incorrecta	13
Erros de prescrição não conforme /indevida	13
Incidentes com transfusões sanguíneas	13
Erros na avaliação do estado clínico do doente	11
Erros na transmissão da informação médica	10
Erros de desrespeito protocolo de cuidados	9
Erros de interpretação (dosagem/exame)	9
* Outro tipo de situações ocorridas	9

Figura 2 - Tipos de erro mais referenciados

## 2.3 As causas do erro médico

Na sociedade atual e, com uma projeção ainda maior no futuro, a atividade médica é e continuará a ser cada vez mais intrinsecamente lesiva da vida, saúde e corpo, principalmente devido à complexidade dos modernos equipamentos e sistemas de diagnóstico e tratamento, bem como à agressividade dos novos medicamentos que, em busca de eficácia, não conseguem evitar os inevitáveis efeitos secundários e adversos, muitas vezes irreversíveis e determinantes de consequências.

Fragata e Martins (2004, p. 45), citando Reason, argumentam que a abordagem no sistema do erro humano presume que os erros e acidentes resultam de uma longa cadeia de causas, uma sequência de falhas latentes e ativas que se combinam, resultando em danos para os pacientes. Os erros podem ser atribuídos a falhas humanas, eventos fora do controle, risco e falhas do sistema. Fragata (2010, p. 21) reforça essa teoria, concluindo que podem existir lacunas ou falhas de segurança cuja combinação, em ordem, leva à oportunidade ou ocorrência de acidentes. Compete à organização e ao profissional partilhar a responsabilidade de refletir sobre as causas e os efeitos do erro.

<b>Fatores Tipo</b>	<b>Fatores influenciadores</b>
<b>Contexto institucional</b>	Contexto económico e regulador
<b>Fatores organizacionais e de gestão</b>	Recursos e constrangimentos financeiros. Estrutura organizacional. Políticas e objetivos.
<b>Fatores da envolvente do trabalho</b>	Níveis e mistura de competências nas equipas. Equipamento de suporte administrativo.
<b>Fatores respeitantes á equipa</b>	Comunicação verbal. Comunicação escrita.
<b>Fatores individuais</b>	Competências. Saúde física. Saúde mental.
<b>Fatores respeitantes às tarefas</b>	Conceção de tarefas e clareza da estrutura
<b>Fatores respeitantes aos doentes</b>	Condições – complexidade e seriedade. Linguagem e comunicação. Personalidade e fatores sociais.

*Tabela 1 - Fatores que conduzem ao erro*

Um ambiente de stress excessivo, imprevistos, equipamentos variados e nem sempre ergonômicos, dinâmicas de equipa com disfunções habituais, falhas organizacionais e técnicas propiciam a insegurança e levam ao erro. Geralmente, os erros resultam de uma convergência de vários fatores, mesmo que sejam cometidos por um único indivíduo.

Na prática, os erros frequentemente decorrem do conhecimento inadequado, ou seja, da ignorância, defeitos no processamento de dados, ou ambos. Além disso, erros de procedimento também podem surgir por falta de diligência, persistência, simples indolência ou preguiça. Outros erros mais subtis são os erros de ego, nos quais o desejo do clínico de brilhar, de mostrar erudição, compromete a lógica que ele elaborou.

No século XIX, dizia-se que a Medicina estava repleta de erros devido à nossa ignorância sobre uma infinidade de detalhes. A análise do erro em medicina deve considerar duas dimensões: a individual, que foca a busca das causas no profissional que executou determinado procedimento, e a organizacional, que vê o evento como um todo, procurando a origem do erro no sistema. Este sistema tem a obrigação de criar estratégias de defesa para evitar ou reduzir os efeitos do problema. As instâncias internacionais têm seguido esta última abordagem, argumentando que em organizações complexas como as da saúde, há uma maior vulnerabilidade, o que aumenta a probabilidade de erros.

Não podemos mudar a condição humana - errar é parte dela - e não podemos esquecer que os profissionais de saúde são humanos. As causas normalmente associadas à ocorrência do erro médico, identificadas por Pedro Ponce, incluem excesso de trabalho, equipes cada vez mais reduzidas, pressões de tempo, falta de supervisão, falta de treinamento e confiança excessiva na memória. Além disso, Silva (2009) acrescenta fatores como cansaço, má comunicação entre paciente e médico ou entre profissionais de saúde, processamento deficiente de informação, falhas de decisão e processos incompletos. Ponce defende que a motivação do erro pode estar na ignorância, distração, desleixo, falta de habilidade, sugestão, estresse, e sua análise cabe à psicologia.

## 2.4 Formas de prevenção do erro médico

Para França (2005, p. 24), os erros humanos por si só não costumam resultar em danos significativos. No entanto, quando ocorrem dentro de sistemas de saúde frágeis e ineficientes, podem causar danos graves a pacientes e profissionais. Entre os principais fatores que aumentam o risco e a incidência de erros em cuidados de saúde estão as práticas clínicas inadequadas, a comunicação deficiente entre profissionais, a formação insuficiente ou inadequada, a falta de protocolos e a falta de consideração pela fadiga dos profissionais.

Segundo Reason (2000, p. 769), embora não seja possível alterar a condição humana, é possível modificar as condições em que os humanos trabalham. A culpabilização raramente resolve problemas e, ainda menos, previne novos erros. A segurança, por sua vez, depende da implementação de sistemas que antecipem ou previnam erros. Nesse mesmo sentido, Lages (2010, p.13,14) destaca que a análise das causas do erro não deve focalizar-se apenas no profissional que cometeu o erro, mas sim nos mecanismos subjacentes aos erros, nos fatores contribuintes e nas falhas do sistema que podem ser melhoradas. Ele também ressalta que os erros, na maioria das vezes, são não intencionais e muitas vezes originados por falhas do sistema.

Em 2007, foi criado um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes Adversos, implementado através de grupos de trabalho específicos criados para esse fim (Ministério da Saúde, Inspeção Geral de Atividades em Saúde, 2010). É fundamental que as instituições de saúde adotem uma abordagem proativa na identificação e prevenção de erros, em vez de uma postura reativa centrada na culpabilização dos profissionais. Investir em sistemas de gestão de qualidade, promover uma cultura de segurança do paciente e oferecer formação contínua aos profissionais são medidas essenciais para mitigar os riscos de erro médico.

Além disso, a transparência e a comunicação aberta sobre incidentes e erros são cruciais para promover a aprendizagem organizacional e evitar a repetição de falhas no futuro. A criação de espaços seguros para que os profissionais possam relatar incidentes sem medo de retaliação é fundamental para identificar áreas de melhoria e implementar medidas corretivas eficazes.

Wanumarcher L. (2005) propôs um conjunto de ações que serviriam como um guia para lidar de forma mais eficaz com a questão do erro médico. Essas ações visavam melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, promover uma cultura de segurança do paciente e implementar estratégias de prevenção de erros.

Entre as medidas propostas por Wanumarcher, destacam-se:

- Promoção da comunicação: Incentivar os profissionais de saúde a comunicarem abertamente sobre incidentes e erros permitindo uma análise mais detalhada das causas dos erros e facilitando a implementação de medidas corretivas.
- Estabelecimento de Protocolos: Desenvolvimento de protocolos para procedimentos médicos e administrativos, estabelecendo padrões e reduzindo o risco de erros.
- Formação e contínua: Proporcionar formação aos profissionais de saúde, com ênfase na identificação e prevenção de erros, bem como no desenvolvimento de competências de comunicação e trabalho em equipa.
- Implementação de sistemas de notificação de incidentes: Criar sistemas de notificação de incidentes e erros, para que estes sejam identificados, registados e analisados de forma sistemática, permitindo uma aprendizagem organizacional contínua.
- Promover a cultura de segurança: Promover uma cultura organizacional que valoriza a segurança do paciente, onde a prevenção de erros seja uma prioridade.

Rosa & Perini (2003) destacam a importância de compreender os fatores humanos que contribuem para o erro, afirmando que é essencial conhecer o porquê e o como do erro para desenvolver sistemas de trabalho e equipamentos que levem em conta as limitações humanas, reduzindo assim a probabilidade de ocorrência do erro.

Fragata e Martins (2004) salientam que a prevenção do erro é fundamentalmente uma questão de mudança de atitude e cultura, reconhecendo que é impossível eliminar completamente os erros na prestação de cuidados de saúde. No entanto, defendem que é crucial envidar todos os esforços para minimizar tanto a probabilidade de ocorrência quanto as suas consequências. Por sua vez, Bugata (2013) argumenta que a abordagem correta para prevenir o erro passa pela promoção da qualidade.

Silva (2009) defende que a prevenção, deteção, identificação, análise e correção do erro são essenciais para a progressiva eliminação do erro. Ele sugere que mecanismos eficazes devem ser implementados para alcançar esses objetivos, incluindo programas de formação para todos os profissionais de saúde, a fim de promover a mudança como um objetivo primordial. É crucial detetar o erro, identificar suas causas e consequências, aprender com ele e desenvolver estratégias para preveni-lo, defendendo assim a gestão proativa do erro como uma abordagem fundamental para a sua prevenção.

Silva (2009, p. 19) propõe um conjunto de medidas que podem ajudar a prevenir e evitar danos clínicos, tanto reais quanto potenciais. Estas medidas incluem:

- Implementação de protocolos e orientações clínicas: Estabelecer diretrizes claras e atualizadas para práticas clínicas pode padronizar os cuidados e reduzir a incidência de erros.
- Melhoria da comunicação interprofissional: Promover uma comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde pode ajudar a evitar mal-entendidos e garantir uma coordenação adequada do tratamento.
- Formação e educação contínuas: Investir em programas de formação e educação para profissionais de saúde pode melhorar o conhecimento e as habilidades necessárias para prevenir erros e lidar com situações complexas.
- Utilização de tecnologia da informação: Adotar sistemas de informação e registos eletrónicos de saúde pode facilitar o acesso a informações relevantes e reduzir o risco de erros devido a registos mal preenchidos ou ilegíveis.
- Cultura de segurança e aprendizagem organizacional: Promover uma cultura de segurança onde os profissionais se sintam encorajados a relatar erros e aprender com eles pode ajudar a identificar áreas de melhoria e implementar medidas preventivas.
- Análise de incidentes e eventos adversos: Realizar uma análise detalhada de incidentes e eventos adversos pode ajudar a identificar as causas raiz dos erros e desenvolver estratégias para evitá-los no futuro.
- Envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde: Incentivar a participação ativa dos pacientes no seu próprio cuidado pode ajudar a identificar potenciais problemas e evitar erros relacionados à medicação, diagnóstico ou tratamento.

Leape (1994) expõe cinco estratégias para a prevenção do erro:

- Reduzir a confiança na memória, utilizando checklists, protocolos e decisões computadorizadas;
- Melhorar o acesso à informação;
- Providenciar processos de evidência e demonstração do erro (as tarefas críticas devem ser estruturadas de forma a evitar a ocorrência de erros);
- Estabelecer tarefas normalizadas (que sejam executadas por todos da mesma forma);
- Reduzir o número de intervenientes no mesmo processo.

É importante distinguir entre prevenção do erro e gestão do erro. A primeira tem como objetivo essencial evitar as consequências negativas do erro e visa a sua total eliminação. Já a segunda pretende que os indivíduos consigam aprender com o erro, munindo-os dos conhecimentos necessários para reagir face a acontecimentos inesperados com que possam vir a ser confrontados.

A fiabilidade reside na capacidade de uma organização lidar com falhas, destacando-se uma maior preocupação com elas do que com o sucesso, uma relutância em simplificar, sensibilidade às operações, resiliência e delegação de competências. A ausência de mecanismos de deteção ou controlo de falhas nas organizações pode resultar em eventos fora do controlo, que por sua vez podem levar à ocorrência de erros. Outros autores, como Jacinto (2010) e Bugata (2013), concordam e explicam este facto.

Para alcançar a fiabilidade, é essencial que o sistema da organização funcione conforme as condições pré-estabelecidas, promovendo uma cultura de gestão do inesperado, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais. Isso requer a implementação de regras, normas, procedimentos, treinamento e o estímulo a uma atitude proativa por parte dos trabalhadores da organização, como defendido por Raposo (2007) e Silva (2009).

No que diz respeito a esta parte “devemos dizer que a legislação da União Europeia e as orientações internacionais da OMS aconselham a criação e manutenção de sistemas de reporte de erros que se focalizem na aprendizagem do erro e na não punição dos intervenientes, geridas por agências criadas para acompanhar a segurança do doente” (Sequeira et al., 2010, p. 574). “O registo de erros deve ser uma atitude comum de todos os trabalhadores da organização pela aprendizagem que daí advém” (Silva, 2009 p. 12).

Reportar os erros é essencial para a posterior publicação de normas, manuais de suporte à decisão clínica e campanhas de sensibilização aos profissionais. Não podemos esquecer que para integrar no sistema um formulário de registo de erros temos que criar, a par dele, uma cultura de responsabilização e não de culpabilização, instituindo uma mudança cultural onde se aceita a existência e inevitabilidade do erro (Jacinto, 2010; Silva, 2009). É importante, “criar uma liderança forte de modo a permitir que os profissionais se sintam motivados para comunicar os erros e incidentes e os apoiar nos seus anseios e preocupações” (Álvares, 2005)

Silva (2009, p. 26) acautela para a importância de “alertar os médicos para o benefício de uma cultura de reporting”, explicando que “aumenta a fiabilidade e a performance, diminui as queixas dos utentes por má prática e consequentemente as indemnizações a pagar e dá uma boa imagem da organização”.

Silva (2009, p. 25) destaca a necessidade de implementar mecanismos de gestão que evitem falhas, incluindo:

- Estabelecimento de um relatório de erros e falhas, instrumento crucial para melhorar e manter a excelência e a fiabilidade dos serviços prestados;
- Mudança na cultura médica de não reportar erros;
- Incentivo à comunicação entre os trabalhadores para transmitir conhecimentos específicos de quem os possui sobre uma determinada área;
- Melhoria dos métodos de trabalho para aumentar a performance;
- Desenvolvimento de um método de registo de erros.

Bucata (2013, p. 8) advoga a qualidade como um eficaz recurso para enfrentar o erro na esfera da saúde, argumentando que a qualidade permite executar as tarefas de modo mais eficaz e seguro. A padronização de procedimentos fundamentados em boas práticas reduz a variabilidade e aumenta a probabilidade de realizar a ação correta, de forma apropriada, no momento adequado.

Do ponto de vista do paciente, a qualidade é aferida pelo acesso conveniente aos serviços, pela humanização, transparência, responsabilidade e boa reputação. Do ponto de vista dos profissionais, um serviço de qualidade é qualificado pela avaliação técnica do procedimento, diagnóstico, execução técnica, tempo necessário para os procedimentos e presença ou ausência de complicações. Adicionalmente, são considerados os benefícios pessoais, a satisfação e a reputação alcançada. Já do ponto de vista dos gestores, a qualidade se reflete em métricas como taxas de internamento, cancelamentos, transferências, rácios de pessoal, tempo de inatividade na sala de operações, custos de produção médica, satisfação dos clientes, organização, imagem e reputação institucional.

A qualidade deve ser transmitida por meio da satisfação dos utentes, eficiência da gestão, eficácia económica e qualidade dos procedimentos médicos (Fragata 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um serviço de saúde de qualidade organiza eficazmente os recursos para atender às necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdícios. Aqui, estão envolvidas três características da qualidade:

- Qualidade do utente: o que os utentes desejam e experienciam;
- Qualidade profissional: o que os utentes necessitam e a aplicação das melhores práticas;
- Gestão da qualidade: que deve ser eficiente, através da formulação de normas e regulamentos.

A OMS (Mansoa, 2010) identifica quatro métodos para alcançar a qualidade:

- Reforçar o papel dos utentes (através da proteção dos próprios, da regulamentação dos seus direitos ou de programas que os envolvam no processo de qualidade);
- Regular e avaliar os profissionais e serviços de saúde (através da atribuição de acreditação e concessão de licenças);
- Aplicar normas ou orientações (exigindo que as organizações supervisionem e incentivem a conformidade através de sistemas de gestão de qualidade);
- Constituir equipas de gestão de qualidade e resolução de problemas (que abordam problemas específicos utilizando métodos ou ferramentas de qualidade).

A qualidade técnica garante a prestação de cuidados de saúde fiáveis, centrados no utente, adequados à doença e prestados em tempo oportuno. A melhoria sistemática da qualidade é alcançada através da aplicação de protocolos que possibilitam tratamentos consistentes em situações semelhantes e históricos clínicos claros e completos, com informações úteis.

A acreditação tem-se estabelecido em todo o mundo desenvolvido como um meio de monitorização e melhoria contínua da qualidade, visando assegurar aos cidadãos cuidados de saúde de excelência, regular aspetos da prática profissional e responsabilizar as unidades prestadoras. O autor também destaca que este sistema possibilita reconhecer antecipadamente que uma determinada entidade cumpre um conjunto de critérios, assegurando previsivelmente um certo padrão de qualidade nos serviços a serem fornecidos (Simões, 2004, p. 285).

O Health Quality Service e a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization têm sido os programas de acreditação implementados em Unidades de Saúde em Portugal.

## 2.5 Consequências do erro médico

Conforme observado por Rodrigues (2012), é evidente que a prática médica atual difere substancialmente daquela de gerações passadas, tanto em termos de técnicas diagnósticas e terapêuticas quanto na organização dos serviços médicos. Este cenário resulta em uma crescente preocupação com os erros médicos, acidentes graves e omissões de cuidados, todos englobados sob o rótulo de negligência médica, resultando em um aumento progressivo de ações legais e processos criminais.

Bugata (2013) destaca que os erros médicos acarretam custos diretos e indiretos, pagos pela sociedade, pacientes e profissionais da saúde. Os custos diretos referem-se ao aumento das despesas com cuidados de saúde, enquanto os custos indiretos incluem interrupções nas rotinas diárias, perda de confiança e satisfação, além de efeitos negativos na moral e na capacidade dos profissionais.

Os danos decorrentes de erros médicos podem ter impactos significativos em várias esferas. Além dos efeitos para o paciente, que podem resultar em perda de confiança e aumento da carga financeira, os profissionais de saúde também enfrentam consequências devastadoras, como perda de moral e frustração. Esses eventos podem levar a uma diminuição na qualidade dos cuidados prestados e afetar a motivação dos profissionais (Carneiro M. e Vieira A., 2002; IOM, 2007; Mansoa, 2010; Bugata, 2013). Além disso, os erros médicos podem resultar em perda de vida, uma consequência temida que reflete o fracasso da intervenção médica em salvar vidas (F. Pitrez, 2012). Outra consequência preocupante são as incapacidades, temporárias ou permanentes, que afetam a vida dos pacientes (Vieira, D. N.; Quintero J.A., 2008).

Essas consequências podem ser observadas em duas áreas distintas: a social, que inclui influências pessoais, e a legal. Numa análise aprofundada sobre o assunto, Gonçalves (2008, p. 41) conclui que "o erro é um fator significativo no comportamento de um profissional, desencadeando diversas manifestações comportamentais, como stress, acidentes, interações ineficazes com equipamentos, problemas de desempenho e afetando a qualidade". Rybowaiak et al. (1999) definem que o erro desencadeia atitudes e comportamentos distintos dependendo do contexto em que ocorre. Dependendo da interpretação mais ou menos rigorosa do erro pelos indivíduos, a sua ocorrência pode resultar em acidentes, depressão, descontrole, tristeza, stress, ansiedade e um ambiente laboral negativo.

"O medo de cometer erros e, mais do que isso, o receio de ser acusado de negligência, resulta na prática de uma medicina excessivamente cautelosa, levando ao recurso a exames auxiliares desnecessários e potencialmente perigosos, e, inevitavelmente, ao aumento das despesas" (Antunes, 1993).

Em relação às questões legais, Lages (2010, p. 15) afirma que "para a maioria dos pacientes, as medidas que tomam após um incidente (decisão positiva ou negativa de litígio) estão diretamente relacionadas com a forma como a informação lhes foi transmitida". Alguns estudos indicam que, se os pacientes forem informados de forma honesta e clara, menos propensos estarão a iniciar processos legais (Carvalho e Vieira 2002). Segundo Fidalgo S. M. (2013 p.22), "os médicos veem o direito como uma estrutura rígida e implacável, pronta a punir qualquer desvio no exercício da sua atividade".

Pereira (2007) observa que em Portugal não existe uma legislação específica que regule a relação entre médico e paciente. Os direitos e deveres dos pacientes são estabelecidos na Lei de Bases da Saúde (Base XIV da Lei 48/90, de 21/8), no Código Penal, em alguns diplomas de direito da saúde e na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes. Os Direitos Fundamentais previstos na Constituição da República Portuguesa (CRP) e na Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina constituem a base do direito médico em Portugal.

Não há uma cultura estabelecida de reconhecimento do erro em Portugal (Jacinto, 2010). Por conseguinte, têm sido implementados diversos mecanismos de responsabilização, como a responsabilidade disciplinar, penal e civil, que podem ser ativados de forma isolada ou combinada.

É importante salientar que a responsabilidade médica, conforme destacado por Faceira (2007), deve ser avaliada considerando os deveres e obrigações que os médicos assumem no exercício da sua profissão, bem como o contexto específico da prática médica e a experiência do profissional.

## 2.6 A responsabilidade disciplinar

Segundo Schmidt, "Todo e qualquer erro cometido por um médico durante o cuidado de um paciente deve ser considerado como um 'erro profissional'" (1939, p. 138).

Oliveira G. (2006, p. 11) afirma que "ninguém pode estar satisfeito com o atual regime de responsabilidade profissional". Os médicos temem as acusações de negligência que os expõem na comunicação social e os ameaçam com o pagamento de indenizações; os hospitais sentem-se desconfortáveis com a má publicidade que 'os casos' trazem e temem os custos da medicina defensiva; os doentes raramente obtêm indenizações pelos danos que realmente sofrem.

De acordo com Faceira (2007), este mecanismo de responsabilização pode assumir duas modalidades: responsabilidade disciplinar profissional e responsabilidade disciplinar administrativa. A primeira visa afastar comportamentos inaceitáveis no exercício da atividade médica, enquanto a segunda visa salvaguardar o bom funcionamento dos serviços públicos. Pina (1998) define responsabilidade profissional na medicina como a obrigação de reparar as consequências prejudiciais dos atos e omissões cometidos no exercício da profissão.

A responsabilidade disciplinar profissional ocorre porque todo o profissional inscrito na Ordem dos Médicos fica automaticamente sujeito aos estatutos e ao código deontológico desta, bem como a outros regulamentos vinculativos.

A violação destes preceitos pode resultar em responsabilidade disciplinar profissional, a ser avaliada pelos conselhos disciplinares regionais (artigo 4º, n.º1 do Estatuto Disciplinar dos Médicos - EDM).

Já a responsabilidade disciplinar administrativa é acionada quando o médico está sujeito ao estatuto disciplinar dos trabalhadores que exercem funções públicas, ou seja, quando exerce funções como funcionário da administração pública, o que ocorre quando pratica medicina em estabelecimentos públicos de saúde.

A avaliação desta ocorrência é feita num processo disciplinar, nos termos do direito administrativo e do estatuto dos médicos (Faceira, 2007).

As sanções decorrentes da responsabilidade profissional estão descritas nos artigos 12º a 21º do Estatuto Disciplinar dos Médicos e podem incluir penas disciplinares e penas acessórias.

As penas disciplinares podem variar de uma simples advertência ou censura até uma suspensão de até cinco anos ou a expulsão.

A perda de honorários ou a publicidade da pena funcionam como penas acessórias. Por outro lado, o Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas (artigo 9º) estabelece

que as penas podem incluir repreensão escrita, multa, suspensão, demissão, despedimento por facto imputável ao trabalhador ou cessação da comissão de serviço.

Schmidt (1939) conclui que "um procedimento errado pode ficar sem qualquer consequência, e deste modo ser insignificante do ponto de vista civil e penal". No entanto, o "erro profissional persiste", o que significa que estas situações devem ser consideradas, em geral, falhas profissionais, independentemente da sua avaliação jurídica. (Rodrigues 2010)

## 2.7 A responsabilidade civil

De acordo com Pitrez (2012, p.171), "na sociedade, criou-se uma verdadeira indústria do erro médico, com processos contra cirurgiões motivados por ganhos financeiros inconfessáveis". Romano (1998) reforça esta ideia, argumentando que, embora o erro médico seja uma realidade, não deve ser utilizado como pretexto para jogos de interesses indemnizatórios.

Varela (2000) e Pereira (2007) explicam que a responsabilidade civil pode assumir duas formas principais: a responsabilidade contratual, quando decorre do não cumprimento das obrigações contratuais, e a responsabilidade extracontratual, também conhecida como aquiliana, quando resulta da violação de direitos absolutos ou da prática de certos atos que, embora legais, causam dano a terceiros, ou da violação de deveres de conduta. Num sentido mais amplo, a responsabilidade civil é um conceito que impõe a obrigação a qualquer indivíduo de reparar o dano causado a outros, desde que certos requisitos sejam cumpridos (Varela, 2000; Antunes, 2007). Em Portugal, este tipo de responsabilidade implica que o médico seja responsável por reparar os danos causados ao paciente como resultado da sua intervenção (Pereira, 2008).

Assim sendo, a responsabilidade civil médica geralmente tem origem num contrato, mais especificamente num contrato de prestação de serviços, que pode ser verbal ou escrito (artigos 1154º e seguintes do Código Civil – CC), estabelecido entre médico e paciente ou entre uma instituição de saúde e o paciente. No entanto, também pode ser considerada responsabilidade extracontratual quando, durante a prestação de serviços médicos, ocorre uma violação culposa de direitos absolutos, como os direitos da personalidade, incluindo o direito à vida e à saúde (Dias, 1995; Pereira, 2007; Pereira, 2008).

O nosso sistema legislativo trata da responsabilidade civil extracontratual nos artigos 483º e seguintes do Código Civil, estabelecendo no primeiro desses artigos que "aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios, fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação". Quanto à responsabilidade civil contratual, é regulada nos artigos 798º e seguintes do mesmo Código, que estabelecem que "o devedor que, culposamente, não cumpra a sua obrigação torna-se responsável pelo prejuízo causado ao credor".

Para que o lesado tenha direito à indemnização, é necessário que os requisitos da responsabilidade civil estejam presentes na situação em questão, tal como definido nos artigos 483º e seguintes do Código Civil. Esses requisitos são os mesmos, quer se trate de responsabilidade extracontratual ou contratual.

Em primeiro lugar requer-se a presença de um evento controlável pela vontade, um comportamento ou conduta humana – onde se inclui, naturalmente, o ato médico. Em segundo lugar, exige-se a contrariedade do evento, ou seja, aquele acontecimento vai de encontro ao que é salvaguardado pelo ordenamento jurídico e pode manifestar-se tanto na transgressão de um direito de outrem, como na violação de uma disposição legal destinada a proteger interesses alheios. Utiliza-se aqui o conceito de responsabilidade – não apenas a constatação de uma consequência negativa é suficiente - que abarca tanto a simples negligência como o dolo. Ou seja: a responsabilidade tanto decorre da falta de cuidado na prestação do serviço médico (o que é usualmente o caso) como da intenção de causar dano (e, nesse caso, poderá envolver também responsabilidade penal). O médico deve proceder de acordo com as normas de cuidado e os conhecimentos que sejam compatíveis com “médicos prudentes, razoáveis e competentes”, esperando-se dele aquilo “que é razoável esperar de um profissional do mesmo ramo” quando confrontado com as mesmas circunstâncias (Dias, 1995). Contudo, a violação de um direito absoluto ou interesse legalmente protegido nem sempre constituirá um evento ilícito, especialmente se houver consentimento do lesado (artigo 440º CC).

A responsabilidade de indemnização implica, em seguida, a existência de um prejuízo. Prejuízo é o dano num bem ou interesse legalmente protegido, que ocorre como resultado da lesão ou ofensa. O dano pode ser económico ou não económico. No primeiro caso, referimo-nos a situações em que o prejuízo pode ser quantificado em termos monetários e assume as formas de dano emergente (que se manifesta numa redução imediata do património) e lucro cessante (que representa a perda de um lucro, ou da oportunidade de o obter). Em contrapartida, o dano não económico tem por objeto um bem ou interesse que não pode ser avaliado em termos monetários. Neste cenário, a indemnização não tem como objetivo compensar o lesado, mas sim compensá-lo pelo sofrimento causado. Aqui, a lei determina que sejam considerados os danos não económicos que, pela sua gravidade, mereçam a proteção do direito (artigo 496º CC), tendo em conta as circunstâncias mencionadas no artigo 494º e fixando o montante de forma equitativa (Jorge, 1999).

Em relação à compensação por danos económicos, vigora o princípio da restituição natural, ou seja, aquele que está obrigado a reparar um prejuízo deve fazê-lo de forma a restabelecer a situação hipotética em que o lesado se encontraria se a lesão não tivesse ocorrido (562º CC), e se isso não for possível, deve proceder-se à compensação em dinheiro.

## 2.8 A responsabilidade penal

É relevante iniciar afirmando que a negligência médica só é juridicamente relevante quando o médico preenche os requisitos típicos de qualquer ato criminoso, ou seja, na medida em que tal negligência resulte em danos (danos são a realização de um tipo legal intencional, na forma tentada ou consumada, ou de um tipo legal negligente na forma consumada). O médico deve preencher os requisitos de qualquer ato criminoso em que o bem jurídico protegido seja a saúde, o corpo, a vida do paciente ou a sua autonomia (Rodrigues, 2010; Dias, 2012; Pina, 1998; Pereira, 2008).

Um fator crucial da responsabilidade médica é a causa dessa responsabilidade, sendo certo que, com rigor, a causa da responsabilidade criminal é a própria ação criminosa e, para que esta exista, é necessário não apenas uma ação voluntária (controlável pela vontade), mas também a presença dos demais elementos da punição: ilicitude (entendida como a contrariedade estabelecida entre a ação do agente e o ordenamento jurídico), tipicidade (conjunto de ações que o legislador optou por tipificar como passíveis de punição. Em princípio, toda ação típica também será ilícita, a menos que haja uma causa que exclua essa contrariedade), culpa (juízo de censura ético-jurídica que pode ser intencional ou negligente, com graus definidos pelos artigos 14º e 15º do Código Penal (CP), respectivamente. Importante notar o artigo 18º do CP que indica que "a imputação do resultado, mesmo que não previsto ou desejado pelo agente, deve ser feita pelo menos por negligência") e, por último, a punibilidade (conjunto de condições que devem ser verificadas, no caso concreto, para que ao agente seja aplicada uma pena).

A questão da responsabilidade penal dos médicos está consagrada nos artigos 150º, 156º e 157º do CP. (Dias, 2012; Pina, 1998; Pereira, 2008). O artigo 150º do CP refere que não há ofensa à integridade física nos casos de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos realizados por médicos ou pessoas legalmente equiparadas, desde que haja indicação médica e consentimento do paciente. Por outro lado, se as intervenções ou tratamentos representarem um perigo para a vida, ofensa ao corpo ou à saúde, são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

O artigo 156º penaliza as intervenções ou tratamentos sem o consentimento do paciente, ao mesmo tempo que estabelece as circunstâncias em que a falta de consentimento não é punível. Por sua vez, o artigo 157º impõe ao profissional de saúde o dever de fornecer um esclarecimento completo e tão claro quanto possível.

## **2.9 Crimes decorrentes da atividade médica**

Conforme Leal (2009, p.1), dado que a medicina é uma "atividade fundamental para a existência humana", não se pode privar o médico de um campo de ação autônomo. Todavia, essa autonomia não implica imunidade, sendo requerido do médico um zelo redobrado para evitar a transgressão de quaisquer deveres, sejam eles deontológicos ou éticos.

É imperativo que o médico oriente a sua prática de acordo com as normativas legais vigentes, sem descuidar os preceitos éticos e deontológicos que regem a profissão.

A medicina é um campo dinâmico e interdisciplinar, onde se entrelaçam não só conhecimentos científicos, mas também princípios humanísticos e valores morais. Neste sentido, o médico deve não apenas dominar os avanços tecnológicos e científicos, mas também cultivar uma sensibilidade ética e uma consciência social aguçada, a fim de garantir uma prática médica verdadeiramente holística e responsável.

Portanto, é essencial que o médico exerça sua atividade com discernimento e comprometimento, reconhecendo sua posição de agente de saúde e respeitando os direitos e dignidade dos pacientes, como preconizado por Santos (2018, p. 78). Assim, a liberdade de atuação do médico deve ser exercida dentro dos limites éticos, legais e deontológicos, em prol do bem-estar e da justiça no cuidado com a saúde da população.

## 2.10 Gestão em saúde

Entre os séculos IV e XVIII (d.C.), a Igreja Católica dirigiu as instituições atualmente reconhecidas como hospitais, tanto na Europa como em outras regiões do globo. Com o advento da industrialização e o subsequente êxodo populacional em direção às áreas urbanas, a responsabilidade pela assistência aos enfermos foi transferida para o Estado. As primeiras teorias de gestão, originadas para a indústria e adaptadas à organização dos hospitais modernos, datam do final do século XIX (Rotta, 2004; Raposo, 2007; Smith, 2021).

É crucial compreender que o hospital é uma entidade constituída por indivíduos, recursos e serviços que colaboram para alcançar um objetivo comum. Trata-se de uma organização intrincada, com características distintas que a distinguem de outras instituições e entidades.

Os hospitais são, verdadeiramente, organizações de elevada complexidade (Glouberman & Mintzberg, 2001,a,b), representando o ápice da complexidade organizacional humana até então alcançada. Para o Ministério da Saúde (1997), os hospitais são entidades voltadas para a prestação de serviços de ampla abrangência e complexidade, operando 24 horas por dia, com a missão primordial de fornecer cuidados de saúde. Combinam recursos tecnológicos e humanos, desempenhando suas funções por meio de diagnósticos, terapias e reabilitação, tanto em regime de internamento quanto ambulatorio.

A instituição de saúde necessita articular sua função humanitária, burocrática e autoritária, enquanto demanda trabalho altamente especializado, coordenado conforme princípios e métodos rigorosos. Além disso, há a necessidade de conciliar assistência, ensino, pesquisa e gestão (Rotta, 2004; Raposo, 2007; Ruthes, 2007; Teixeira, Fernandes, Bonato & Fernandes, 2003; Silva, 2022).

Atualmente, as organizações hospitalares são reconhecidas por sua avançada tecnologia e pela presença de profissionais altamente qualificados e especializados. Estes profissionais desempenham tarefas que demandam coordenação e interdependência, sendo responsáveis por responder de forma eficaz e eficiente aos desafios e demandas apresentadas (André & Ciampone, 2007; Raposo, 2007; Ruthes & Cunha, 2007; Teixeira et al., 2003).

Segundo Drucker (1999), a gestão de instituições de saúde é mais complexa do que em qualquer outro tipo de organização, exigindo uma especialização peculiar devido à diversidade de recursos humanos e procedimentos envolvidos.

André e Ciampone (2007) afirmam que a gestão de unidades de saúde demanda gestores com habilidades e competências diferenciadas em comparação com a gestão tradicional.

No modelo clássico ou tradicional, o papel do gestor restringe-se à simples supervisão dos colaboradores, além de tarefas burocráticas. No entanto, esse tipo de gestão deve estar alinhado com as necessidades de saúde da população.

O gestor atua como um articulador, preparando, orientando, estimulando e negociando, destacando a importância da liderança em equipe.

O gestor de saúde enfrenta os anseios da comunidade utilizando os recursos disponíveis, sendo essencial que possua um amplo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para otimizar e maximizar esses recursos, estabelecendo parcerias, negociando propostas e trabalhando em equipe (André & Ciampone, 2007; Raposo, 2007; Teixeira et al., 2003; Neves, 2013).

## 2.11 Gestão do risco e do erro médico

A abordagem ao risco na área da saúde teve o seu início na década de 70 e registou uma notável evolução por volta da segunda metade dos anos 90, em resultado da divulgação de estudos sobre o erro médico que evidenciaram a extensão e gravidade do problema (Lobo, A. C., 2008).

O risco decorre da incerteza resultante de um conhecimento incompleto (ISO 31000:2009), dando origem frequentemente a resultados indesejáveis (Gonçalves, 2008). "Uma organização de saúde é, por si só, uma fonte geradora de riscos, não apenas devido às suas características estruturais, mas também devido à constante busca por um tratamento mais eficaz, envolvendo múltiplos intervenientes" (Gonçalves, 2008, p.44). As organizações prestadoras de cuidados de saúde, pela própria natureza da sua atividade, constituem uma área de risco por excelência.

O risco está presente em todas as atividades da organização: cuidar de pacientes, determinar prioridades de serviço, selecionar equipamentos e até mesmo na inatividade". Para Gonçalves (2008, p.17), "o risco é um conceito presente em todas as atividades do quotidiano. (...) As organizações de saúde, dada a complexidade tecnológica e os avanços da medicina, não conseguem controlar todos os procedimentos e eventos. (...) O conceito de imprevisibilidade está profundamente enraizado. (...) Assim, os conceitos de risco e erro ganham maior relevância, com um impacto significativo na sociedade".

Vaz (2009, p. 214) identifica três tipos de risco:

- Risco clínico: associado aos processos de prestação de cuidados e à natureza dos serviços de saúde (ex.: infeções, reações adversas, alergias);
- Risco financeiro: os impactos financeiros da organização sobre a sua atividade (ex.: indemnizações, perda de receitas e aumento da despesa);
- Risco não clínico: engloba riscos que não decorrem da prestação de cuidados (ex.: incêndios).

Fragata (2010, p. 97) distingue três níveis distintos:

- Nível 1 – detetam-se os eventos através de relatos e registos;
- Nível 2 – prevêm-se os eventos através da padronização de procedimentos, diretrizes e consciência do risco;
- Nível 3 – promove-se a mudança cultural, aprendendo com o erro, implementando mudanças, antecipando trajetórias de risco, redesenhando o sistema e monitorizando o desempenho.

O risco clínico pode resultar de causas clínicas, como erros de prescrição e administração, de causas materiais, como avarias de equipamentos, ou de outros tipos de causas, como quedas, suicídios, fugas e incêndios (Pedroto, 2006).

Os profissionais de saúde operam num contexto de probabilidade e incerteza, o que os obriga a prevenir e acautelar. Quando não há certeza sobre o risco, prevenimos; quando não sabemos, prevemos (Nunes, 2013). Para Oliveira (2005, p.13), a gestão do risco deve ser baseada numa "abordagem estruturada (...) que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguros e numa maior consciência do pessoal sobre os perigos e responsabilidades". A gestão do risco visa a prevenção, redução e minimização de situações que possam colocar em perigo o paciente, através do controlo de riscos estratégicos, operacionais e financeiros.

Uma gestão adequada do risco é crucial para identificar e analisar a origem e o percurso do problema, bem como para avaliar, controlar e prevenir o seu surgimento. É inviável alcançar uma gestão de risco totalmente eficaz, uma vez que a "falha humana" é um fator inevitável, que pode ser controlado, mas nunca completamente eliminado. O desafio principal reside em desenvolver estratégias para eliminar os elementos que aumentam a probabilidade de erro, aumentando assim as chances de deteção e correção das falhas humanas.

A existência de um programa de gestão de risco implica "um processo operacional que permite aos colaboradores da organização de saúde alcançar eficazmente os objetivos relacionados com o controlo das consequências do risco" (Simões, 2002, p.22). Da mesma forma, Gonçalves (2008, p.45) argumenta que um programa de gestão de risco deve envolver "um conjunto de procedimentos e objetivos predefinidos com o objetivo de promover uma cultura de segurança".

A gravidade e a frequência do erro devem ser priorizadas num planeamento orientado pelos princípios da gestão de risco. Gonçalves (2008, p.38) salienta que o conceito de erro está intimamente ligado ao de risco e destaca a sua importância numa política de gestão de risco. O erro ocorre num contexto específico, onde o objetivo pretendido não é alcançado e pode, portanto, ser evitado. Uma abordagem proativa nesta área envolve a análise de todos os elementos que levaram a determinada ação defeituosa, uma vez que o erro é uma realidade inevitável que deve ser compreendida em toda a sua extensão. Dessa forma, torna-se evidente que tanto os erros quanto os riscos não podem ser eliminados completamente, no entanto, podem ser tomadas medidas para detetar e reduzir os problemas identificados.

## **2.12 A cultura da não culpabilização**

Em Portugal, constata-se uma cultura de responsabilização diante de falhas e suas possíveis ramificações, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem proveniente dessas mesmas falhas. Não há uma cultura de aceitação do erro, o que resultou na criação de diversos mecanismos de responsabilização, como a responsabilidade disciplinar, penal e civil. Na visão moderada do erro, o foco recai não tanto sobre os colaboradores, mas mais sobre as deficiências do sistema médico-hospitalar, ou seja, nas lacunas organizacionais e estruturais. Por outro lado, Carvalho M. e Vieira A. (2002) argumentam que as verdadeiras causas dos erros incluem falhas no sistema de organização e implementação do serviço. Eles ainda enfatizam que os erros devem ser encarados como evidências das deficiências do sistema e como oportunidades para revisão e aprimoramento dos processos de assistência ao paciente.

A qualidade de um serviço está intrinsecamente ligada à cultura organizacional predominante. Os erros têm sido avaliados sob a ótica da culpabilização individual, levando à criação de relações de ocultação e fuga. Eles defendem uma abordagem sistêmica que permita corrigir as falhas do sistema e promover mecanismos de segurança. Pepper argumenta que os erros devem ser considerados falhas do sistema, não do indivíduo, uma visão compartilhada por Lages (2010) ao destacar as falhas do sistema como principais contribuintes para os erros.

Jacinto (2010) e Silva (2009) defendem a criação de uma cultura de responsabilização, em oposição à culpabilização, como parte integrante de um sistema de combate ao erro. Fragata (2010, p.97) salienta a mudança cultural como fundamental na distinção de três níveis de riscos. Reason (1997) propõe políticas de avaliação do erro que identifiquem as situações problemáticas e os profissionais competentes. Ele também observa que os determinantes do erro humano muitas vezes estão enraizados na cultura organizacional.

Por essas razões e pelas vantagens demonstradas em algumas organizações, instâncias internacionais têm recomendado que o foco seja direcionado para a organização como um todo, promovendo uma cultura na qual o erro seja encarado como uma oportunidade de aprendizagem (Sequeira et al., 2010; Silva, 2009; Mansoa, 2010; Bugata, 2013).

# **CAPÍTULO III**

Metodologia

### **3.1 Tipo de estudo**

O tipo de estudo varia em função daquilo que se pretende, devendo ser estruturado de acordo com as questões e hipóteses em investigação e os objetivos pretendidos. Neste sentido pretende-se que este estudo tenha natureza exploratória-descritiva e quantitativa.

No tratamento da informação será essencial a análise quantitativa dos dados solicitados aos profissionais de saúde, resultando dessa análise o conjunto das conclusões da investigação.

Na pesquisa quantitativa considera-se que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números as opiniões e informações para classificá-los e analisá-los, por meio de técnicas estatísticas. (Gil, 1991).

No que concerne aos objetivos é uma pesquisa conclusiva descritiva.

## **3.2 Instrumento de medida**

O questionário (anexo A – “a gestão do erro nas instituições de saúde – percepção dos profissionais de saúde”) constituiu a hipótese mais pertinente para a coleta de dados, por parecer ser a via que nos permitiria conseguir uma amostra mais significativa, tendo sido realizada através do envio do questionário para o email dos entrevistados.

Esta forma de obtenção de dados é classificada como questionário autopreenchido, em que o inquirido lê e responde diretamente sem a intervenção do entrevistador.

### 3.3 Questões de investigação

Com base na análise bibliográfica e no paradigma de pesquisa delineado, foram estabelecidos os propósitos específicos e as problemáticas a serem investigadas. Nesse sentido, em primeiro lugar, mostrou-se relevante traçar o perfil dos inquiridos. Posteriormente, visou-se adquirir informações acerca dos tipos de falhas mais frequentes. Aqui, busca-se compreender em que categorias se enquadram os erros mais recorrentes, que podem ser de natureza procedimental ou de competência e conhecimento.

É importante também compreender a percepção dos profissionais quanto à atuação da gestão. Investigar qual é a impressão dos profissionais de saúde em relação às medidas adotadas pela gestão diante dos erros e analisar a cultura organizacional em relação ao erro auxilia a verificar se existe uma cultura de aprendizagem ou de aversão em caso de ocorrência de erros, compreendendo se a comunidade em questão encara o erro como uma oportunidade de aprimoramento tanto individual quanto institucional, ou não.

Desta forma, são objetivos específicos deste estudo:

**Objetivo 1-** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde relativamente aos tipos de erro e respectivas consequências para os pacientes, que mais frequentemente ocorrem.

**Objetivo 2-** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto à atuação da gestão.

**Objetivo 3-** Conhecer a cultura de orientação ao erro e a cultura de fiabilidade predominante nos profissionais de saúde e nas organizações de saúde.

Tendo em conta os objetivos, estabeleceram-se as seguintes questões de investigação:

**Questão 1 - A percepção quanto erro médico difere entre os grupos profissionais?**

Aqui pretende-se perceber se as categorias profissionais em estudo (médicos e enfermeiros) têm diferente percepção em relação erro médico. Estes erros podem ser processuais ou de conhecimentos e competências.

**Questão 2 - A percepção quanto às lesões decorrentes do erro difere entre os grupos profissionais?**

Perceber se o conhecimento das situações de ocorrência de erro e o seu nível de gravidade é distinto entre os grupos profissionais.

**Questão 3 - A percepção quanto à atuação da gestão difere entre os grupos profissionais?**

Perceber se o entendimento acerca do tipo de gestão praticado se coaduna com um género mais corporativo e em equipa ou, contrariamente, com um género de separação hierárquica total onde

os profissionais de saúde são os únicos e totais responsáveis, sendo que a gestão tem dificuldades em perceber a sua quota-parte de culpa.

**Questão 4 - A cultura de orientação ao erro e a cultura de fiabilidade diferem entre os grupos profissionais?**

Saber se existe uma cultura de aprendizagem ou de repulsa aquando do acontecimento de erros, percebendo se os grupos profissionais em causa entendem a orientação ao erro e a fiabilidade da organização de formas diferentes.

**Questão 5 - Existe relação entre a cultura de fiabilidade e a cultura de orientação ao erro?**

Perceber se a cultura de fiabilidade, que transmite a forma como a organização reage aos erros, influencia a cultura de orientação ao erro, que se refere a atitudes pessoais em relação aos erros.

**Questão 6 - Será que a existência de gestor de risco influencia a cultura de fiabilidade e de orientação ao erro?**

Perceber se existem diferenças na cultura de fiabilidade e de orientação ao erro nos locais onde existe gestor de risco e nos locais onde essa figura é inexistente.

No quadro abaixo encontra-se a exposição destes objetivos e das questões em investigação.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Questões em Investigação
A perceção dos profissionais de saúde acerca da gestão do erro nas unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a perceção dos profissionais de saúde relativamente aos tipos de erro e respetivas consequências para os pacientes, que mais frequentemente ocorrem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A perceção quanto aos tipos de erros difere entre os grupos profissionais?</li> <li>A perceção quanto às lesões decorrentes do erro difere entre os grupos profissionais?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a perceção dos profissionais de saúde quanto à atuação da gestão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A perceção quanto à atuação da gestão difere entre os grupos profissionais?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a cultura de orientação ao erro e a cultura de fiabilidade predominante nos profissionais de saúde e nas organizações de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cultura de orientação ao erro e a cultura de fiabilidade diferem entre os grupos profissionais?</li> <li>Existe relação entre a cultura de fiabilidade e a cultura de orientação ao erro?</li> <li>A cultura de fiabilidade e de orientação ao erro estão relacionadas com a existência de gestor de risco nas organizações?</li> </ul>

*Tabela 2 - Objetivos e questões em investigação*

### **3.4 População e amostra**

A população alvo é constituída pelos elementos que reúnem os critérios de seleção e que o investigador pretende generalizar. Para a nossa análise interessam os profissionais cuja área seja a saúde.

Uma vez que a temática incide sobre a gestão do erro médico nas unidades de saúde o mais pertinente será inquirir os profissionais que têm mais frequentemente contacto com esta realidade, nomeadamente os profissionais de medicina, de enfermagem, nutrição, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores de saúde.

Como não é possível incidir sobre toda a população alvo esta investigação incidirá sobre uma amostra.

A amostra foi escolhida de forma aleatória tendo sido pedida a colaboração de hospitais públicos e privados, assim como de lares e unidades de cuidados continuados integrados da região norte.

Foram enviados 500 emails com o pedido de divulgação junto dos profissionais de saúde onde se incluía o link para preenchimento do formulário.

### 3.5 Escolha e administração dos instrumentos de recolha de dados

Um trabalho de investigação há de encaminhar-se quase sempre para o alcance de conclusões e, para isso, o instrumento de recolha de dados é um utensílio com importância fundamental.

Assim sendo, foi feita uma ponderada reflexão acerca da informação que se pretendia recolher, tal como aquela que se verificou ser a estritamente necessária para responder aos fins da investigação. Partindo da revisão da literatura acerca da temática foco desta investigação, concluiu-se que a utilização do questionário seria a hipótese mais pertinente. Esta forma de obtenção de dados é classificada, segundo Mattar (2008), como questionário auto preenchido, em que o inquirido lê e responde diretamente sem a intervenção do entrevistador.

Para tal foi utilizada a ferramenta de formulários da Google. No que diz respeito ao desenho do questionário este encontra-se estruturado em seis partes, a saber:

Parte I – Informação sobre dados pessoais.

Parte II – Perceção quanto ao tipo de erro que ocorre mais frequentemente.

Parte III – Perceção quanto às consequências decorrentes do erro.

Parte IV – Perceção quanto à atuação da gestão.

Parte V – Perceção quanto à cultura de orientação ao erro.

Parte VI – Perceção quanto à cultura de fiabilidade.

Dimensão	Questões
<b>Erros de atendimento</b>	Erro de arquivamento
	Erro de preenchimento incompleto
	Erro no percurso do paciente
	Erro de marcação de consultas
	Erros de manutenção de um ambiente físico seguro
<b>Erros de comunicação</b>	Com os utentes
	Com os profissionais não clínicos
	Entre a equipa de saúde
	Com outras equipas de saúde
<b>Erros na gestão de profissionais de saúde</b>	Procedimentos de encaminhamento errados
	Erro na escala dos colaboradores
	Ausências não preenchidas
<b>Erros com meios complementares de diagnóstico (MCDT's)</b>	Laboratoriais
	Imagiologia
	Outros exames
<b>Erros com tratamentos</b>	Erros de medicação
	Não foi cumprido procedimento padronizado
	Falta de experiência ou perícia face a certo procedimento clínico
<b>Erros de diagnóstico</b>	Por parte do médico
	Atrasos de diagnóstico
	Má interpretação de MCDT's
	Má interpretação da análise clínica
<b>Decisão de tratamento errado com diagnóstico correto</b>	Decisão influenciada pelas preferências do paciente
	Decisão de tratamento ou ação errada por parte do médico
<b>Lesões mais frequentes, decorrentes do erro</b>	Emocionais
	Incapacidades temporárias
	Incapacidades permanentes
	Perda da vida

<b>Percepção quanto à atuação da gestão</b>	A organização não tem problemas em responsabilizar-se pelos seus erros
	A organização não responsabiliza apenas os profissionais de saúde
	A organização não tem dificuldade em perceber a sua quota-parte de responsabilidade
	A organização não demonstra algum tipo de hostilidade ou discriminação para com a equipa ou profissional que cometeu erro
<b>Competência do erro</b>	A organização apresenta medidas a fim de combater o erro
	Se de todo é possível corrigir um erro, então sei normalmente o que fazer para o corrigir
<b>Aprender com os erros</b>	Não deixo fugir o objetivo, embora possa cometer erros
	Os erros fornecem informação útil para poder continuar o meu trabalho
<b>Correr o risco de errar</b>	Os meus erros ajudam-me a melhorar o meu trabalho.
	Se alguém quer alcançar algo no trabalho, tem de arriscar e cometer erros
	Para continuar com o meu trabalho, motivo-me fazendo coisas que podem correr mal
<b>Tensão do erro</b>	Prefiro errar do que não fazer nada.
	Normalmente, tenho medo de errar
	Fico embaraçado quando cometo erros
	Quando erro no trabalho perco a calma e fico chateado
<b>Antecipação do erro</b>	Enquanto trabalho estou preocupado por poder fazer algo errado
	No desenvolvimento das minhas tarefas, a probabilidade de errar é elevada
	Quando começo algum trabalho estou consciente de que erros podem ocorrer
	A maior parte das vezes, não fico admirado com os meus erros, já os espero
	Antecipo a ocorrência de erros no meu trabalho
<b>Encobrimento dos erros</b>	Espero que algo corra mal de vez em quando
	Porquê mencionar um erro quando ele não é óbvio
	Não é vantajoso tornar público um erro
	Não considero útil discutir os meus erros
	Pode ser útil encobrir os meus erros
	Prefiro manter os meus erros só para mim
<b>Comunicação do erro</b>	Os colaboradores que admitem os seus erros cometem um grande erro
	Quando cometo um erro comunico aos colegas para que não cometam os mesmos erros.
	Se não consigo corrigir sozinho os meus erros, peço ajuda aos meus colegas.
	Se não consigo gerir a correção de um erro, posso confiar nos outros
	Quando faço algo errado, questiono os outros para saber como posso fazer melhor
<b>Pensar nos erros</b>	Quando um erro ocorre, analiso-o minuciosamente
	Normalmente, penso: “Como podia ter previsto isto?”
	Se algo corre mal no trabalho, penso cuidadosamente nisso
	Depois de um erro ocorrer, penso durante bastante tempo o que fazer para o corrigir
<b>Resiliência</b>	Quando um erro ocorre, analiso-o minuciosamente
	Temos processos de trabalho preparados para dar resposta a situações inesperadas que atuam de forma independente da hierarquia
	A organização está preparada para analisar e responder a situações inesperadas
	As pessoas chamadas a lidar com situações inesperadas são as melhores preparadas para isso, mesmo se essa não era a sua função habitual.
<b>Deferência</b>	Quando surgem situações inesperadas, são mobilizadas para as resolver as pessoas certas, sejam quais forem as tarefas que elas executam diariamente.
	Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores.
	Os melhores profissionais são os mais respeitados.
	As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes.
	Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as das chefias
<b>Preocupação com a falha</b>	Quando surgem falhas as pessoas preocupam-se em registá-los e comunicá-los.
	As equipas procuram analisar as causas das falhas ou incidentes que surgem.
	As pessoas preocupam-se em detetar eventuais falhas, enganos ou erros
	As pessoas são incentivadas a detetar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros.
<b>Relutância em simplificar interpretações</b>	As pessoas são incentivadas a detetar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros.
	Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação.
	Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos
	Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação possível, de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis
<b>Sensibilidade às operações</b>	Perante situações inesperadas, são bem-vindas diversas interpretações sobre a situação
	Os profissionais têm as competências (conhecimento e experiência) necessárias para dar resposta às situações inesperadas
	Perante situações inesperadas, os profissionais têm capacidade para por em prática as decisões que tomaram para resolver a situação
	Os profissionais sentem que a organização apoia as decisões que tomam para resolver situações inesperadas.

Tabela 3 - Operacionalização do questionário

As questões que compõem o questionário são essencialmente fechadas e contêm respostas previamente estabelecidas e alternativas. Foi utilizada a escala de Likert, com 5 proposições onde se pretendeu conhecer as opiniões e atitudes dos inquiridos perante a problemática. Escalas como esta, de atitude e opinião, destinam-se a obter o entendimento quantificado e direto de comportamentos do sujeito, enquanto pretendem perceber a respetiva intensidade (Vilelas, 2009).

Após a finalização da primeira versão do questionário, este foi testado junto de seis profissionais de enfermagem e três de medicina. Segundo Marconi e Lakatos (1990, p.29), o pré teste “consiste em testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo da amostra antes de ser aplicado definitivamente”. O objetivo seria que aqueles profissionais, fazendo parte do público-alvo do estudo, procedessem a um conjunto de verificações no sentido de sanar possíveis erros, identificando perguntas que pudessem causar embaraço, resistência ou impaciência.

Quanto à forma de administração do questionário, a opção recaiu no uso de e-mail, por parecer ser a via que melhor satisfaz o propósito deste estudo.

Segundo Aaker; Kumar; Day (2007), a recolha de dados através de questionário utilizando o email pode proporcionar algumas vantagens como:

- Serem enviados quantas vezes for necessário;
- Maior velocidade no recebimento das respostas;
- Serem respondidos de acordo com a conveniência e tempo do entrevistado.

## **CAPÍTULO IV**

Apresentação e análise dos resultados

## 4.1 Caracterização da amostra

Na abordagem feita com o pedido de colaboração solicitando a partilha do link que continha o questionário para preenchimento individual foram enviados emails para 54 instituições de saúde combinando hospitais, centros de saúde e outras unidades de prestação de serviços de saúde e foram recebidas 324 respostas, das quais 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino, sendo que a maioria tem idade compreendida entre 26 e 55 anos, o que se traduz numa percentagem de 82,7% dos indivíduos inquiridos. Apenas 2,2% dos respondentes tem idade inferior ou igual a 25 anos e os restantes (15,1%) idade superior a 56 anos.

Quanto ao estado civil, 62% da amostra é constituída por indivíduos casados ou a viverem em união de facto. Dos restantes respondentes, 28,4% são solteiros e 9,6% são divorciados, separados ou viúvos. No que diz respeito às habilitações académicas dos respondentes, a maioria dos profissionais (70%) são detentores do grau de licenciatura, 27,8% do grau de mestre, apenas 1,2% possuem doutoramento. Quanto à categoria profissional, destaca-se maior representatividade na amostra dos enfermeiros (71%) em relação aos médicos (29%). Assim, os mais representados são os enfermeiros graduados (18,8%), seguindo-se os enfermeiros nível I (17%), os enfermeiros gestores (16,7%) e os enfermeiros especialistas (16%). A categoria dos médicos internos de especialidade e dos médicos assistentes representam, respetivamente, 9,3% e 4,9%. Os médicos consultores foram os profissionais que menos aderiram a este estudo representado 1,9% da amostra, seguidos dos médicos internos do ano comum com 0,9%

Em relação ao tipo de unidade de saúde em que exercem funções: 61,4% dos respondentes possuem vínculo em hospitais públicos; 29% pertencem a unidades de cuidados de saúde primários; 4,3% afirmaram trabalhar em hospitais privados; 2,5% em unidades de cuidados de saúde continuados integrados, consultórios privados (1,2%) e lares de idosos (0,6%).

Quando questionados acerca da existência de gestor de risco na unidade de saúde em que trabalham, 164 indivíduos (50,6%) responderam afirmativamente, 83 (25,6%) negaram a existência desta categoria profissional e 77 (23,8%) não souberam responder. Quase metade da amostra (40,1%) respondeu não ter tido qualquer formação na área da gestão de risco e, dos restantes, formação obtida em seminários ou programas certificados foi indicada por 18,5% dos respondentes, em cursos desenvolvimento profissional e em cursos de licenciatura, mestrado/pós-graduação e doutoramento por 18,2%.

Quanto ao conhecimento, por parte dos respondentes, de formas de prevenção do erro na sua instituição, 35% ignoram ou negam a sua existência e 25% reconhecem várias formas de prevenção de erro. As restantes amostras têm conhecimento da existência do sistema de registo de erros (22,5%), do sistema de triagem (6,2%), de relatórios de falhas (4,3%), admitem trabalhar com processos pré-definidos para dar resposta a situações inesperadas (2,5%) e identificam grupos pré-definidos chamados a lidar com situações inesperadas (0,6%).

Neste estudo, procurou-se saber se a organização em que os respondentes trabalham foi alvo de algum processo de acreditação e/ou qualidade e qual a entidade pela qual se regem para esse fim. Os resultados mostram que 47,5% dos respondentes não conhece existência de qualquer processo de acreditação ou qualidade e, 7,4% responderam não saber. Os restantes identificam a JCAHO (21%), HQS 9,9%, a ISO (3,4%) e a EFQM (1,5%). Os 6,5% que responderam “outros”, referiram o processo de acreditação ACSA, os processos de qualidade CHKS, e por fim, o DiQuor, EQUASS e APECER, processos de certificação da qualidade. Uma percentagem residual (2,8%) respondeu que na sua unidade de saúde trabalham com “vários” processos, nomeadamente HQS e ISO (7), HQS e JCAHO (1), HQS, ISO e JCAHO (1).

Variável	Número de respostas	Percentagem
<b>Existência e identificação de processo de acreditação e/ou de qualidade</b>		
The Health Quality Service (HQS)	32	9,9
Join Commission and Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO)	68	21,0
International Organization for Standardization (ISO)	11	3,4
European Foundation for Quality Management (EFQM)	5	1,5
Nenhum	154	47,5
Outra	21	6,5
Não sei	24	7,4
Vários	9	2,8
<b>Conhecimento de formas de prevenção de erro</b>		
Sistemas de triagem	20	6,2
Relatórios de falhas	14	4,3
Registo de erros	73	22,5
Processos pré-definidos para dar resposta a situações inesperadas	8	2,5
Grupos pré-definidos chamados a lidar com situações inesperadas	2	0,6
Não sei / Nenhum	115	35,5
Vários	81	25,0
Outra	11	3,4

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto à existência de processos de acreditação e/ou de qualidade e formas de prevenção de erro

## 4.2 Percepção quanto à ocorrência do erro

Erros de atendimento: consideram os inquiridos que, entre os tipos de erros de atendimento, aqueles que ocorrem com mais frequência (com maior reconhecimento de ocorrência extrema e ocorrência alta) são os erros de preenchimento incompleto, (29%) ainda que 8% dos respondentes tenha indicado a não existência de ocorrência. No geral, este tipo de erro é considerado de ocorrência mínima.

Erros de comunicação: neste ponto destaca-se o reconhecimento de todos os subtipos de erro como ocorrendo de forma mínima também, mas com valores muito próximos da ocorrência média. De destacar com ocorrência extrema - ainda que com uma percentagem bastante baixa – os erros de comunicação com outras equipas de saúde (4%).

Erros na gestão de profissionais de saúde: no que concerne à percepção dos respondentes em relação aos erros de gestão de profissionais de saúde destaca-se a percepção, maioritariamente, de ocorrência mínima ou nenhuma. Ainda assim, erros de ausências não preenchidas (4,3%), na escala de colaboradores (1,2%) e procedimentos de encaminhamento errados (0,9%) foram percebidos como de ocorrência extrema.

Erros com meios complementares de diagnóstico: de acordo com a percepção dos respondentes e como podemos verificar no Gráfico 4, esta dimensão não tem ocorrência substancial. Uma parte substancial da amostra considera que a ocorrência é mínima ou nenhuma.

Erros com tratamentos: quanto a este tipo de erro, a maioria dos respondentes considera que a ocorrência é mínima, destacando-se os erros de medicação (60,8%) (Gráfico 5). É relevante notar que mais de 25% considera que estes subtipos de erro ocorrem com frequência média com destaque para o não cumprimento de procedimentos padronizados e que 4% considera que este subtipo de erro tem ocorrência alta.

Erros de diagnóstico: podemos verificar no Gráfico 6 que, mais uma vez, predomina a percepção da ocorrência mínima a média. Destacando o reconhecimento da ocorrência de erros de diagnóstico por parte do médico. Note-se que a percentagem de reconhecimento de ocorrência extrema é em todos os subtipos praticamente nula.

Decisão de tratamento errado com diagnóstico correto: aqui destaca-se a ocorrência mínima ou nenhuma de ambos os subtipos de erro. De acordo com os respondentes, praticamente não se verifica ocorrência extrema deste erro e a percepção de ocorrência alta é pouco significativa.

### **4.3 Consequências decorrentes do erro e atuação da gestão**

Quanto à percepção dos profissionais de saúde, relativamente às consequências decorrentes do erro, evidenciam-se as consequências emocionais pelo facto de ser o subtipo de consequência que mais dividiu opiniões. Ainda assim, a maioria dos respondentes considerou que esta consequência tem ocorrência mínima ou média. De seguida, o subtipo que se encontra mais destacado é a perda da vida, tendo sido consensual a percepção da quase não existência desta consequência. Da mesma forma, devem referir-se as incapacidades permanentes já que os inquiridos concordam na sua maioria que tais consequências não ocorrem ou apresentam ocorrência mínima.

No que diz respeito à atuação da gestão, podemos dizer que a maioria dos respondentes consideram que a organização é relutante quanto à responsabilidade pelos seus erros. Os inquiridos admitem que a organização responsabiliza apenas os profissionais de saúde, no entanto devemos notar que a percentagem de profissionais que dizem que a organização não os responsabiliza é bastante significativa, assim como a dos respondentes que não admitem uma ou outra posição da atuação da gestão (não concordam nem discordam). Pelo que é percebido pelos profissionais de saúde a organização tem dificuldade em perceber a sua quota-parte de responsabilidade. Quando questionados acerca do ambiente de hostilidade ou discriminação a maioria dos respondentes discordam que a organização propicie essas sensações, no entanto existe também uma percentagem significativa que diz não concordar, nem discordar. De acordo com os participantes a organização apresenta medidas a fim de combater o erro.

## 4.4 Cultura de orientação ao erro

No que diz respeito à competência do erro, os respondentes dizem-se capazes de corrigir um erro aquando da sua ocorrência, no entanto, as opiniões dividem-se quando se pergunta se perderiam uma oportunidade apesar de poderem cometer erros, sendo que a maioria pende para a concordância.

Quando o tema se centra na aprendizagem que pode advir dos erros, os inquiridos concordam com a ajuda e importância de aprender com estas ocorrências. No que diz respeito ao risco de errar podemos constatar que os respondentes, em grande maioria não arriscam, preferindo desta forma “jogar pelo seguro”, o que se entende tendo em conta as consequências que poderão advir para o paciente. Denota-se, também, que o risco inerente ao desempenho da sua atividade provoca alguma tensão e ansiedade na maioria dos profissionais de saúde sem, no entanto, perderem a calma. Na maioria, preocupam-se com a possibilidade de errar enquanto trabalham.

No que concerne à antecipação do erro, a maioria afirma que nas tarefas por si executadas a possibilidade de errar é elevada, apesar de uma percentagem significativa afirmar o contrário. A maioria esmagadora afirma ter consciência de que os erros podem ocorrer, mas diz ficar admirado com os seus erros, apesar de antecipar a sua ocorrência. A maior parte dos inquiridos afirma não esperar que algo corra mal de vez em quando.

No que diz respeito ao encobrimento dos erros é indiscutível que os inquiridos percebem a importância de não o fazer. Os respondentes entendem que é vantajoso mencionar o erro, torná-lo público, discuti-lo, não o encobrir e não guardar segredo acerca do cometimento de erros.

Quando o assunto se centra na comunicação do erro, os profissionais de saúde que participaram neste estudo concordam com a importância de comunicar falhas aos colegas para que eles não cometam os mesmos erros. Não obstante ficam-se pelo “não concordo nem discordo” no que toca a pedir ajuda para corrigir os erros, apesar de dizerem confiar nos colegas para gerir os erros e de admitirem a possibilidade de os questionar para saber como fazer melhor.

Quanto ao “pensar nos erros” podemos concluir que existe concordância de praticamente toda a amostra. Os inquiridos pensam em formas de prevenir os erros, pensam nas situações que correm mal, pensam em formas de corrigir e analisar os erros.

## 4.5 Cultura de fiabilidade

No que diz respeito à resiliência, ou seja, à capacidade de adaptação e recuperação face às adversidades, pode dizer-se que a amostra se encontra dividida em todas as dimensões. Apesar de não haver percentagens que correspondam a uma enorme maioria, podemos verificar uma tendência para a concordância, ainda que pouco expressiva, no primeiro e no último item, ou seja: admite-se a existência de processos para dar resposta a situações inesperadas e admite-se a preparação da organização para lidar com situações inesperadas. Verifica-se uma tendência positiva quando questionados sobre a preparação da organização para lidar com situações inesperadas, mas uma tendência contrária quando inquiridos acerca da capacidade das pessoas chamadas para resolver essas mesmas situações.

Quando à deferência ou consideração pelos melhores profissionais de saúde, os respondentes admitem que os profissionais com melhor reputação são os melhores profissionais, que os melhores profissionais são os mais respeitados e que as pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes. Já no que diz respeito à prevalência das decisões dos melhores profissionais sobre as das chefias os inquiridos maioritariamente “não concordam nem discordam”.

De acordo com os resultados deste estudo, no geral os profissionais de saúde preocupam-se com a falha. A relutância em simplificar interpretações aparece também de forma bastante vincada. Os inquiridos dizem valorizar mais do que uma interpretação de situações inesperadas, preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis no surgimento de situações imprevistas, em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação possível, são bem-vindas diversas interpretações sobre a situação.

Por fim, no que respeita à sensibilidade às operações, os respondentes concordam que existem competência, conhecimentos e experiência para dar respostas a situações inesperadas e que os profissionais têm capacidade para pôr em prática as decisões que tomaram para resolver a situação. No entanto, quando questionados acerca do apoio, por parte de organização, quanto às decisões tomadas para resolver situações inesperadas, as respostas dividem-se, apesar de a maioria ser de concordância.

# **CAPÍTULO V**

Conclusões

## 5.1 Conclusão

A problemática que envolve a ocorrência de erro tem suscitado interesse desde os primórdios. Devido às consequências graves que pode desencadear, assim como pelo fascínio especial da opinião pública, imensos têm sido os estudos que se dedicam às suas vicissitudes. Estes estudos têm, pela possibilidade de maior conhecimento da temática em causa, contribuído para a definição de algumas estratégias com objetivo de combater a ocorrência de falhas na prestação de cuidados de saúde. Nesta sequência, foi objetivo deste estudo contribuir para um maior conhecimento acerca da gestão do erro nas instituições de saúde em Portugal.

Torna-se bastante importante afirmar que a maioria dos respondentes afirma que na organização de saúde em que trabalha existe gestor de risco. Para lamentar pode-se apontar o número de profissionais que não sabe se existe ou não esta figura profissional. A conclusão que acabada de expor vai ao encontro de outra, feita em 2010 pelo Ministério da Saúde onde um número considerável de respondentes admite a existência de políticas de gestão de risco.

Constatou-se que a maioria dos respondentes admite a existência de processos de acreditação e/ou qualidade e sabe identificá-lo, o que demonstra o esforço das instituições de saúde em combater o erro e o empenho dos seus profissionais para se integrarem nas orientações da sua organização. Também um número considerável consegue determinar qual a forma de prevenção de erro existente na unidade de saúde em que presta funções. No que diz respeito à perceção quanto ao tipo de erro que ocorre com mais frequência é de lamentar não existirem respostas esclarecedoras. Podemos apontar, por terem percentagem mais altas, ainda que pouco superiores a metade da amostra, os erros nas escalas de colaboradores e os procedimentos de encaminhamento errados, assim como os erros com meios complementares de diagnóstico e os erros de medicação.

Quanto às consequências decorrentes do erro evidencia-se o facto de a “perda da vida” ter conseguido consenso quanto à não existência. Os profissionais de saúde que participaram neste estudo consideram que a organização tem capacidade para assumir a responsabilidade pelos erros cometidos na sua organização. Esta conclusão é importante uma vez que desmonta a existência de uma cultura de não responsabilização e de não culpabilização dos profissionais de saúde em concreto, mas antes da assunção das falhas da organização como um todo, assumindo-se aquela como parte de um sistema que é falível.

Quanto à competência do erro, no geral, os respondentes declaram conseguir corrigir erros. Concordam com a importância de aprender com a ocorrência de erros e tendem a não querer arriscar quando consideram que pode ocorrer um erro. Os profissionais têm medo de errar e preocupam-se com essa possibilidade, por isso tendem a antecipar os erros. Existe consciência da

importância de comunicar as falhas, em detrimento de as encobrir e admitem a possibilidade de questionar colegas para saber como fazer melhor.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se dizer que existe capacidade de adaptação e recuperação dos profissionais de saúde face às adversidades que possam surgir. Os profissionais admitem a preparação da organização para lidar com ocorrências inesperadas e asseguram que existe consideração e reconhecimento dos melhores profissionais.

Conclui-se também que existem diferenças entre os grupos profissionais no que diz respeito à cultura de orientação ao erro e à cultura de fiabilidade. De acordo com as médias obtidas conclui-se que os médicos arriscam mais que os enfermeiros e aprendem mais com os erros. Quanto à cultura de fiabilidade pode afirmar-se que os médicos reconhecem maior cultura de deferência nas organizações em que se inserem e os enfermeiros maior sensibilidade. Quando analisada a relação entre a cultura de fiabilidade e a cultura de orientação ao erro, verificou-se que o desenvolvimento de uma cultura organizacional de fiabilidade pode, nalguns dos seus aspetos, reduzir o encobrimento do erro e fomentar a comunicação, o pensar e aprender com os erros, por parte dos seus profissionais.

## 5.2 Limitações

Embora os dados disponíveis sejam escassos, estima-se que em Portugal existam entre 1330 a 2900 mortes anuais devido a erros cometidos no âmbito da medicina (Fragata & Martins, 2004). Desta forma é essencial que estudos deste tipo tenham mais adesão por parte dos profissionais de saúde. Constatou-se, neste estudo, que a população masculina é bastante reticente no que diz respeito à participação em investigações deste género e, no geral, apesar da amostra conseguida ser constituída por um número razoável, considera-se que não é significativa tendo em conta o número de instituições de saúde para os quais se enviou o pedido de colaboração. De notar, também, a baixa participação da classe médica, estando aqui pouco representada.

Uma participação maior deste de grupo profissional seria uma mais-valia importante por ser o que mais diretamente está implicado na temática do erro em saúde. A amostra utilizada neste estudo centra-se apenas nas respostas dos profissionais das instituições que acederam responder a este estudo, não sendo possível generalizar os resultados a uma população mais alargada.

Parece incontestável, as vantagens e desvantagens de todos os métodos de pesquisa em investigação. No presente trabalho recorreu-se a uma abordagem quantitativa por ser a que melhor se adequa à pesquisa a efetuar e aos objetivos a atingir. Acresce, ainda, afirmar que uma abordagem quantitativa oferece informações de natureza mais objetiva e padronizada. O método de recolha de dados permite uma maior abrangência em termos geográficos, no entanto, implica que o questionário em questão seja claro, bem estruturado e sintético de modo evitar dúvidas no seu preenchimento.

Esta investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento sobre a gestão do erro em instituições de saúde portuguesas, do ponto de vista dos profissionais mais diretamente implicados – médicos e enfermeiros. A relevância deste estudo passa, precisamente, por incluir a perceção destes dois grupos profissionais, onde em termos de literatura existe uma forte escassez de estudos.

Este estudo terá implicações que se situarão, essencialmente a dois níveis. Ao nível das organizações de saúde os resultados obtidos poderão fornecer alguma orientação quanto à implementação de práticas de gestão do erro, levando as organizações a pensar que cultura organizacional deve ser desenvolvida para reduzir e até combater a exposição ao erro por dos profissionais e, mais importante melhora a qualidade do serviço prestado garantindo maior segurança ao paciente. Paralelamente a estes contributos, espera-se também que o estudo conduza a uma melhor clarificação dos conceitos em análise.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aaker DA, Kumar V, Day GS. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas; 2007.
2. Almeida F. Os contratos civis de prestação de serviço médico. Direito da Saúde e Bioética. AAFDUL. Lisboa; 1996.
3. Álvares S. Nascer e crescer - Revista do Hospital Crianças Maria Pia. 2005;14:71–2.
4. André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. Revista de Administração em Saúde. 2007;9(34):16–21.
5. Antunes AFM, Fonseca AM, Vasconcelos MJ, Sá F. Novas Tendências da Responsabilidade Civil. Almedina. 2007.
6. Berwick D. Errors today and errors tomorrow. New England Journal Medicine. 2003;
7. Bonato VL. Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo. 2003.
8. Bosco J. Excludentes da responsabilidade civil do médico profissional. Revista Jurídica Consulex, No. 2013;390.
9. Bugata H. A gestão do erro em cuidados médicos. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde. 2013;9:4–6.
10. Casabona CMR. El médico ante el derecho (la responsabilidade penal y civil del médico). Ministerio da Sanidad y Consumo. 1990.
11. Cassiani S, Miasso A. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do doente como aspetos relevantes. Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 2000;1:16–25.
12. Campos MM, Santos IR. Gestão do risco em medicina transfusional: modelos e ferramentas. Revista Portuguesa de Saúde Publica. 2010;28(2):155–60.
13. Carmo H, Ferreira M. Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem. Lisboa; 1998.

14. Carneiro AV. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010;10:3–10.
15. Carvalho M, Vieira A. Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 2002;78:261–8.
16. Cristo CMPN. Prospectiva Estratégica: instrumento para a construção do futuro e para a elaboração de políticas públicas. VII Congresso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal; 2002.
17. Damião M. Ressonância afetiva e responsabilidade intelectual face a erros no desempenho do docente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 2009;159–73.
18. Decreto Lei 67/2007, de 31 de dezembro - Responsabilidade civil extracontratual do Estado. DGPIJ: Lei. 2007;67.
19. Dias FJ. Direito Penal - Parte Geral - Questões Fundamentais. A doutrina geral do crime. 2a Edição - 2a Reimpressão. Coimbra Editora; 2012.
20. Dias A. Culpa Médica, algumas ideias-força. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, Ano IV. 1995;(5).
21. Dre.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://dre.pt/pdfs/2008/09/17400/0626006274.pdf>
22. Faria PL, Moreira PS. Estratégia nacional para a qualidade na saúde: Notas em torno do despacho no14 223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2009;(2):103–6.
23. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63:310–9.
24. Fidalgo SM. Responsabilidade penal por negligencia no exercício da medicina em equipa. 2009.
25. Fragata JIG. Erros e acidentes em bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010;10:17–26.

26. França M. Qualidade e segurança do doente na ordem do dia. *Qualidade em saúde*, No. 2005;13:23–5.
27. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 2001;26:56–69.
28. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*. 2001;26:70–84.
29. Vista do Erro Médico: Reflexões [Internet]. Org.br. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/article/view/459/342>
30. Iscte.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/1513>
31. Henneman EA. Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work. *Critical Care Nurse*. 2007;27(5):27–35.
32. Ordem dos Médicos – Portal Oficial [Internet]. Ordemosmedicos.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.ordemosmedicos.pt/>
33. Org.br. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: [http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/guia\\_erro\\_medico.pdf](http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/guia_erro_medico.pdf)
34. Iom.edu. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
35. Keeping Patients Safe, Transforming the work environment of nurses. Washington: National Academy Press; 2007.
36. Iso.org. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: [http://www.iso.org/iso/catalogue\\_detail.html?csum=4317](http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.html?csum=4317)
37. Jacinto V. Não existe, em Portugal, uma cultura de assunção do erro médico pelas entidades hospitalares. *Boletim da Ordem dos Advogados*. 2010;65:20–4.
38. Jorge FP. Ensaio sobre os pressupostos da responsabilidade civil. Edições Almedina; 1999.

39. Lages MJ. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 2010;10:11–6.
40. Lameirão S. Gestão hospitalar no uso de sistemas de informação: aplicação ao CHVR-PR. Vila Real; 2007.
41. Lobo AC. O erro na administração de medicação - Causas e fatores contributivos e atitude dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde. 2008.
42. Magalhães J. A responsabilidade médica e o consentimento não esclarecido. Estudos em homenagem a Francisco José Velozo. 2002.
43. Magretta J. Como funciona e porque interessa a todos. Reimpressão Actual Editora. 2010;
44. Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* [Internet]. 2002;177(2):68–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04668.x>
45. Mansoa A. O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos- estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de mestrado em saúde e desenvolvimento. 2010.
46. Martins M, Dias-Pinheiro M. Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados. Em: AESOP-Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Lisboa: Lusodidacta; 2006.
47. Malhotra N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Bookman. 2006;
48. Minayo M. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
49. Ministério Da S. Relatório Final do Grupo de Trabalho Sobre o Estatuto Jurídico do Hospital. 1997.

50. da Saúde Junho de M. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais [Internet]. Spmi.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
51. Org.br. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: [http://adetec.org.br/site/wp-content/uploads/2012/04/PatriciaMolina\\_H-CruzAzul.pdf](http://adetec.org.br/site/wp-content/uploads/2012/04/PatriciaMolina_H-CruzAzul.pdf)
52. Monteiro A, Ferreira I, Neves M, Alves J. O erro em medicina. Sessões Clínicas do HFF. Amadora: Hospital Prof. Dr. EPE: Fernando Fonseca; 2011.
53. Neves M. Alguns apontamentos sobre gestão de saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde. 2013;22–4.
54. Novaes H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saude pública. 2000.
55. Nunes MAR. O Valor Extraprocessual das Provas - Acções de Responsabilidade Civil por Actos Médicos. Em: Curso Complementar de Direito da Saúde: Responsabilidade Civil. 2013. p. 163–75.
56. Oliveira G. Estrutura Jurídica do Ato Médico - Consentimento Informado e Responsabilidade Médica. Temas do Direito da Medicina. 2005.
57. Oliveira G. Responsabilidade civil dos médicos. Publicações do centro de direito Biomédico. 2006.
58. Ordem Dos E. Segurança do doente. Ordem dos Enfermeiros. 2005;17:1–64.
59. Pedroto I. Risco Clínico e Segurança do Doente. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. 2006;15:168–73.
60. Pereira AGD. Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal. Revista Portuguesa do Dano Corporal. 2007;11–22.
61. PtcS.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: [http://www.ptcs.pt/resources/pdfs/RESPONSABILIDADE\\_CIVIL\\_MEDICA.pdf](http://www.ptcs.pt/resources/pdfs/RESPONSABILIDADE_CIVIL_MEDICA.pdf)
62. Pitrez F. Revista do colégio Brasileiro de cirurgiões. 2012;39:171–2.

63. Porto A. Medicina, erro e engano. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 2005;12(3):131–4.
64. Polit D, Hunger B. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre. Artes médicas. 1995.
65. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 2004.
66. Reason J. Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality Safety Health Care*. 2002;11:40–4.
67. Sapo.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: [http://economico.sapo.pt/noticias/metade-dos-hospitais-sem-prevencao-de-erro-medico\\_96918.html](http://economico.sapo.pt/noticias/metade-dos-hospitais-sem-prevencao-de-erro-medico_96918.html)(18
68. Rivera F. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do centro hospitalar regional universitário de Lille, França. *Caderno de Saúde pública*, v.13, no1. 1997.
69. Rosa MB, Perini E. Erros de Medicação: Quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2003;49(3):335–41.
70. Romano LG. Mercado do erro médico. *Revista do colégio brasileiro de cirurgiões*. *Revista do colégio brasileiro de cirurgiões*. 1998;25(2).
71. Rozovsky FA, Conley JL. *Health care organizations risk management: forms, checklists and guidelines*. Austin: Aspen Publishers; 2007.
72. Ruthes RM, Cunha ICKO. Os desafio da administração hospitalar na actualidade. *Revista de Administração em Saúde*. 2007;9(36):93–102.
73. Rybowski V, Garst H, Frese M, Batinic B. Error orientation questionnaire (EOQ): reliability, validity and different language equivalence. *Journal of Organization Behavior*. 1999;20:527–47.
74. Santos I, Clos AC. *Pesquisa quantitativa e metodologia*. Pesquisa em enfermagem Rio de Janeiro: Guanabara Moogan. 1998;1–17.

75. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 2010;10:47–57.
76. Schmidt E. *Arzt im Strafrecht*, Leipzig. Leipzig. Deutschland: Verlag von Theodor Weicher; 1939.
77. Sequeira A, Martins L, Pereira V. Natureza e frequência dos erros na atividade de medicina geral e familiar geral num ACES - estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 2010;26:572–84.
78. Iscte.pt. [citado 27 de maio de 2024]. Disponível em: <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/2564>
79. Sousa J. Negligencia e erro médico. *Boletim da ordem dos advogados*. 2006;12–6.
80. Souza P. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. *Revista Bioética*. 2009;14(2).
81. Teixeira JMC, Fernandes AMS, Bonato VL, Fernandes JA. Planeamento estratégico e operacional em saúde. *Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo*. São Paulo; 2003.
82. Van Dyck C, Frese M, Baer M, Sonnentag S. Organizational error management culture and its impact on performance: a two-study replication. *Journal of Applied Psychology*. 2005;90(6):1228–40.
83. Varela JMA. *Das obrigações em geral*. 2000;I.
84. Vaz A, Campos L, Borges M, Portugal R. Os serviços não clínicos de apoio à governação. Em: *Governação dos Hospitais Alfragide: Casa das Letras*. 2009.
85. Vaitsman J. Cultura de organizações públicas de saúde - notas sobre a construção de um objeto. *Cadernos de Saúde Publica*. 2000;16(3):847–50.
86. Vieira DN, Quintero JA. *Aspetos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil*. 2008.

87. Wanumacher L. Tirer partie des erreurs pour mieux soigner. *La Renue Prescrire Implément Spécial*. 2005;881–945.
88. Weick KE. *Making sense of the organization: Volume 2: The impermanent organization*. Oxford, England: Blackwell; 2012.
89. Wikipedia contributors. Erro médico [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponível em:  
[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Erro\\_m%C3%A9dico&oldid=63548390](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Erro_m%C3%A9dico&oldid=63548390)

**ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **Instrumento de recolha de dados**

A gestão do erro nas unidades de saúde (percepção dos profissionais de saúde)

\*Obrigatório

Este questionário visa efetuar um estudo sobre a gestão do erro nas instituições de saúde portuguesas, enquadrando-se no âmbito de uma dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

O objetivo essencial é averiguar a percepção dos profissionais de saúde acerca da gestão do erro.

É muito importante a sua colaboração, pedimos-lhe por isso que responda às perguntas que se seguem, assinalando a sua opinião.

Desta forma poderá contribuir para a melhoria do conhecimento quanto a esta problemática e fornecer informações importantes que poderão servir para uma melhor gestão do erro médico.

Informamos, desde já, que todos os dados recolhidos neste questionário são confidenciais e anónimos.

Encontramo-nos ao dispor para qualquer esclarecimento, reafirmando a nossa total disponibilidade para, após conclusão do trabalho, apresentar os respetivos resultados.

## **Secção I - Informações sobre dados pessoais**

Responda às perguntas sobre os seus dados pessoais, selecionando o círculo apropriado ou escrevendo as informações solicitadas na caixa para o efeito. Estas informações são confidenciais e são utilizadas exclusivamente para a caracterização dos grupos inquiridos.

### **Idade \***

- < 25 anos
- 26 e 35 anos
- Entre 36 e 45 anos
- Entre 46 e 55 anos
- Entre 56 e 65 anos
- 66 anos

### **Sexo \***

- Masculino
- Feminino

**Estado civil \***

- Solteiro(a)
- Casado(a) /União de Facto
- Divorciado(a) /Separado(a) /Viúvo(a)

**Habilitações Académicas \***

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**Categorias profissionais \***

- Enfermeiro nível I
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor
- Enfermeiro Supervisor
- Médico interno do ano comum
- Médico interno de especialidade
- Médico assistente
- Médico assistente graduado
- Médico consultor
- Médico chefe de serviço

**Tempo de exercício profissional \*****Localidade do país onde se encontra a unidade de saúde onde desempenha funções \***

- Norte
- Centro
- Sul

**Unidade de saúde onde desempenha funções: \***

- Hospital público
- Hospital privado
- Cuidados de saúde primários
- Cuidados de saúde continuados integrados
- Consultório privado
- Lar de idosos
- Outra

**Tipo de horário \***

- Fixo
- Por turnos
- Ambos

**Indique o número de horas de trabalho semanal**

- < 40 horas
- Entre 40 e 60 horas
- >60 horas

**Na sua organização de saúde existe Gestor de Risco? \***

- Sim
- Não
- Não sei

**A organização onde trabalha foi alvo de processo de acreditação ou de qualidade? Qual? \***

- The Health Quality Service (HQS)
- Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)
- International Organization for Standardization (ISO)
- European Foundation for Quality Management (EFQM)
- Nenhum
- Não sei

**Formação que recebeu na área da Gestão de Risco: \***

- Curso de licenciatura
- Curso de mestrado/pós-graduação
- Curso de doutoramento
- Cursos de desenvolvimento profissional
- Seminários/Programas certificados
- Nenhum

**Na unidade de saúde onde exerce a sua profissão tem conhecimento da existência de alguma forma de prevenção de erro? \***

- Sistemas de triagem
- Relatórios de falhas
- Registo de erros
- Processos pré-definidos (protocolos/normas de procedimentos)
- Grupos pré-definidos chamados para lidar com situações inesperadas
- Outra/ Nenhum:
- Não sei

## **Secção II: Perceção quanto ao tipo de erro que ocorre mais frequentemente.**

Indique, por favor, a sua perceção quanto à frequência de ocorrência dos erros abaixo listados na sua instituição de saúde, utilizando a escala indicada:

- Nenhuma ocorrência
- Ocorrência mínima
- Ocorrência média
- Ocorrência alta
- Ocorrência extrema

### **Erros no atendimento**

#### **Erro de arquivamento**

#### **Erro de preenchimento incompleto**

#### **Erro no percurso do utente**

#### **Erro de marcação de consultas**

#### **Erros de manutenção de um ambiente físico seguro**

### **Erros de comunicação \***

- Com os utentes
- Com os profissionais não clínicos
- Entre a equipa de saúde
- Com outras equipas de saúde

### **Erros na gestão de profissionais de saúde \***

- Procedimentos de encaminhamento errados
- Erro na escala dos colaboradores
- Ausências não preenchidas

### **Erros com meios complementares de diagnóstico (MCDT's) \***

- Laboratoriais
- Imagiologia
- Outros exames

### **Erros com tratamentos \***

- Erros de medicação
- Não foi cumprido procedimento padronizado
- Falta de experiência ou perícia face a certo procedimento clínico

### **Erros de diagnóstico \***

- Por parte do médico
- Atrasos de diagnóstico
- Má interpretação de MCDT's
- Má interpretação da análise clínica

### **Decisão de tratamento errado com diagnóstico correto \***

- Decisão influenciada pelas preferências do paciente
- Decisão de tratamento ou ação errada por parte do médico

### **Secção III: Consequências decorrentes do erro**

Indique, por favor, a sua percepção quanto às lesões que, de forma mais frequente, decorrem do erro e se manifestam no paciente, utilizando a escala indicada:

#### **Quais as lesões mais frequentes, decorrentes do erro: \***

- Emocionais
- Incapacidades temporárias
- Incapacidades permanentes
- Perda da vida

### **Secção IV: Percepção quanto à atuação da gestão**

Indique, por favor, a sua percepção quanto à atuação da gestão face à ocorrência de erro, utilizando a escala indicada:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

A organização não tem problemas em responsabilizar-se pelos erros

A organização responsabiliza apenas os profissionais de saúde

A organização tem alguma dificuldade em perceber a sua quota-parte de responsabilidade

A organização demonstra algum tipo de hostilidade ou discriminação para com a equipa ou profissional que cometeu erro

A organização apresenta medidas a fim de combater o erro

## **Secção V: Cultura de Orientação ao Erro**

Avalie até que ponto os seguintes itens, se aplicam a si, utilizando a escala apresentada:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

### **Competência do Erro \***

- Se de todo é possível corrigir um erro, então sei normalmente o que fazer para o corrigir
- Não deixo fugir o objetivo, embora possa cometer erros

### **Aprender com os Erros \***

- Os meus erros ajudam-me a melhorar o meu trabalho.
- Os erros fornecem informação útil para poder continuar o meu trabalho

### **Correr o Risco de Errar \***

- Se alguém quer alcançar algo no trabalho, tem de arriscar e cometer erros
- Para continuar com o meu trabalho, motivo-me fazendo coisas que podem correr mal
- Prefiro errar do que não fazer nada

### **Tensão do Erro \***

- Normalmente, tenho medo de errar
- Fico embaraçado quando cometo erros
- Quando erro no trabalho perco a calma e fico chateado
- Enquanto trabalho estou preocupado por poder fazer algo errado

### **Antecipação do Erro \***

- No desenvolvimento das minhas tarefas, a probabilidade de errar é elevada
- Quando começo algum trabalho estou consciente de que os erros podem ocorrer
- A maior parte das vezes, não fico admirado com os meus erros, já os espero
- Antecipo a ocorrência de erros no meu trabalho
- Espero que algo corra mal de vez em quando

### **Encobrimento dos Erros \***

- Porquê mencionar um erro quando ele não é óbvio
- Não é vantajoso tornar público um erro
- Não considero útil discutir os meus erros
- Pode ser útil encobrir os meus erros
- Prefiro manter os meus erros só para mim
- Os colaboradores que admitem os seus erros cometem um grande erro

### **Comunicação do Erro \***

- Quando cometo um erro comunico-o aos meus colegas para que não cometam os mesmos erros.
- Se não consigo corrigir sozinho os meus erros, peço ajuda aos meus colegas.
- Se não consigo gerir a correção de um erro, posso confiar nos outros
- Quando faço algo errado, questiono os outros para saber como posso fazer melhor

### **Pensar nos Erros \***

- Normalmente, penso: “Como podia ter previsto isto?”
- Se algo corre mal no trabalho, penso cuidadosamente nisso
- Depois de um erro ocorrer, penso durante bastante tempo o que fazer para o corrigir
- Quando um erro ocorre, analiso-o minuciosamente

### **Secção VI: Cultura da Fiabilidade**

Avalie até que pontos os seguintes itens, se aplicam à unidade de saúde onde desempenha funções, utilizando a escala indicada.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

### **Resiliência \***

- Temos processos de trabalho preparados para dar resposta a situações inesperadas que atuam de forma independente da hierarquia.
- A organização está preparada para analisar e responder a situações inesperadas.
- As pessoas chamadas a lidar com situações inesperadas são as mais bem preparadas para isso, mesmo se essa não era a sua função habitual.
- Quando surgem situações inesperadas, são mobilizadas para as resolver as pessoas certas, sejam quais forem as tarefas que elas executem diariamente.

### **Deferência \***

- Os colaboradores com melhor reputação são os melhores profissionais, e não necessariamente os que desempenham cargos hierarquicamente superiores.
- Os melhores profissionais são os mais respeitados.
- As pessoas confiam nas soluções encontradas pelos profissionais mais competentes.
- Quando surgem situações inesperadas, as decisões dos melhores profissionais prevalecem sobre as das chefias.

### **Preocupação com a falha \***

- Quando surgem falhas ou incidentes as pessoas preocupam-se em registar e comunicar.
- As equipas procuram analisar as causas das falhas ou incidentes que surgem.
- As pessoas preocupam-se em detetar eventuais falhas, enganos ou erros.
- As pessoas são incentivadas a detetar, reportar e analisar falhas, enganos ou erros.

### **Relutância em simplificar interpretações \***

- Perante situações inesperadas as pessoas valorizam o aparecimento de mais do que uma interpretação da situação.
- Quando surgem situações imprevistas, as pessoas preocupam-se em discutir todas as soluções possíveis e não apenas as que habitualmente se utilizam nesses casos.
- Em situações inesperadas, as pessoas procuram o máximo de informação possível, de maneira a escolher a melhor de entre as soluções possíveis.
- Perante situações inesperadas, são bem-vindas diversas interpretações sobre a situação,

### **Sensibilidade às operações \***

- Os profissionais têm as competências (conhecimento e experiência) necessárias para dar resposta às situações inesperadas.
- Perante situações inesperadas, os profissionais têm capacidade para pôr em prática as decisões que tomaram para resolver a situação.
- Os profissionais sentem que a organização apoia as decisões que tomam para resolver situações inesperadas.