

A PRESENÇA DO ERRO HUMANO EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

LEDA PAES WALCKER,
EUGÊNIO ANDRÉ DIAZ MERINO
UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA,
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, BRASIL
LEDA@FAG.EDU.BR

1. Introdução

Em geral quando estuda-se o funcionamento de sistemas produtivos, tem-se o fator humano como causa de problemas e geração de erros, porém é impossível planejar os sistemas sem o fator humano.

A literatura relata que no estudo do erro humano, é necessário ações específicas voltadas a considerar os elementos que mais contribuem para a geração do erro, são eles: circunstâncias ambientais e natureza da tarefa, natureza do indivíduo e mecanismos que controlam os resultados da ação do indivíduo (REASON, 2002).

O objeto de estudo deste trabalho é o erro humano que resulta da ação de pensar e transcrever as normas e portarias que controlam o processo produtivo de um centro de reabilitação e conseqüentemente afeta o produto, no caso, a prótese que o usuário do centro recebe e também o processo de reabilitação.

De acordo com o artigo 23, capítulo II da Constituição Federal de 1988, que determina a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências no Sistema Único de Saúde, de forma articulada entre os três níveis de governo, na perspectiva da universalização e integralidade da assistência e da descentralização das ações.

Nas últimas décadas, ações específicas destinadas às pessoas portadoras de deficiência vêm aumentando em todo mundo. São crescentes as preocupações das classes técnicas e políticas em melhorar a integração social do portador de deficiência, com uma participação mais ativa da sociedade em geral. Fugindo da postura meramente assistencialista, várias medidas em várias áreas, inclusive na assistência a saúde, são realizadas no intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência (GOVERNO DO PARANÁ, 2005).

A Organização Mundial da Saúde, 1997, estimou que cerca de dez por cento da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam dezesseis milhões de pessoas portadoras de deficiência.

É de competência das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física ofertar atendimento amplo na área de saúde aos portadores de deficiência física referendados pelo Sistema Único de Saúde desde o seu diagnóstico até a sua integração social, com atuação de equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada em reabilitação física (motora e sensório motora) com a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento da dispensação das Órteses, Próteses e/ou Meios Auxiliares de Locomoção (OPMAL) (GOVERNO DO PARANÁ, 2005).

A integralidade no atendimento prevista pelo Sistema Único de Saúde - SUS organiza a assistência à saúde em vários níveis de assistência com diferentes graus de complexidade: Atenção Básica à Saúde, Saúde da Família, Núcleos de Saúde Integral, Serviço de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, Serviço de Referência Física – Nível Intermediário, Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado (GOVERNO DO PARANÁ, 2005).

Os diversos níveis de assistência à saúde, funcionam como um sistema produtivo. O presente trabalho terá como objeto de estudo o nível Intermediário ou Serviço de Referência

Física e o nível de alta complexidade ambulatorial ou Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, que atendem a demanda pré determinada vinda das regionais de saúde. São sistemas produtivos, que trabalham com um teto financeiro mensal, para a dispensação de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção ao usuário com deficiência física.

Segundo Johnstone (2006), os cuidados em saúde, para reduzir o erro humano precisam ser melhorados.

Rennie et al (2007), relataram que para a diminuição do erro humano é muito importante a orientação e treinamento aos profissionais da saúde.

McIlvaine (2006), descreveu o impacto trágico do erro humano nos cuidados em saúde nos Estados Unidos.

O processo produtivo de um centro de reabilitação se dá da seguinte forma: O usuário do centro vem à partir de um encaminhamento de um outro serviço de reabilitação, passa por uma avaliação com a equipe multidisciplinar, composta de médico fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Existem os casos em que o usuário necessita apenas da reabilitação com a equipe, em outros casos o usuário necessita, além da reabilitação; de uma órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (opml). Dando seqüência ao processo produtivo, tem-se que as órteses e próteses serão confeccionadas em oficinas próprias dos centros ou terceirizadas e os meios auxiliares de locomoção geralmente são adquiridos de outras empresas, que já produzem em quantidades maiores, possibilitando menores custos. A equipe multidisciplinar faz a solicitação da opml, registra a solicitação em um laudo impresso. À partir da autorização do laudo, o centro deverá agendar data para o usuário realizar as medidas ou moldes, das órteses e próteses, bem como dos meios auxiliares de locomoção.

Esse sistema produtivo, seria perfeito, se não houvesse a presença intencional ou não do erro humano. O erro começa no valor de teto financeiro mensal que fica muito aquém da demanda de regionais que são assistidas pelo centro de alta complexidade em medicina física e reabilitação, principalmente no que diz respeito às próteses e meios auxiliares de locomoção (cadeiras para transporte). É necessário selecionar uma determinada quantidade de pacientes para serem atendidos, pois o teto não permite o pronto atendimento a todos que tem a necessidade. Outro problema, gerado pela portaria que discrimina os itens que serão entregues, é a não contemplação de itens, de acordo com a necessidade de cada usuário, de forma que todos não sejam tratados da mesma forma, não levando-se em consideração as particularidades de cada doença e usuário(MANUAL OPMAL, 2005).

Para o sucesso deste sistema produtivo faz-se necessário que o sistema único de saúde (SUS) credencie para o atendimento do usuário, um centro de reabilitação, que tenha uma equipe multidisciplinar adequada, bem como a infra estrutura. Em contrapartida o SUS deverá oferecer ao centro uma disponibilidade de teto financeiro disponibilizado em portarias e normas adequadas às necessidades e demanda dos usuários.

De acordo com Paladini (2004), a abordagem centrada no usuário preocupa-se com estética e conveniência. A abordagem centrada no produto, se fixa em aspectos como desempenho e durabilidade; já a abordagem centrada na fabricação, se fixa em confiabilidade e conformidade, ressaltando assim, a importância da análise global, ampliando a responsabilidade da qualidade para todos os que desenvolvem alguma ação no processo produtivo.

A necessidade de normas regulamentadoras, compatíveis com as necessidades e particularidades dos usuários do sistema único de saúde, é fundamental para o sucesso do processo de reabilitar.

As leis e portarias ressaltam o direito, das pessoas portadoras de deficiência física, a oportunidades idênticas as dos demais cidadãos; bem como o de usufruir; em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Cabe aos gestores do sistema único de saúde, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito de reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cabe promover a observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e assistirem pessoas portadoras de deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Pode sugerir-se que se existem problemas na formulação das normas regulamentadoras, mesmo supervisionadas, as instituições de reabilitação poderão ter problemas.

Com base nesses dados, esse trabalho tem por objetivo identificar a percepção dos usuários do SUS em relação à prótese recebida pelo centro de reabilitação da FAG, para a verificação de como está a dispensação de próteses, bem como a reabilitação dos usuários.

Para Almeida e Baumecker (2005), o erro humano, sobretudo aquele que ocorre na proximidade do desfecho de incidentes e acidentes, deve ser compreendido como sinal da existência de problemas mais importantes, presentes na história do sistema. Os erros anunciam a existência potencial de eventos adversos, em especial acidentes, incidentes ou desastres incubados no sistema. E se eles não forem adequadamente valorizados e analisados esses eventos podem realizar seu potencial.

Para Johnson (1999), o erro humano é inevitável, não pode ser previsto e a sua prevenção é muito cara.

2. Metodologia

Pesquisa qualitativa, quantitativa e subjetiva, possuindo características de usuários protetizados, com pesquisa de campo de forma direta, explicativa, de corte transversal e coleta de dados participativa. O estudo teve como objetivo verificar a percepção dos usuários em relação às próteses recebidas do Centro de Reabilitação da FAG, considerando a influência do erro humano.

A pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação FAG, na cidade de Cascavel, entre os dias 18/04/2008 à 30/06/2008, sendo os entrevistados 51 usuários protetizados, que receberam suas próteses do Centro de Reabilitação da FAG, escolhidos aleatoriamente. A amostra foi composta de usuários que fazem uso da prótese, e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: usuários que receberam próteses do Centro de Reabilitação da FAG e estão em adaptação ao seu uso, os critérios de exclusão foram usuários que não estão utilizando a prótese.

A coleta de dados foi feita através de um questionário, composto por dezesseis questões, elaboradas pela pesquisadora responsável.

3. Resultados e Discussão

Nesse estudo verificou-se que dos 51 usuários que participaram da amostra, 76% são do sexo masculino, e 24% do sexo feminino. Verificou-se também que 100% dos usuários que participaram da amostra têm amputações de membro inferior e unilateral.

Segundo Ritsuko, 2007 no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo no período de 1999 a 2003 verificou-se que, 92,4% dos pacientes tem amputação nos membros inferiores, que é semelhante ao resultado encontrado em nossa pesquisa.

Em nosso estudo foi verificado o processo de adaptação dos usuários à prótese, observou-se que, 75% dos usuários relataram ter realizado o processo adequadamente e 25% não realizaram o processo de adaptação.

No estudo realizado por Cassefo e cols.2003, que analisou o perfil epidemiológico de pacientes amputados do Lar Escola São Francisco, verificou-se que, o tempo médio de treino pré-protético foi de 6,7 meses e de treino protético foi de 4,8 meses e o tempo médio de alta do

centro de reabilitação foi de 13 meses para amputados transfemorais e 11 meses para amputados transtibiais.

Em nosso estudo verificou-se ainda que dos usuários que receberam a prótese 67% continuaram a fazer reabilitação na FAG, e 33% não continuaram, e dos usuários que fizeram o processo de adaptação à prótese, 54,9% continuaram a fazer a reabilitação.

Na pesquisa feita por Cassefo e cols.2003, onde analisou-se o perfil epidemiológico de 262 pacientes amputados,foi verificado que 32,4%dos pacientes abandonaram a reabilitação,o que é semelhante aos resultados do nosso trabalho.

No presente estudo verificou-se que, dos 51 usuários da amostra 67% relataram estar adaptados à prótese e 33% relataram não estar adaptados. Associando-se as questões do processo de adaptação e usuários que já estão adaptados a prótese, mostrou-se que é significativo o número de usuários que fizeram o processo de adaptação a prótese e adaptaram-se a mesma (56,9 % e $p=0,00$).

Segundo Baraúna e cols.2006, após a amputação a utilização de uma prótese oferece uma imagem corporal normal, ajudando o individuo a desenvolver maior confiança e habilidades físicas e melhorando a sua qualidade de vida.

Segundo a Abotec (Associação Brasileira da Ortopedia técnica), 60% dos pacientes abandonam as próteses de uso externo, principalmente a de braço e pernas, porque não se adaptam a elas. (COLUCCI, 2008).

Segundo Ritsuko, 2007 *apud* Gauthier-Gagnon *et.al*,1998 avaliaram 396 pacientes com amputação unilateral de membro inferior,o resultado revelou que 85% dos pacientes usavam a prótese semanalmente,dos quais 53% para as atividades dentro de casa e 64% para as atividades fora de casa,15% dos entrevistados não estavam usando a prótese.A adaptação a prótese foram correlacionados ao uso ativo da prótese dentro e fora de casa.

Em estudo realizado por Luccia e cols.1985 onde os autores avaliaram 51 pacientes amputados por doença arterial periférica, mostrou que 88%, dos pacientes alcançaram a marcha com prótese após a reabilitação, o que foi considerado uma reabilitação de sucesso pelos autores.

Em outro trabalho feito por Chamlian e cols.2007 que observou os fatores preditivos na aquisição de marcha com prótese, foram avaliados 40 pacientes amputados e protetizados unilateralmente, atendidos na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Dos pacientes 60% adquiriram marcha funcional com prótese e 40% dos pacientes não adquiriram marcha funcional com prótese.

No presente estudo obteve-se que dos 51 usuários entrevistados, 61% relataram que a prótese que recebeu está adequada, e 39% que não estava adequada. Não estar adequado segundo o relato dos usuários significou que a prótese estava machucando, o encaixe estava inadequado, estando a prótese frouxa, curta, apertada ou que a prótese poderia ser mais leve.

Em trabalho realizado por Guarino e cols. 2007, sobre o retorno ao trabalho em amputados de membros inferiores, verificou-se que 35,9%, relataram ter problemas de adaptação à prótese e conforto com a mesma.Resultado que é compatível com a da nossa pesquisa.

Em trabalho realizado por Chan e Tan 2001, sobre o uso da prótese em amputados idosos, foi aplicado um questionário e constatado que 30% não se adaptaram ao uso da prótese, em razão ao encaixe inadequado, frouxo, úlceras de pressão e fatores psicológicos. Comparando esses estudos com o presente trabalho, foi possível observar que os principais problemas relatados por amputados na adequação da prótese, são distúrbios sensoriais e fatores relacionados ao encaixe inadequado da prótese.

Nesse trabalho também foi analisado o uso diário da prótese, 78% dos usuários relataram usar a prótese todos os dias e 22% não a usavam diariamente. Ainda obteve-se que 82% dos usuários realizavam suas AVD'S com a prótese e 18% não realizavam.

Em estudo feito por Ritsuko, 2007 *apud* JONES et al.1993, foram entrevistados 52 pacientes amputados com pelo menos um ano após a alta e verificou-se que 94% destas

peças usavam a prótese, das quais 72% todos os dias. Resultado que vai de encontro com a da nossa pesquisa.

Hagberg e Branemark, 2005, avaliaram 97 pacientes com amputação transfemural, 95% dos pacientes usavam próteses e 82% usavam a prótese diariamente.

Segundo Benedetto no momento em que o paciente amputado incorpora a prótese ao seu esquema corporal, passa a usá-la de forma automática, portanto muito mais efetiva, o que auxilia o processo de reabilitação.

Debastiani, 2005 avaliou 6 amputados de membros inferiores protetizados e reabilitados, sobre o equilíbrio e funcionalidade, e constatou que 76% dos entrevistados relataram realizar suas AVD'S com a prótese.

No presente estudo verificou-se a opinião dos usuários sobre o centro de reabilitação da FAG, 61% dos usuários relataram que o centro de reabilitação da FAG é bom, 33% que é ótimo e 6% que disseram ser regular.

No gráfico que segue, foi analisada a percepção que os usuários tem da sua prótese, as alternativas foram: ruim, regular, boa e ótima. Da amostra obteve-se que 4% dos usuários relataram que a prótese é ruim, 24% que é regular, 62% consideraram que a prótese é boa e 10% qualificaram a prótese como ótima.

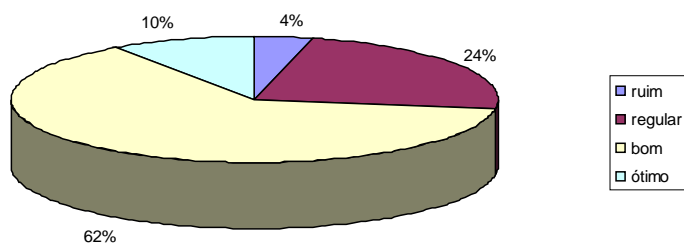


Gráfico 1 . Como o usuário qualifica sua prótese

O bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência privada, suas medidas incluem tanto avaliação global, quanto avaliações particulares referenciadas a domínios, tais como saúde física e cognitiva, relações sociais, relações familiares e espiritualidade. (CROSARA, 2007).

Avaliando o bem estar – subjetivo dos usuários em relação à prótese, os entrevistados optaram por uma das alternativas respectivamente. Em relação à prótese recebida você está feliz, 24% escolheram essa alternativa, está satisfeito com a prótese 16%, está decepcionado 0%, acha que a prótese poderia ser melhor 29%, a prótese é ótima e superou as expectativas 12%, a prótese é péssima 2% e outro 18%, que na maioria são usuários que relataram que a prótese boa.

Em trabalho realizado por Diogo, 2003 onde avaliou-se a satisfação global com a vida, pelo índice de Barthel, foram selecionados 40 idosos com amputação de membros inferiores atendidos no hospital universitário de Campinas, São Paulo. Os resultados obtidos mostraram que os participantes da pesquisa apresentaram elevado nível de satisfação global com a vida (média de 7,1; mediana de 7, 5, e desvio padrão de 2,73).

4. Considerações Finais

De acordo com o estudo realizado, podemos concluir que existem pacientes satisfeitos com a prótese recebida, mas 28% dos usuários consideram sua prótese ruim ou regular e 29% acham que sua prótese poderia ser melhor. Quando questionado em relação à prótese estar ou não adequada obtivemos que não estar adequado segundo o relato dos usuários significou que

a prótese estava machucando, o encaixe estava inadequado, estando a prótese frouxa, curta, apertada ou que a prótese poderia ser mais leve. Tudo isso depende, em parte, de que as portarias ofereçam mais possibilidades de componentes, para maior conforto às próteses, que elas possam ser confeccionadas de forma a atender à individualidade de cada usuário. Podemos concluir que o erro humano presente nas portarias podem estar afetando a opinião e satisfação do usuário, interferindo no processo de reabilitação.

Referências

- ALMEIDA, I. M.; BAUMECKER, I. C.. Guia de campo para a análise de erros humanos. Botucatu, 2005.
- BARAÚNA, M.A; DUARTE, F; SANCHEZ, H.M; CANTO, R.S.T; MALUSÁ,S; CAMPELO SILVA,C.D; VENTURA SILVA,R.A, Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada,Revista Brasileira de Fisioterapia 10 (1):83-90,2006.
- BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- CASSEFO, VALÉRIA, NACARATTO, D.C, CHAMLIAN, T.R,Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco - estudo comparativo de 3 períodos diferentes,Revista Acta Fisiátrica 10(2):67-71,2003.
- CLIZZOTTI, A.. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- CHAMLIAN,T.R; MELO OLIVEIRA,A.C;Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores,Revista Acta Fisiátrica 15 (1):49-58,2008 .
- CHAN,K.M;TAN,E.S, Use of lower limb prosthesis among elderly amputees Annals of the Academy of Medicine, Singapore,2001.Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2130743> .
- CROSARA, M.R; BOAVENTURA, C.P, C; PORTELA,A.S; JACÓ,S.S; Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros,Revista Ciências e Cognição 10 (4) 167-177,2007.
- DEBASTIANI, J.C.Avaliação do equilíbrio e funcionalidade de indivíduos amputados de membro inferior protetizados e reabilitados. 2005. Dissertação(Bacharel em Fisioterapia)- Universidade Estadual do Oeste do Paraná,Cascavel .
- DIOGO,M.J.D.Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputações de membros inferiores,Revista Panamerica de Salud Pública 13 (6),2003.Disponível em: www.scielo.org.
- GOVERNO DO PARANÁ. Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba, 2005.
- GUARINO,P;CHAMLIAN,T.R;MASIERO,D,Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores,Revista Acta Fisiátrica 14 (2):100-103,2007.
- HAGBERG,K;BRANEMARK,R, Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems,Revista Prosthetics and orthotics international 25(3):186-94,2005.
- JOHNSON, C.. Why human error modeling has failed to help systems development. Interacting with Computers. Oxford : Elsevier. V. 11, n.6, p. 517-524, jul.1999.
- JOHNSTONE, J.M. Patient safety and human error management in ED contexts. Part II: Accountability and the challenge to change. Australasian Emergency Journal, v10,p80-85, 2007.
- LUCCIA,N.P; GUEDES,M.A.B,SEILER,M.C; ALBERS,M.C,VILLA,M. Reabilitação em doentes amputados por doença arterial periférica, Revista Cirurgia vascular e angiologia 1(2):29-33, 1985.
- MCILVAINE, W.B.. Human error and its impact on anesthesiology. Seminars its in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain, v.25, p.172-179,2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificación internacional de las deficiências actividades e participacion: um manual de lãs dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento. Genebra.1997.

PALADINI, E. P.. Gestão da qualidade : teoria e prática. 2ed. São Paulo: Atlas, 2004.

REASON, J.. Human Error. New York: Cambridge University Press. 2002.

RENNIE,W.; PHETERSOUVAH R.; LUPISAN S.; VANISAVETH V.; HONGVANTHONG B.; PHOMPIDA S.; ALDAY P.; FULACHE M.; LUMAGUI R.; JORGENSEN P.; BELL D.; HARVEY S.. Minimising human error in malaria rapid diagnosis: clarity worker performance. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, v.101,p.9-18, 2007.

RITSUKO, E.O. K.Validação para a língua portuguesa do *Functional Measure for Amputees Questionnaire(FMA)*.2007.Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Medicina,Universidade de São Paulo,São Paulo.