

Comunicação e Consciência Situacional - GERHUS: Crew Resource Management: da Aviação para a Medicina.

Alfredo Guarischi

Organizador do Congresso Safety e do GERHUS. Cirurgião Geral e Oncológico. Mestre em Cirurgia pela UFRJ. Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina e da Câmara Técnica de Oncologia do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Ex- Médico Voluntário do Comando de Operações Especiais da Polícia Militar do Rio de Janeiro
alfredoguarischi@yahoo.com.br

Felipe Koeller Rodrigues Vieira

Ten Cel aviador da Força Aérea Brasileira e de Segurança de Voo. Instrutor de voo em aviões e helicópteros e do Curso de Especialização em Medicina Aeroespacial (CEMAE). Investigador sênior de Acidentes Aeronáuticos. Facilitador de treinamento de Gerenciamento de Recursos de Tripulação (CRM – Crew Resource Management).
felipekoeller@yahoo.com.br

1 - Introdução

2 – Comunicação

3 – Consciência Situacional

4 – Referências

1- Introdução

Preocupado com a segurança no sistema de saúde, reunimos nossas experiências e dúvidas em inúmeros encontros e discussões. Desenvolvemos uma metodologia de como aplicar os princípios do conceito de Crew Resource Management (CRM) da aviação em medicina. Nascia o CRM em Saúde, batizado de “Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde” (GERHUS), de modo a não confundir o “CRM” do Conselho Regional de Medicina ou com Customer Relationship Management. Estávamos no ano de 2005. A Força Aérea Brasileira (FAB) nos deu a oportunidade: o encontro de um aviador com um médico, cheios de esperança em contribuir para a segurança no sistema de saúde.

Este treinamento foi elaborado, discutido e implantado. Foram 170 versões diferentes para oito tópicos distintos, testadas em inúmeras apresentações. O primeiro GERHUS ocorreu em 8 de junho de 2010 no Hospital Central da Aeronáutica, no Rio de Janeiro. Desde então vem sendo aprimorado. Ganhamos experiência para customizar versões distintas conforme a unidade hospitalar (civil ou militar, público ou privado, parceria público-privada), sem perder o foco no básico: o Fator Humano que age como um pendulo contínuo, sendo o cerne da segurança, tanto na geração como solução de falhas. Não como eliminar o homem nos processos humanos, mas há como capacitá-lo a lidar com sua falabilidade.

Na fase inicial tivemos além das crônicas dificuldades entre as diversas categorias profissionais, teríamos a hierarquia militar, que poderia ser tanto um facilitador quanto uma barreira intransponível. Foi decisiva a ajuda dos aviadores, que conheciam o CRM da aviação. Mesmo num ambiente hierarquizado, atitudes assertivas, pouco usuais na hierarquia do sistema de saúde, precisavam prevalecer. O foco no sucesso da missão deve prevalecer sobre ordens ou dogmas. Isto nos deu a certeza que poderíamos avançar em outros ambientes. Na vida civil paradoxalmente tem sido mais complexo este avanço. Mais uma convicção de estar no caminho certo é que o mesmo ocorreu na aceitação do CRM da aviação. O curioso é que na aviação militar sua aceitação foi mais rápida e perene comparado com a aviação civil, em todo mundo. Isto reforça o que, há mais de quarenta anos escreveu o

Brigadeiro Eduardo Gomes: “Postos e graduações existem nas instituições não para criar divisões, mas sim para definir responsabilidades”.

Outra grande ajuda ocorreu com o convívio com o Batalhão de Operações Especiais, o BOPE, tropa de elite da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Esta parceria começou em 2008, com o Cel. Alberto Pinheiro Neto, que abriu esta porta. A certeza da importância da rigidez operacional, num ambiente totalmente diferente da aviação – muito menos estável – ajudou na percepção quanto a necessidade de ajustes. O ambiente da saúde muitas das vezes lembra mais uma missão do BOPE do que uma situação de voo. No BOPE pode-se morrer, mas também se pode matar, quando se perde o foco da missão. Na aviação a tripulação pode morrer e na saúde a “tripulação” pode “matar”. Este três sistemas, tão diferentes, têm enormes semelhanças. O número de mortos em solo, decorrente de um desastre aéreo é infinitamente menor comparado com as mortes dentro de uma aeronave. Na “aeronave” da Polícia ou da medicina é exatamente o inverso. Basta um segundo. O GERHUS explora como aviação e forças especiais desenvolveram capacitação para lidar com a tomada de decisão e o gerenciamento do erro.

Um de nós (AG) teve o privilégio de participar de treinamento com o BOPE e subir o Morro do Alemão. Pude ver a Igreja da Penha pelo alto e pela porta dos fundos no alto da Pedra do Sapo, onde foi assassinado o reporter Tim Lopez. Foi uma experiência inesquecível. Isso só foi possível porque o então Ten. Cel. Willman Rene Alonso, vice-chefe do Comando de Operações Especiais (COE) da Polícia Militar do Rio de Janeiro, confiou em mim. Confiar nesse samurai é fácil, o difícil era o inverso. Ele me ajudou a ir, vencer e voltar. Ter coragem ficou claro nesse dia, não é a ausência de medo, mas como o enfrentamos e o superamos. Todos tiveram medo – um grande conselheiro. Soubemos enfrentá-lo e superá-lo. Isto nos dá maior convicção da importância da disciplina operacional – foco na missão. Esta experiência ajudou a preencher as lagunas que a aviação, que trabalha num ambiente fechado, bem diferente, neste aspecto da operação policial.

O GERHUS busca mostrar a sabedoria das equipes. Mario Quintana já dizia “o poema não muda o mundo, mas muda os homens que podem mudar o mundo”. O GERHUS não vai mudar a medicina, mas mudaram alguns que podem fazer uma medicina melhor.

Breve Histórico do CRM

Na aviação, o conceito de CRM nasceu em 1972. Os conceitos de Gerenciamento de Recursos Humanos (Fator Humano) foram propostos nos EUA em 1979, após avaliação de diversos acidentes aéreos. O primeiro treinamento estruturado ocorreu em 1981 pela United Airlines. Em 1986, a Delta Airlines iniciou a segunda geração do CRM. A partir de 1990, o CRM foi reconhecido pela Federal Aviation Administration como obrigatório para as companhias aéreas que voassem no território norte-americano. O Brasil através da VARIG e a FAB iniciaram seus primeiros treinamentos já em 1990. Atualmente, todos os tripulantes das companhias aéreas do mundo devem obrigatoriamente realizar o CRM pelo menos a cada dois anos. Em 1999 passou a ser obrigatório para toda a aviação mundial

O CRM da aviação, que evoluiu de “C” de “COCKPIT” (cabine, piloto e copiloto), para “C” de “CREW” (piloto, copiloto, flight, comissário de bordo). Mas o grande avanço foi a mudança do “C” para “COMPANY” (tripulação de voo, mecânico de solo, pessoal de pista, controle de espaço aéreo, despacho de carga, administradores, etc.). Esse preâmbulo se faz necessário, pois nesses 34 anos, desde o primeiro CRM, sucederam-se seis gerações de CRM. Entende-se por geração a sistematizações do treinamento, com elementos novos sendo introduzidos. Estes conceitos novos, fruto do maior conhecimento adquirido com centenas de cursos realizados em todo mundo, foram

introduzidos visando aprimorar o trabalho em equipe e gerenciar os erros que sempre ocorrem em qualquer atividade humana. Está atualmente na sexta geração (Avaliação de Ameaça).

Não existe um CRM na aviação padrão, como ocorre na medicina com o ATLS ou ACLS, que focam nas habilidades técnicas. O CRM foca nas habilidades não técnicas, cognição. Com esta perspectiva e com o passar dos anos, cada companhia desenvolveu seu próprio CRM. No entanto, especialistas em Fator Humano na área acadêmica e na indústria buscam manter os conceitos consolidados por Robert Helmreich, Eduardo Salas, Judith Orasanu, entre outros psicólogos comportamentais.

Todo aeronauta, civil ou militar tem que fazer um CRM a pelo menos cada dois anos. Companhias menores não têm condição de ter seu próprio staff para dar o treinamento obrigatório do CRM estabelecido por lei. Com isso, foram criadas inúmeras organizações voltadas para a atividade. O objetivo (cumprir a lei) é alcançado, mas o ganho de desempenho da tripulação é maior quando existe um maior conhecimento da cultura e das situações vividas pelas tripulações daquela companhia. Este tem sido um enorme desafio para as companhias menores de aviação: a terceirização deste treinamento.

O que é Risco?

Risco é um conceito intuitivo que quantifica a exposição ao perigo. Um exemplo: o leão comer uma pessoa é um grande perigo (gravidade). Porém, ao visitar um zoológico, observando o leão dentro de sua jaula, com grades fortes, temos a percepção de que a probabilidade de o leão conseguir escapar da jaula é muito pequena. Nesse raciocínio cartesiano, levamos nossos filhos ao zoológico. Consideramos que não é um grande risco observar o leão, nessas exatas condições. Mas até isto caiu por terra quando um tigre arrancou o braço de um adolescente no zoológico de Cásavel, Paraná, em julho de 2014. A criança colocou seu braço dentro da jaula. Esta variável não havia sido considerada. O Risco zero inexistente.

Erro e Violação

Um dos maiores problemas para uma boa prática na saúde, está relacionado a percepção do que é ato seguro. A medicina é responsável pela morte ou por alguma lesão permanente em dois de cada cem pacientes atendidos. Morrem por ano nos EUA, vítimas de falhas do sistema de saúde, mais pacientes que o total de mortes, entre civis e militares, ocorridas durante o total de anos da Guerra do Vietnã. Bons e respeitáveis profissionais não são isentos de envolvimento por essas mortes no sistema de saúde. Todos profissionais podem cometer falhas, em qualquer país ou cidade. A resistência dos profissionais de saúde admitir sua falibilidade, comunicar e discutir como melhorar é o maior problema. Esta é uma enorme diferença em relação aos tripulantes, o colocou a aviação como benchmarking em segurança, junto a indústria nuclear. Nestes sistemas as falhas são constantes, mas a cultura de segurança e cultura justa, permitiu que estas falhas não se transformassem em acidentes.

O erro é fruto do julgamento profissional: quiz fazer o bem e errou. Isto difere das violações, nas quais houve a intenção de realizar o correto e sabido. Na prática do dia a dia, a violação é muito menos frequente que os erros, porém por falta de cultura segurança e cultura justa isto não fica claro para a sociedade e a judicialização é reação natural da sociedade em relação a inércia do sistema de saúde de enfrentar esta questão de forma objetiva e preventiva.

Erro do Bem

Pode parecer estranho tal nome, mas aqui estamos nos referindo ao erro que ocorreu sem a intenção de cometê-lo. Alguém quis fazer o correto e acabou errando. As condições de trabalho, principalmente a fadiga crônica, são responsáveis por esses erros involuntários.

A curva de aprendizado, em técnicas novas ou no uso de aparelhos, tem um custo para os pacientes. É fundamental que os profissionais sejam permanentemente treinados, tanto em habilidades técnicas como nas não técnicas (comportamentais). A Simulação Realística com manequins deveria ser obrigatória na graduação, pós-graduação e educação continuada. Realidade virtual e simuladores cirúrgicos têm seu custo plenamente justificado. Atores fazendo o papel de pacientes e interagindo com médicos em como dar notícias difíceis e simulando conflitos é uma forma de treinamento mais adequada.

Situações de risco entre os sistemas complexos variam muito. Apesar da percepção geral, a indústria nuclear é estatisticamente mais segura do que a aviação. Existe um risco maior nos voos charter do que na aviação regular. Outras atividades têm mais riscos do que viajar de avião, como, por exemplo, dirigir carro. Por sua vez, dirigir é mais seguro do que escalar montanhas ou saltar com corda elástica (bungee jumping). Mas de todas essas atividades, a mais arriscada é a medicina. Na medicina existe uma enorme variedade de atividades. Procedimentos simples têm menos etapas, essa é a regra. Mas é um aspecto que pode induzir a falsa percepção de segurança.

O que é segurança?

A ausência de acidentes não significa que a organização é segura. Essa frase norteia todas as ações relacionadas a ambientes de alto risco (sistema complexo). Um sistema é considerado complexo quando suas propriedades não são uma consequência natural de seus elementos constituintes vistos isoladamente. O sistema como um todo é maior que a soma de suas partes. Seria como se a soma de um mais um fosse maior que dois. Aritmeticamente seria errado, pois a soma de um mais um é dois. Aviação, Energia Nuclear e Forças Especiais são exemplos de sistemas complexos. A soma das características individuais de cada elemento é menos complexa do que as características de como o sistema funciona em conjunto. Por melhor que sejam os treinamentos oferecidos e a qualidade dos profissionais, a dinâmica do funcionamento do sistema sempre surpreende e necessita de ajustes.

Essa equação na qual um mais um é sempre maior que dois é uma das características de um sistema complexo.

Teorias dos sistemas simples (sistema linear e efeito dominó, por exemplo) não conseguem justificar de forma convincente, porque algumas coisas dão errado nos sistemas complexos. Fatores aparentemente não relacionados na análise da mecânica de um acidente são frequentes na maioria dos acidentes nos sistemas complexos.

A medicina é o mais “complicado” dos sistemas complexos. Os profissionais de saúde reconhecem que o sistema de saúde é impreciso, as soluções na sua maioria têm efeitos colaterais por falta de especificidade e que a certeza sobre o que estamos tratando é parcial. Portanto, está na hora dos profissionais de saúde entender o que significa sistema complexo sob a ótica da ergonomia cognitiva. Devemos deixar de insistir na busca de uma explicação linear para entender o que não deu certo.

Outro ponto importante está no que as pessoas consideram erro. O erro não causa, não causou e não causará nenhum incidente, acidente ou fatalidade. O que causa a fatalidade é a consequência do erro, isto é, o dano. As consequências (o dano) nessas diferentes situações serão totalmente diversas.

A busca constante em identificar um culpado, mesmo entre os profissionais de saúde, é uma realidade.

Isoladamente, é um enorme equívoco. Quando não houve a intencionalidade (violação premeditada de uma norma), a falha na maioria das vezes decorre de uma falha do sistema: por um desenho dos processos equivocado, falta de trabalho de equipe ou uma comunicação não estruturada. Raramente decorre de uma falha individual.

O Diagrama de Heinrich demonstra que para cada fatalidade existem pelo menos 30 incidentes graves. Para estes, ocorrem 300 anormalidades ou situações de perigo. Em geral, apenas as situações de incidentes graves (os quase acidentes – “near miss”) é que são notificadas, valorizadas e investigadas. A notificação é obrigatória quando

ocorre uma fatalidade, porém, nessas situações, já teremos perdido 299 chances de prevenção.

Se o sistema de saúde tivesse a cultura de entender que as anormalidades (sem danos) ocorrem pelos mesmos mecanismos que resultam em fatalidades, seria muito mais eficiente. Haveria uma prevenção proativa e não reativa (depois de um acidente, o sistema “acorda”). O sistema de saúde ainda não tem uma cultura sólida em relação a entender que o mesmo mecanismo que levou o paciente a cair do leito sem ter ocorrido qualquer dano é o mesmo que pode levar ao óbito.

O receio de relatar que ocorreu um erro é outro fator importante. Isso decorre principalmente por dois motivos: medo de punição (processo) e vergonha diante dos colegas.

Todo sistema é feito de pessoas diferentes, com sentimentos e posturas diferentes, e que, de uma forma ou de outra, acabam não atuando ativamente em equipe na busca da segurança. O que se busca, na formação de equipes, é que as pessoas façam parte do sistema (pertencimento). As individualidades devem ser preservadas. Não se devem buscar clones, mas que na sua diversidade individual, o grupo, na missão, seja coeso e não uma grande “colcha de retalhos”.

Cultura Justa

O objetivo de este tópico reconhecer a cultura justa como o equilíbrio entre a busca da prevenção e a responsabilização profissional, compreendendo qual é o tratamento adequado para os erros e para as violações. O termo Cultura Justa é a tradução literal do “Just Culture” do inglês. Nem sempre traduções literais são o ideal, mas o termo está consagrado. A Cultura Justa não se limita a uma abordagem não punitiva. Do inglês vêm também dois termos os quais se deve ter cuidado ao traduzir: “responsibility” x “accountability”. Nessa ordem, falamos de “responsabilidade” x “ser responsabilizado”. Responsabilidade sugere uma expectativa em relação a um indivíduo ou grupo. Ao passo que “ser responsabilizado” se refere a uma obrigação individual.

A excelência de desempenho é uma decisão individual, nunca obtida por ameaças ou punições. Nenhuma organização é obrigada a tolerar violações intencionais das suas normas. A fronteira entre o aceitável e o inaceitável não depende totalmente de punições. Indivíduos capazes e motivados também erram. A punição não previne o erro, mas as defesas contra o erro normalmente não funcionam contra a violação. Em algumas violações, o erro é subestimar a probabilidade de ser descoberto. Esse erro é inaceitável. A ênfase a ser dada está na avaliação do processo, independentemente dos resultados.

No mundo real, há uma incessante busca pelo culpado, nem tanto para ser justo, mas para provar que não foi com um determinado indivíduo, uma categoria profissional, um serviço ou uma organização. Na saúde, é frequente ouvir “ainda bem que não foi comigo”.

A política de segurança deve encorajar de uma forma clara e persistente o reporte de ações e atitudes não seguras, definindo uma linha entre a performance aceitável (frequentemente entendida como erro) e a performance não aceitável (tal como negligência, imprudência, violação ou sabotagem), providenciando uma proteção justa de quem reporta. Isso está bem definido na aviação e foi um dos fatores mais importantes para a melhoria na segurança de voo.

O modelo de Cultura Justa há o papel fundamental da liderança. Não basta dar o exemplo, é preciso ser o exemplo. É impossível obter “por ordem” a excelência de desempenho. O impossível se impor ao comprometimento. Pedir pouco adianta. Fica portanto claro a necessidade de liderança para gerenciar pessoas.

2- Comunicação

Esta é uma experiência vivencial do cotidiano do profissional de saúde. O que se espera é que cada um haja com sua proficiência. Num caso de via aérea difícil, trauma abdominal ou coma hipoglicêmico vai haver a participação do técnico de enfermagem ao chefe do departamento, conforme o caso vai se desenrolando. O cerne está mais na preocupação com a utilização dos recursos humanos, mesmo sem experiência técnica, para completar o atendimento de forma adequada (em relação ao conteúdo e à forma).

O importante é como a equipe age como equipe, utilizando adequadamente os recursos disponíveis ou procurando no momento certo a ajuda adequada. A capacidade de se comunicar, interagir, tomar decisões e gerenciar conflitos é que está sendo avaliada e treinada. Os que detenham mais conhecimento técnico devem orientar adequadamente os que têm menos, de modo a somar esforços nas ações.

Esta é uma das razões para que a seleção dos alunos mantenha as assimetrias comuns do cotidiano da saúde. A ideia do “deixa comigo” ou “sai daí que eu tenho mais experiência” é um ponto importante a ser entendido quando não é adequado e quando é urgente essa ação. Fica claro, no entanto, nas discussões de “como” agir nessas situações, pois a missão ou o atendimento ainda podem não estar concluídos ou ocorrerão novos atendimentos no futuro e esses profissionais estarão juntos.

O Diagrama da Comunicação

É um processo no qual a informação é trocada entre indivíduos, departamentos e organizações. É a linha do tempo da equipe. Só é efetiva quando permeia todos os aspectos da organização.

Conhecer como profissionais se comunicam entre si e a interação entre homem e máquina é uma importante ferramenta de Gerenciamento dos Recursos Humanos no Sistema de Saúde e uma forma de assegurar um bom fluxo das informações.

Comunicação é mais do que palavras. Comunicação não é o que você quer dizer, mas é como o outro entende. Uma mensagem é enviada por alguém, por um caminho, e é então recebida. Por uma série de motivos, o remetente quis mandar uma ideia (ordem ou recomendação) e o que recebe a mensagem pode tê-la entendido de forma totalmente diferente.

Essa distorção pode ocorrer porque ideias vêm de pessoas que têm sua forma de codificar. Fatores culturais ou algumas informações apenas disponíveis àquela pessoa que está enviando a mensagem levam a um tipo específico de codificação. A ideia aí codificada é transmitida àquele que receberá a mensagem. Dependendo do contexto, essa transmissão pode levar a modificações da ideia ou lentificação. O ambiente (contexto) é um importante elemento que pode modificar também a transmissão da ideia codificada. Em algum ponto, alguém deve receber a mensagem com a ideia codificada. Essa recepção pode ser completa ou incompleta. Recebida a mensagem, a ideia nela contida deve ser decodificada e o receptor, recebê-la corretamente. Caso ambos – remetente e receptor – utilizem o mesmo “sistema de codificação”, existe a garantia de a ideia enviada ser corretamente decodificada e o receptor recebê-la conforme a intenção do remetente. Se por acaso, o que não é raro, a decodificação foi parcialmente adequada, principalmente quando a mensagem chega de forma fragmentada por problema na transmissão ou recepção, a ideia transmitida e a recebida podem ser totalmente diferentes.

Esse cenário ocorre frequentemente nos ambientes dinâmicos e com alta tensão. Quando há profissionais de formação diferente e com dificuldades no trabalho em equipe, as falhas de comunicação podem levar a graves

erros. Como regra, é importante ficar atento em não considerar que uma mensagem enviada tenha sido recebida na totalidade e que foi entendida corretamente (manteve a ideia original de quem enviou).

Esse ponto é de suma importância, pois em alguns casos a ideia transmitida não está correta para aquela situação e quem recebeu a mensagem interpretou como falha do outro (“se fulano falou, deve ser mesmo”) e não tem o cuidado de verificar se está entendido daquela forma (verificar imediatamente perguntando ao remetente).

Numa outra situação, a ordem está perfeitamente correta, mas quem recebeu a ordem, por utilizar um “sistema de decodificação” diferente, acaba entendendo outro tipo de ideia, mas que lhe parece adequada. Novamente a necessidade de que um sistema de comunicação seja sempre de duas vias, com cada lado confirmando o enviado e o recebido. Em situações de emergência, pode não haver tempo e, por isso (falaremos mais adiante), devemos ter uma fraseologia padronizada para determinadas situações.

É importante também lembrar que a comunicação não é feita apenas de palavras. Num diálogo com profissionais frente a frente, a linguagem corporal representa mais da metade do conteúdo (olhar, postura corporal, p. ex.). O tom da voz representa mais de um terço do falado (numa situação de alto risco, é importante ter voz firme, pois um tom reticente pode levar a uma falha – “não é tão grave assim”). A mensagem verbal propriamente dita representa apenas 10% do conteúdo da mensagem.

Quando temos uma comunicação por telefone ou por escrito, os resultados são bastante diferentes. Nesse ponto, os profissionais de saúde têm que ser muito cuidadosos nas ordens escritas. Questões relacionadas à caligrafia levam a enormes problemas. No caso da prescrição de medicamentos, uma prescrição eletrônica praticamente elimina a questão de não entender o que está escrito, mas por outro lado já existem inúmeros trabalhos demonstrando que outros problemas podem ocorrer.

Um exemplo frequente está na dosagem ou no aprazamento de medicamentos. Um sistema de prescrição eletrônica sem críticas (dose máxima permitida ou via de utilização de medicamento) pode resultar em grandes catástrofes. Isso é mais dramático no grupo de pacientes pediátricos ou geriátricos. Um medicamento com dosagem para adulto, se utilizado num lactente, pode ser fatal.

Existem estudos que mostram que uma ordem manuscrita que contenha algum tipo de erro é mais facilmente reconhecida do que uma impressa. O impresso “parece mais verdadeiro que o manuscrito”. Esse problema é mais frequente quando as instituições de saúde utilizam editores de textos com templates para prescrição. Outro fato grave está na utilização de prescrição que pode ser repetida, na mesma folha, para mais de um dia (“para agilizar a prescrição”).

Nos sistemas informatizados, é importante que, ao importar a prescrição do dia anterior, o profissional seja obrigado a validar cada item da prescrição de modo a diminuir a chance de usar um medicamento já suspenso. Ordens verbais acabam não sendo documentadas por falta de senha de acesso ou esquecimento. O medicamento facilmente ficará na prescrição. A prescrição em finais de semana é bastante sensível nesse aspecto.

A prescrição eletrônica com alertas sobre riscos de medicamentos e principais interações medicamentosas representa um grande avanço, mas não há ainda um padrão estabelecido. O que é escrito TEM que ser falado. O que é falado TEM que ser escrito, se houver tempo.

Formas de Codificação

A comunicação no sistema de saúde muitas vezes é assíncrona e ex-temporânea.

Assíncrona é quando a comunicação (transmissão) não ocorre ou não se efetiva ao mesmo tempo ou em fluxo constante. Um exemplo: ao solicitar um material a ser buscado fora da sala de cirurgia, o mensageiro (circulante) transporta a comunicação entre o cirurgião e a farmácia / almoxarifado. Nessa situação, ele não terá respostas imediatas às perguntas que o receptor da mensagem fizer.

Extemporânea é quando a comunicação ocorre fora do período ideal; manifesta-se numa época inapropriada; acontece além do tempo determinado; fora do momento oportuno; impróprio para o tempo ou a circunstância em que ocorre; inoportuno: argumento extemporâneo. É quando a transmissão acontece em um momento muito anterior à recepção. O prontuário médico, com os relatos das internações anteriores, exames (sangue, imagens, etc.), dados de anamnese.

Todo extemporâneo é assíncrono, mas nem todo assíncrono é extemporâneo.

O antônimo de assíncrono é sincrônico. Sinônimos de extemporâneo: precoce, prematuro e temporão.

Antônimos: oportuno e tempestivo.

Outro ponto importante é que a comunicação no sistema de saúde é frequentemente desnivelada. A comunicação entre um determinado profissional de saúde e o paciente tem características próprias. A comunicação sobre a mesma situação com um familiar terá características diferentes. Um exemplo marcante está na obtenção do consentimento informado ou na explicação de uma prescrição de medicamento ou de procedimento.

Muitas vezes, a receita médica pode estar clara para o médico ou o farmacêutico, porém, o paciente pode interpretar de maneira errada. Um exemplo é quando se prescreve um medicamento com várias dosagens disponíveis.

Ao prescrever um comprimido, que pode ter uma dosagem de 1 e 5mg, temos de ser claros. Ao prescrever 2,5mg, dependendo do que estiver disponível, não é adequado partir um comprimido ao meio. A opção de ter dosagens diferentes a cada dia pode ser um fator complicador.. Em pediatria, este pode ser outro fator de graves erros de medicação.

Portanto, é fundamental o desenvolvimento de um sistema de comunicação específico para prescrever, dispensar e administrar qualquer medicamento.

Já existem inúmeros estudos e pesquisas que discutem o tema, porém, a maneira mais simples é criar uma rotina clara com a participação de TODOS os envolvidos no processo de medicação.

Barreiras e Filtros

Barreiras são elementos que impedem ou dificultam a comunicação. Filtros são elementos que modificam a informação.

Barreiras

Podem ser devido a desnível de autoridade. Na medicina, o tratamento do paciente vem passando por inúmeras transformações. A figura do médico (piloto) que tudo podia e fazia vem mudando em todo o mundo. Em vários aspectos, isso foi bom, pois profissionais que dominam técnicas e conhecimentos específicos passaram a atuar de forma mais autônoma. Por outro lado, vêm ocorrendo alguns problemas pela falta de conhecimento mais amplo de alguns destes profissionais. Outros profissionais de saúde podem, devem e buscam interagir

assertivamente, mas pilotos (médicos) devem continuar a fazer seu trabalho específico. A mudança mas complexa na medicina é separar o que é “estar pilotando” do ser o “único piloto”. A “luta” deve estar em cumprir a missão e não de “lutar por conquistar espaço social ou profissional”. Em saúde o caminho será longo e tortuoso, pois estes anseios (alguns totalmente legítimos) com certa frequência se contaminam. O GERHUS ajuda muito nesta discussão.

Os conflitos não são raros. É um fenômeno mundial.

Outro ponto de grande relevância está no financiamento do sistema de saúde. Muitas das decisões da equipe de saúde esbarram na necessidade de autorizações por parte do agente financiador – público ou privado. Nem sempre está clara a real necessidade de uma conduta e o inverso ocorre: a lentidão de se estabelecer a conduta pode levar à incapacitação ou mesmo à morte do paciente.

Os agentes envolvidos devem ter uma eficaz comunicação para evitar o pior.

Surge em alguns a ideia de não haver necessidade de comunicar, pois o profissional acaba agindo isoladamente por ter tantas interfaces que assume que o que fez está claro e nada vai ser modificado. Com um maior número de categorias profissionais atuando na resolução dos problemas do paciente, muitas das vezes determinadas situações fazem parte do conhecimento de apenas parte da equipe. Por exemplo, ao estabelecer uma mudança de uma dieta, o nutricionista não é convidado a opinar. Algumas vezes, ele tem conhecimento de algum fato que pode ser relevante. Por outro lado, o significado de um determinado tipo de dieta é diferente da praticada no outro hospital no qual o médico também atua.

O profissional que vai recolher o prato do paciente na maioria das vezes é chamado para descrever o que ele realmente comeu. Algumas vezes, algum alimento ou líquido extra é solicitado pelo paciente, sendo negado ou liberado pelo copeiro sem haver comunicação do fato. Essa questão aparentemente de pouca importância pode ser grave num paciente diabético ou com intolerância a algum alimento.

Dieta zero para alguns pacientes significa não comer alimentos sólidos. Há inúmeros relatos de broncoaspiração na indução anestésica pelo fato de o paciente ter ingerido água antes de ser levado ao centro cirúrgico. É fundamental explicar que dieta zero significa “não pode beber nem água”. Os acompanhantes, quando houver, devem ser alertados.

Comunicamos apenas em uma direção, sem o devido retorno (feedback). A prescrição de um determinado medicamento passa por uma imensa cadeia de pessoas até o paciente ser efetivamente medicado e sabermos o benefício ou malefício disso.

O papel do farmacêutico clínico é de suma importância para a segurança do paciente no quesito medicação.

Nem todos os hospitais têm farmacêuticos em número ou com a formação clínica necessária. Um medicamento prescrito pelo nome comercial pode eventualmente não ser administrado por simples desconhecimento de equivalentes. Da mesma forma, a percepção de problemas de comunicação não tem um setor para que esses fatos possam ser revistos, e rotinas, aperfeiçoadas.

As reclamações entre setores devem ser substituídas por reuniões de avaliação dos fatos. A qualidade da comunicação e a fluidez dos processos é muito melhor e na maioria das vezes grandes e crônicos problemas são sanados quando os envolvidos expõem profissionalmente suas demandas a um poder moderador conciliador e agregador. Enviamos mensagens confusas ao não fazermos perguntas objetivas. Algumas vezes, profissionais de categorias diferentes não são diretos nas questões. Havendo algo que não conheça ou de que discorde, TODO profissional deve buscar esclarecimento. Percebendo risco maior, deve ser assertivo. Por outro lado, existem

situações em que ele deve refletir sobre a real necessidade da interrupção de uma ação. O GERHUS visa, entre outros aspectos, via estudo de casos, desenvolver a capacidade da equipe se comunicar.. Outras vezes, profissionais da mesma categoria buscam justificar as falhas reclamando. Isto é porque muitas vezes não ouvimos ou lemos com a devida atenção. Diante de consequências negativas, a busca de culpados em geral predomina, deixando de se corrigir falhas subsequentes que terão consequências graves.

Filtros

São vários os tipos de filtros. Podem ser pessoais (relacionados a uma pessoa ou no grupo haver diversas questões diferentes). Outro tipo de filtro está relacionado ao ambiente e à situação na qual a ação está se desenrolando.

Filtros pessoais podem ser por termos uma ideia formada, reação treinada, competirmos, pensarmos em outra coisa, termos pressa, desvalorizarmos a visão dos outros ou estarmos falando ao mesmo tempo. A comunicação deve ser: quando um fala, o outro ouve, responde e expressa sua opinião de forma alternada em busca de entender o objetivo da comunicação.

Filtros situacionais podem ocorrer devido a ruído, distração, uso de gírias ou diferenças de linguagem falada ou escrita, stress, conflitos emocionais de uma ou outra ponta da cadeia de comunicação, fadiga e outros falando ao mesmo tempo – frequente em situações de emergência.

Essa barreira e esses filtros são críticos a todo momento, porém, são estudos sobre erros de medicação. Existem estudos que demonstram ocorrer interrupção em 53% das administrações de medicamentos. Isto leva à falha de procedimento em 12% das administrações. Essas falhas levaram a erros clínicos em 13% dos casos. Elas independem do hospital ou da característica da enfermeira. No total de administrações, ocorreu falha de procedimento pelo menos uma vez, em 74% das vezes. A experiência da enfermeira não foi fator de proteção quanto ao erro clínico e ao aumento nas falhas de procedimento.

Indagação & Saber Ouvir

O profissionalismo é o pressuposto básico. Devemos perguntar se quisermos esclarecer algo ou a opinião de alguém. Caso alguém esteja perguntando, respeite e responda. Devemos entender que cada um está fazendo o seu melhor. Saiba entender o significado de uma pergunta, pois algo pode não ter ficado bem definido. Observe se há uma expressão de uma preocupação, dúvida sobre a sua preferência ou desconforto com a questão abordada. A pergunta não deve ser encarada como confrontação. Em dois terços dos Eventos Adversos, ocorreu falha na comunicação entre os profissionais da equipe de saúde.

Na comunicação efetiva, devemos considerar as perguntas, as respostas e as propostas.

Perguntas podem ser de quatro tipos:

Informação:

Indague sobre itens de informação necessários. Exemplos: “Qual o tamanho do tubo traqueal que você quer?”

“Não basta dizer ‘me dê um tubo traqueal grosso’ ou ‘uma agulha rosa’.” Por outro lado quem não conhece a numeração pedir a “agulha rosa” pode ser a solução naquela situação específica de urgência.

Esclarecimento:

Verifique se houve a compreensão do que foi perguntado e aumente o detalhamento. Exemplos: “Você disse que precisa de mais soro, mas qual tipo de soro? Quantos frascos mais de soro? Quantos litros?”, “A pressão está caindo? Para quanto? Quanto está a pressão agora?”.

Proposta:

Ao perguntar, você pode pedir ou oferecer uma sugestão do que deve ser feito. Do mesmo modo, você pode receber uma sugestão. Lembre-se que a comunicação é um canal com dupla direção. Quanto mais clara for a pergunta, mais chance temos de ser bem-sucedidos.

Não considere uma sugestão uma interferência, mas a busca de uma melhor compreensão. Exemplos:

“Doutor, o que o senhor acha de fazer um raio X para conferir?” “Enfermeira, tem certeza de que não houve contaminação deste cateter?”

Reação:

Pedir por concordância ou discordância de ideia ou fato. Algumas vezes, alguém tem uma percepção diferente do restante da equipe. Nessas situações, a pergunta pode alertar o interlocutor ou mesmo a equipe para uma série de providências a serem tomadas. Caso essa solicitação não lhe pareça adequada, não encare com descortesia. Em certas situações, o que pareceu pouco provável torna-se evidente no decorrer da ação. Não rechaçar a pergunta inicial mas apenas dar sua negação cordial fará com que, quando a situação que você não percebeu for real, o tempo de resposta seja mais rápido.

Exemplos:

“Se continuar sangrando, vamos ter que reoperar, não é?” “Este paciente deverá ser entubado?”

Esses exemplos são frequentes e podem abreviar o tempo de demora para a tomada de decisão. O contexto da ação pode determinar reações bastante distintas. Uma seria que, mesmo o paciente não sangrando a ponto de ser reoperado, pode se decidir transferi-lo para uma unidade hospitalar mais aparelhada. Noutro contexto, podemos não autorizar a transferência pelo risco de, no transporte, haver piora do sangramento e não haver aí um atendimento adequado.

Essas situações formam vivências que tivemos e nos fazem saber hoje da importância em estimular perguntas estruturadas, bem como ensinar o significado de algumas questões levantadas. Algumas vezes, um novato, na saúde ou na aviação, pode ter um questionamento que para ele seria fonte de aprendizado. Esta é sua dimensão, seu mundo. Para o mais experiente, essa pergunta pode ser um importante alerta que ficou esquecido, entre tantas outras situações que o experiente tem que gerenciar.

As respostas também podem ser de quatro tipos:

Apoio:

Concordar com o ponto de vista de alguém. Exemplo: “Ok, tem razão, você ‘tá certo.’”

Discordância embasada:

Discordando de uma solicitação do tipo “favor aumentar a infusão de noradrenalina”. Diante do fato de quem perguntou eventualmente não ter conhecimento de um novo dado, quem vai responder deve buscar ajudar na resposta. Nesse caso, com o paciente em acidose, a resposta à amina será menor e ao responder, deve dar subsídios para que quem ordenou saiba por que sua solicitação não deve ser atendida. “Não dá para aumentar a nora ainda. Vamos primeiro corrigir a acidose.”

Essa discordância embasada deve ser exercitada no GERHUS com exercícios em função do histórico da unidade no qual está sendo administrado. Durante um procedimento cirúrgico, podem estar ocorrendo problemas na anestesia ou na cirurgia e as equipes não estão trocando informações de forma adequada. Como numa compressão por um afastador comprimindo um grande vaso, levando à alteração na dinâmica cardiovascular, se não perguntada especificamente pelo anestesiológista ao cirurgião: “João, o paciente está hipotenso. Será que aquele afastador não está comprimindo a veia cava?”. Do mesmo modo, o cirurgião que encontra dificuldade de manusear as alças intestinais deve perguntar: “Luís, estou tendo dificuldade com o delgado. Será que o paciente não precisa de mais relaxante muscular?”. Algumas vezes, existe uma grande diferença de conhecimento técnico. Quando o profissional supostamente mais experiente ou hierarquicamente superior solicita algo sabidamente inadequado, é importante treinar as pessoas a demonstrar com fatos por que fazer ou não. Na aviação, existem relatos de copilotos que não foram claros em suas respostas, fato este que levou a desastres. Na medicina, principalmente entre categorias profissionais de treinamento diferente, é importante exercitar essas questões para melhorar o dia a dia.

Bloqueio:

Resposta rejeitando a pergunta sem suporte para a resposta.

Exemplos: “Não, tá errado!” ou “Isto é modismo”.

Reação em nível pessoal:

A resposta é raivosa e contra a pessoa que perguntou. Exemplo: “Não, animal, não fez o ATLS, não?” ou do tipo “Tá falando besteira”. Uma resposta do tipo bloqueio ou de nível pessoal é a mais ineficaz para a comunicação e ainda coloca barreiras para futura participação. Não é raro em situações de emergência ou quando a equipe está sob stress ou algum membro encontra-se em fadiga. Deve-se evitar e quando ocorre é importante algum membro buscar uma conciliação, nem que seja afastando temporariamente os opostos. Numa situação de emergência, não devemos abrir mão de todos os recursos humanos disponíveis, pois sabemos que sempre existe a possibilidade de que uma pessoa a mais colabore para solucionar a emergência. O GERHUS serve para alertar que isso pode ocorrer e na maioria das vezes não é por questões pessoais, mas porque a dinâmica do trabalho levou à situação. Temos experiência para afirmar que apenas tomando conhecimento do fato, várias situações de confronto foram evitadas apenas porque um dos profissionais tinha o GERHUS. Tal situação deve ser estimulada também nos exercícios de simulação realística e o debriefing ajuda a fixar o que realmente ocorreu. Diante de uma gravação, fica mais difícil o profissional negar o que realmente falou. O uso adequado das caixas-pretas na aviação ajudaram muito a entender essa dinâmica. Existem também outros quatro tipos de resposta que visam fazer propostas, além de se fixar apenas no que foi indagado. São do

tipo propositivo, construtivo, resumir e dar uma opinião.

Propor:

Expressar uma sugestão ou instrução do que se quer fazer. Exemplo: “Acho que já podemos diminuir a infusão da noradrenalina”.

Construir:

Acrescentar ou modificar a proposta feita por alguém. Exemplo: “Ok, vamos aumentar a PEEP e aumentar a noradrelanina também”.

Resumir:

Faça um resumo dos pontos abordados e acordados. Exemplo: “Ok, eu vou tentar nova passagem da sonda. Se não funcionar, vamos chamar a endoscopia”. Esta talvez seja umas das formas menos utilizadas na prática da saúde e que mais deveria ser. É um modo simples de fazermos uma revisão estruturada do que está sendo realizado.

Ponto de vista:

Nesse caso, é emitida uma opinião. É pouco eficaz e não tem a força necessária para ajudar o trabalho em equipe. É linguagem pouco clara e não faz uso de fatos que estão realmente ocorrendo.

Por exemplo:

Acho que temos que transfundir.

Por mim, dava mais uma bolsa de sangue. Eu preferiria dar soro em vez de sangue.

Comunicação só é efetiva quando completa (a informação relevante) e clara (transmite a informação de modo a ser entendida). Deve ser também breve (comunica concisamente, sem muitas explicações que podem levar ao receptor mais dúvidas que informação relevante) e oportuna (feita no tempo correto, oferece e pede informação no tempo certo, verifica a autenticidade e valida ou reconhece a informação).

Exercício

É importante que o treinamento englobe casos que tenham acontecido na instituição. A escolha dos casos não é simples no começo, pois o que se deseja no GERHUS é uma mudança de cultura.

Os exercícios visam aprender com os erros, mudando a cultura organizacional de encontrar culpados – muito frequente em diversos sistemas. A ideia é “No Blame, No Shame, Remember to Not Forget”, que numa tradução livre seria “não haver acusações ou vergonha do que ocorreu, pois o que se quer é lembrar para não esquecer”.

A utilização de casos antigos cujos participantes não estejam mais na instituição é um começo. É importante não identificar a instituição, os profissionais ou pacientes envolvidos. Outro ponto é escolher situações que ocorrem no dia a dia da instituição e que o histórico desta demonstre a necessidade de aprimoramento. Um hospital que não tenha programa de transplante de órgãos mas que tenha uma unidade de atendimento de trauma pode ter o benefício de discutir casos que envolvam doação de órgãos, por exemplo. A nossa recomendação é começar com casos mais simples, e a experiência do grupo de instrutores em lidar com a análise dos casos vai permitir que casos mais complexos e polêmicos possam ser discutidos.

Perguntas (4 tipos):

Informação: indaga sobre itens de informação necessários. Esclarecimento: verifique a compreensão ou aumente o detalhamento.

Proposta: peça/ofereça uma sugestão do que deve ser feito. Reação: pedir por concordância ou discordância de ideia ou fato.

Respostas (4 tipos):

Apoio: concordar com o ponto de vista de alguém. Discordância embasada: apresentar parâmetros de contra-indicação.

Bloqueio: rejeição sem suporte. (INADEQUADO) Ataque: reação em nível pessoal. (INADEQUADO)

Propostas (4 tipos):

Propor: expressar uma sugestão ou instrução do que se quer fazer (nova ideia).

Construir: acrescentar ou modificar a proposta feita por alguém (aperfeiçoamento).

Resumir: faça um resumo dos pontos abordados e acordados. Ponto de vista: opinião. (Pouco eficaz. Seja mais claro. Use fatos!)

Duração do exercício: 10 minutos

Formam-se os grupos com profissionais de diferentes categorias profissionais. Pelo menos uma deve estar representada, sempre que haja número suficiente. Os grupos não podem ser só de médicos ou só de enfermeiros ou de uma única categoria. Também não podem ser de uma equipe que dá plantão sempre junta. É fundamental ressaltar que os diversos setores da turma estejam representados sempre que possível. Não é produtivo ter diferentes profissionais, mas todos do mesmo setor.

Os grupos não devem ter mais que oito profissionais e deve haver pelo menos quatro grupos. Após o grupo reunido, eles conversam entre si, buscando o consenso. Um dos componentes vai expor o que o grupo decidiu. No próximo exercício, outro representante do grupo deve estar na função de orador. Todos os treinandos devem passar pela atividade. Com certa frequência, verificamos a tentativa de alguns treinandos querendo exercer novamente a função de orador. Em geral, esse profissional exerce liderança sobre o grupo. Por outro lado, há também aqueles que não desejam ser oradores. Ambas as situações ocorrem na vida real e podem ser um grave problema na administração de crises. O instrutor deve ter habilidade para expor essa situação. É importante mostrar para o grupo a questão da necessidade da divisão de tarefas.

Estratégia de Troca de Informação

A SBAR foi inicialmente utilizada pela Marinha dos EUA e posteriormente adotada pelo grupo médico da Kaiser Permanente, no Colorado, após o anestesista Dr. Michael Leonard e seus colaboradores Doug Bonacum e Suzanne Graham, PhD e enfermeiros adaptarem o SBAR para uso no sistema de saúde. Embora o foco primário estivesse na comunicação entre médicos e enfermeiro, o SBAR, pela sua simplicidade e objetividade, deve ser usado em todas as áreas do sistema de saúde (técnicos, atendentes, administrativos, etc.). É importante adaptar as necessidades do tipo e a quantidade de informação de cada setor, sempre com foco na clareza e na objetividade necessária da informação essencial em cada caso.

O SBAR vem do epônimo em inglês: S (situation – situação), B (background – história e exame clínico), A (avaliação) e R (recomendação).

Nesse projeto do GERHUS, chamei o SBAR de PEDIR. Semelhante ao inglês P (problema), E (exame clínico), Di (diagnóstico) e R (recomendação).

Com essa sistematização, o profissional de saúde, em quatro etapas simples, mas claras, mantém uma conversação de forma sistematizada, evitando “pular etapas”.

Exemplo:

O Sr. João apresenta quadro de febre. Problema: Qual a situação do paciente?

Trata-se de um paciente de 70 anos, fumante, que apresenta febre de 38°C e tosse com expectoração há 3 dias.

Exame: Qual o contexto clínico e a história do paciente? Atualmente está dispneico e creio tratar-se de um quadro pul-monar infeccioso.

Diagnóstico: Qual o meu diagnóstico da atual situação – validação – impressão?

Minha impressão é que necessita ser internado, pois mesmo que o RX não mostre um quadro infeccioso grave, ele mora sozinho e haverá dificuldade de controle ambulatorial.

Recomendação: Qual a minha recomendação? O que eu acho que deva ou não deva ser feito.

A técnica de SBAR-PEDIR é uma maneira estruturada de comunicação para os membros da equipe de saúde comentarem a respeito do paciente.

SBAR-PEDIR é fácil de lembrar, concreto mecanismo cuja concepção é útil para qualquer comunicação, especialmente em situações críticas quando há necessidade de imediata atenção e ação. Essa comunicação permite um modo fácil e objetivo para que os membros da equipe definam as expectativas do que vai ser comunicado e como. Uma comunicação estruturada é essencial no desenvolvimento do trabalho em equipe e promove a cultura de segurança (quadro 2-1).

QUADRO 2-1 SBAR – PEDIR

SBAR	
S	situação
B	background - passado exame clínico
A	avaliação
R	recomendação
PEDIR	
P	problema
E	exame clínico
Di	diagnóstico
R	recomendação

BriefingDebriefing

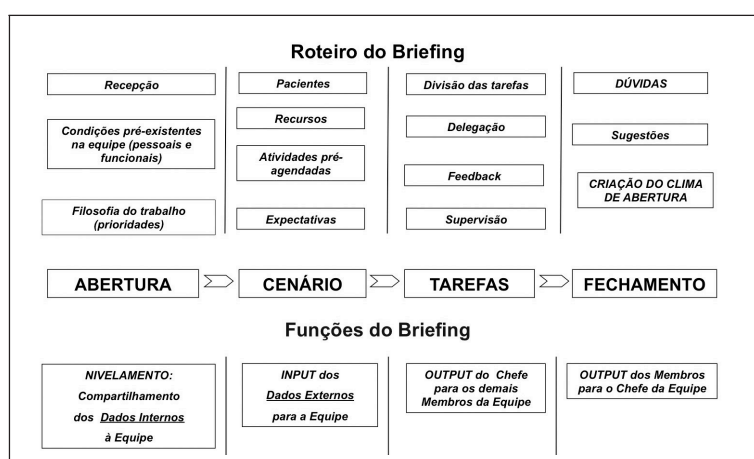
Estratégia para comunicar situações importantes ou críticas. Informa toda equipe simultaneamente das situações previstas na missão, jornada, plantão, cirurgia, etc. Não é um checklist, mas ele faz parte. Alerta para as eventuais anormalidades que possam ocorrer naquela situação. Define o papel de cada um e como obter planos alternativos. Ajuda os membros da equipe a se antecipar aos próximos passos.

No início da missão é o briefing. Após a missão, é feito, de forma semelhante, no sentido inverso: o que e como a missão foi realizada.

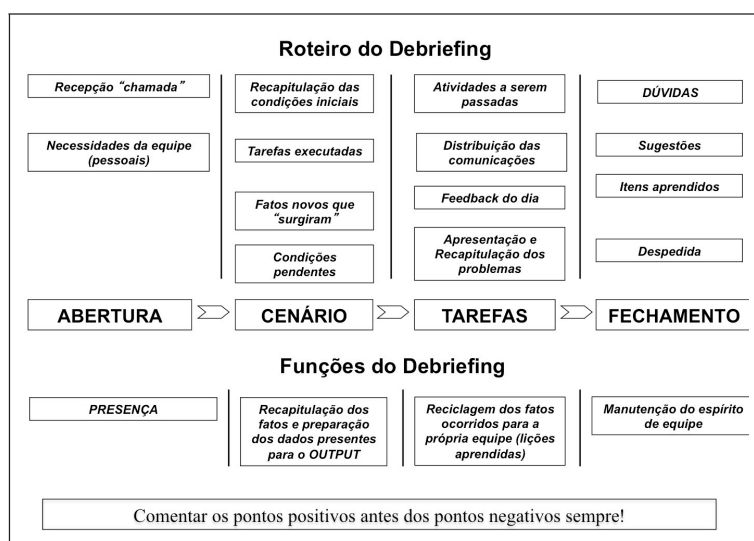
Desenvolva o hábito de realizar briefing e debriefing para cada atividade complexa ou de rotina. Desenvolva a capacidade de dar e receber críticas construtivas. Solicite a crítica dos outros e valorize a opinião de cada um. Estabeleça um clima de abertura nas conversas e dê liberdade para que TODOS se expressem conforme acharem necessário (**Síndrome do Patinho Feio**). Dê o feedback de todas as informações e solicite que todos façam o mesmo.

Abaixo, um roteiro sistematizado de como o GERHUS recomenda (quadros 2-2 e 2-3).

QUADRO 2-2



QUADRO 2-3



A transferência de informação (com autoridade e responsabilidade) na delegação dos cuidados sem perda da continuidade. É a oportunidade para se fazerem perguntas, esclarecer ou confirmar fatos. Utilizamos um mnemônico simples: “Eu passo o bastão” (quadro 4).

QUADRO 2- 4

Eu passo o bastão

E	Eu me apresento
U	
P	Paciente (identificação – localização)
A	Avaliação do paciente (diagnósticos)
S	Situação atual do paciente - contexto
S	Segurança: pontos preocupantes
O	
O	
B	Background – passado (história clínica)
A	Ações realizadas e a serem feitas
S	
T	Tempo (grau de urgência)
A	Autoria (quem é o responsável na equipe de saúde e na família)
O	Opções. Os próximos passos. Alternativas

3- Consciência Situacional

Consciência situacional é a percepção que o indivíduo tem dos elementos do ambiente no qual se encontra por um determinado período, a compreensão do seu significado e a projeção dessa situação para o futuro próximo.

É também um campo de estudo no entendimento do processo de tomada de decisão.

Consciência situacional envolve estar alerta sobre o que está acontecendo ao redor do indivíduo e entender como informações, situações distintas e suas próprias ações irão influenciar em suas metas e seus objetivos no momento em que são tomados e em relação ao futuro. Sua perda ou mesmo uma inadequação (por falha de percepção, por exemplo), mesmo momentâneas, são identificadas como uma das causas primárias de acidentes. Em medicina, como na aviação, é uma constatação.

Cada um tem seu nível próprio de consciência situacional. Esta varia conforme a situação. A consciência situacional da equipe é a soma das consciências situacionais individuais. Cada um sabe um pouco e compartilha o conhecimento, porém, fica limitado pela consciência situacional do tomador das decisões (“chefe da equipe” ou “comandante”), pois é dele a condução do caso. Todos os membros da equipe devem fazer o máximo para alimentar de informações o tomador de forma a aumentar a consciência situacional do grupo. O tomador das decisões deve manter um clima propício para a troca de informações. São vários os fatores que contribuem para diminuir a CS. Inexperiência, stress, transferência negativa (situações “quase iguais”), distração por fatores internos e externos relacionados à pessoa ou à equipe, fadiga, conflitos e complacência. Esta última nada mais é que a predisposição, transformada em atitudes, de aceitar “algo” nos outros que para nós não é o certo, mas, resignada e

passivamente, aceitamos (para sermos agradáveis?). Em medicina, mais que na aviação, esse é um enorme problema.

Teoria da Situação

Figura mental do que está acontecendo: pessoal, equipamento, cirurgia. Teoria da situação adequada e correta: fundamental para a consciência situacional e o processo decisório. É consequência do processo de obtenção da informação e utilização desta última para a tomada de decisão.

Às vezes, equipes experientes e altamente qualificadas cometem erros incompreensíveis: um procedimento erroneamente executado não porque a decisão foi errada, mas porque a visão da situação estava incorreta.

Os Elos de uma Cadeia de Erros

Onze pistas para identificar uma cadeia de erros:

Falha em atingir metas.

Uso de procedimento não documentado.

Descumprimento de procedimento padrão (Procedimento Operacional Padrão – POP).

Violação de mínimos.

Ninguém cuidando.

Ninguém prestando atenção no paciente como um todo.

Comunicação.

Ambiguidade.

Discrepâncias não resolvidas.

Fixação ou preocupação.

Confusão ou sentimento de vazio.

Falha em atingir metas: talvez haja conflito de condutas ou escolhas inadequadas (incapacidade de controle da glicemia ou da dor no pós-operatório; paciente não se alimenta adequadamente).

Descumprimento de procedimento padrão: não cumprimento ou intenção de descumprir procedimentos padronizados.

Violação de mínimos: violação, intencional ou não, das condições e especificações mínimas de operação definidas em regulamentos, diretrizes ou manuais (lavar as mãos por três minutos, conferir pulseira de identificação, início do antibiótico antes da incisão da pele).

Ninguém cuidando: ninguém monitorando a condição atual ou o progresso do paciente (lentidão para iniciar manobra de reanimação, não controlar a glicemia); “cirurgia mental”.

Uso de procedimento não documentado: realizar em condições normais, anormais ou de emergência um ou vários procedimentos não previstos como conduta estabelecida ou consagrada em manual (modificar dosagem quimioterápica ou de outra medicação ou realizar técnica cirúrgica “muito nova” fora de protocolo).

Ninguém prestando atenção no paciente como um todo. A equipe está trabalhando no “piloto automático”, focando nas prioridades individuais, sem considerar a “missão da equipe” (“Tá comigo, tá contigo...”). “ATLS – conserta.”

Comunicação: dificuldade de comunicação entre os membros da equipe (vergonha, melindres, medo...) e/ou comunicações mal compreendidas.

Ambiguidade: quando duas ou mais fontes de informações independentes divergem (instrumentos, manuais, pessoas, reação do paciente que não correspondem a indicações dos monitores ou exames...). Discrepâncias não resolvidas: falha em resolver conflitos de opinião, informações, etc. O fato de alguma coisa não estar acontecendo conforme o esperado é uma boa pista de que a consciência situacional está diminuída.

Fixação ou preocupação: o foco da atenção concentrado apenas num item ou evento, excluindo todos os outros diminui a consciência situacional e pode acontecer como fruto do stress ou da distração (ATLS).

Confusão ou sentimento de vazio: decorrentes de um estado de incerteza ou perplexidade sobre uma situação particular. Pode ser ocasionado por falta de conhecimento ou experiência.

A análise de acidentes na aviação mostra que PELO MENOS quatro desses indícios estão presentes e “são identificáveis” na maioria dos casos.

A maioria de nós acha que mantém uma boa “percepção” da situação a maior parte do tempo. A perda da consciência situacional é gradual, sutil e sorrateira. Raramente é instantânea. Normalmente só nos damos conta de que a perdemos quando algo já saiu errado. Continua liderando as causas dos desastres aéreos (NASA/FAA: fator contribuinte em 65-80% dos acidentes).

Fatores que Diminuem a Consciência Situacional

Stress

O stress é uma resposta adaptativa do corpo às interpretações individuais de mudança no ambiente. Aumenta a percepção e o desempenho, por isso, devemos fugir da “zona de conforto”. Por outro lado, o stress cumulativo (excesso) leva à perda do desempenho.

O Dr. Helmreich em um excelente artigo (Helmreich, R.L., Merritt, A.C., & Wilhelm, J.A. The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *International Journal of Aviation Psychology*, 9 (1), 19-32. 1999), escreveu:

“Pilotos de todas as regiões do mundo têm sido vistos mantendo atitudes não realistas a respeito dos efeitos do stress em suas performances – a maioria sente, p. ex., que um verdadeiro piloto profissional consegue deixar problemas pessoais para trás enquanto voa e que a sua habilidade de tomada de decisão é a mesma em emergências e em operação normal. Essa atitude de invulnerabilidade pessoal é um componente negativo da cultura profissional de pilotos e médicos.

O treinamento demonstrou que essas crenças são errôneas e super-confiantes. Cada indivíduo é sujeito ao stress e pode adotar atitudes mais realistas pela redução do ônus relativo à vulnerabilidade pessoal. Por outro lado, pilotos que reconhecem a degradação da performance associada com o stress se tornam mais dispostos a abraçar o treinamento de CRM com uma contramedida essencial.”

A Curva do Stress de Holmes e Rahe mostra que tanto a ausência de stress (“zona do conforto”) como o excesso dele (podendo chegar ao pânico) levam a uma piora no desempenho. Isso acontece tanto no curto como no longo prazo. Instituições que se acomodam por serem “tranquilas” estão muito mais sujeitas a graves consequências em situações de crise. Por outro lado, o excesso de pressão pode levar a desastres em equipes ou instituições com alta performance.

Inexperiência

Pode contribuir para o stress interno gerando insegurança e dúvida. Pode diminuir a aceitação da opinião de algum

membro da equipe pelos outros (dúvida do conhecimento). Transferência negativa – utilização de conhecimentos “parecidos”, porém, não compatíveis entre situações e pacientes diferentes (com patologias “iguais”).

Distração

Fatores internos pessoais (levamos problemas de casa para o trabalho e vice-versa). Mas existem os fatores externos, que poderiam ser evitados com maior rigidez operacional. Não devem, mas acabam mudando o enfoque da equipe. Exemplo: na diminuição da diurese abrupta, a primeira medida é verificar se está anotada corretamente e, caso exista um sistema coletor, se ele está dobrado. Num paciente anestesiado, a sonda pode ter dobrado parcialmente e obstruído por algum fator mecânico não visível com facilidade. Telefone em sala de cirurgia. Nível de ruído em certos locais do hospital (CTI, Centro Cirúrgico e Emergência) decorrente de conversas ou alarmes que tocam sem serem verificados é absurdo. A primeira atitude ao ouvir o som - quase sempre iguais - os profissionais desligam o alarme. Em geral existe uma troca de olhar pra definir quem é “o dono do aparelho que está NOVAMENTE tocando”. Após desligar o som aí é que se vai verificar o que pode estar ocorrendo. Nos aviões os alarmes têm som, luz e falam. Alertam os profissionais da cabine o que pode estar ocorrendo. Ninguém pode desligar o alarme numa emergência. Se o problema for solucionado ele vai parar de “alarmar”. Para isto que foi inventado. Não há razão lógica para que os aparelhos em medicina tenham o mesmo som e não tenham alarmes luminosos e processador de voz. Por outro lado os profissionais de saúde precisam aprender a interagir diante do significado do alarme.

Conflito Interpessoal

Em um confronto, aumentam as discordâncias e a emoção. Quanto mais irritados ficamos, mais discordamos. É preciso reduzir a emoção e racionalizar a ação.

Fadiga

Procedimentos de grande duração e plantões seguidos são incompatíveis. Ficar 36 horas acordado, mesmo com forças especiais, diminui enormemente a capacidade de tomar decisões corretas. Simples operações aritméticas de subtração não são realizadas adequadamente após 24 de privação de sono. Dormir menos de quatro horas seguidas por uma semana leva a um déficit cognitivo importante, apesar da capacidade física ser menos afetada. Isso leva à fadiga crônica com consequências. Além disso, o ruído, a falta ou o excesso de luminosidade, calor, frio excessivo e alimentação inadequada interferem na capacidade do profissional.

Complacência

Automação dos sistemas (bombas de infusão, monitor de BISS que “garante” o plano anestésico correto) de alguma forma acaba levando o profissional a considerar apenas o que a “máquina” aponta. O profissional tem de ficar atento ao fato de que esses sistemas são auxiliares e complementares. Perde-se um tempo enorme tentando entender o que o aparelho quer indicar em vez de tratar o que o paciente pode estar apresentando clinicamente. O homem, que deve comandar a máquina e não a máquina comandar o homem. Nas ocasiões em que isto é o mais adequado, deve-se excluir o homem neste cenário operacional. Nesta situação o homem deve atuar no nível estratégico ou tático.

São mais frequentes as apresentações incomuns de fatos comuns, do que situações raras. O mais frequente ocorre

mais vezes. Diante de uma incerteza, buscar alternativas “inovadoras” acontece e é uma prática recorrente. Os checklists são grandes auxiliares nessas situações, para evitar erros relacionados a memória.

4 – Referências

- Botsaris, A. Sem Anestesia. O Desabafo de um Médico. Rio de Janeiro: Ed Objetiva. 2001.
- Guarischi A, Koeller F – GERHUS, Safety, 2014
- Guarischi, A. Erro humano com Marcia Peltier. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=dnH6JuSAJaM>>.
- Helmreich, R.L.; Wilhelm, J.A. Outcomes of Crew Resource Management Training. International Journal of Aviation Psychology, v. 1, n. 4, p. 287-300, 1991.
- Reason J. Human Error. New York: Cambridge University Press. 1990.
- Wiener, E.L. et al. 1993, Cockpit Resource Management. San Diego: Academic Press.