

Este artigo surge com a intenção de explicitar duas ideias relativamente inovadoras: a perspectiva da gestão do risco a partir da ética e a concepção de «cuidados seguros», articulando o Princípio da Responsabilidade, prevenção e precaução com as actuais tendências do pensamento sobre a segurança dos e nos cuidados.

### ENQUADRAMENTO

Por um lado, percebe-se, facilmente, que tudo na vida está associado a alguma possibilidade de risco. Por outro lado, a abordagem do risco pode parecer enganadoramente simples, até porque qualquer pessoa compreende o que são riscos pessoais. Uma definição típica poderia ser "*a possibilidade de algo prejudicial ou desagradável poder acontecer-me*".

Quer se trate do risco de voar, de perder dinheiro num negócio arriscado ou de aceitar uma cirurgia, a maioria das pessoas aceita o significado da palavra "risco" sem pensar duas vezes. No entanto, quando investigamos o que se considera **risco**, encontramos definições contraditórias - e quando os cidadãos comuns falam de risco, pode existir um entendimento muito diferente daquilo que os peritos consideram como risco.

Até porque o risco calcula-se - existe um processo quantitativo associado. Dizem os teóricos que a primeira etapa é a *percepção do risco*, a identificação do que possa ser considerado uma possível ameaça ou perigo. A segunda fase é a *determinação do risco*, que exige processos matemáticos meticulosos, ligados a probabilidades de ocorrência... na fase final, tidas em conta as incertezas e as estimativas, estabelece-se um número ou "nível de segurança" baseado na determinação do risco, que será o autorizado pelas agências nos seus regulamentos.

A **gestão do risco** só começa agora, quando se definem as acções que os gestores consideram necessárias para reduzir ou para evitar o risco. Por exemplo, constituem estratégias de gestão do risco: colocar grades em volta de contentores usados para armazenamento de químicos ou das garrafas de oxigénio, proibir fumar em bombas de

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta e Responsável da Área Disciplinar de Enfermagem na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Doutorada em Filosofia, área da ética filosófica. Mestre em Ciências de Enfermagem e em História Cultural e Política. Investigadora na UI&DE Lisboa. Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

gasolina, utilizar detectores de substâncias químicas ligados a alarmes e ensinar o que fazer quando se ouve uma sirene de aviso.

Aqui, enxertaria ainda dois pontos a que vale a pena, profissionalmente, estar atento. Um, diria que é importante saber que a forma como se expressa um determinado risco pode influenciar a percepção que o doente ou o público tem dele. Por exemplo, dizer a uma pessoa que existe uma probabilidade de sobrevivência de 97% a um procedimento arriscado tem um nível de aceitação diferente do que dizer-lhes que existe uma probabilidade de 3% de poderem morrer. Se os profissionais dos cuidados de saúde quiserem ser exaustivos ao falar de riscos clínicos a pessoas fora da profissão, é melhor verificarem os métodos de expressão (declarando tanto as probabilidades positivas como as negativas) e faria notar que, como afirmou Bernard Shaw, *qualquer profissão é uma conspiração contra os leigos*. Até pela forma como falamos, por exemplo, dos riscos. Em segundo, vale a pena ter em conta a psicologia das pessoas que se expõem regularmente a grandes riscos. Os pilotos de ensaio, os montanhistas e os mergulhadores de profundidades fazem coisas que a maioria de nós consideraria muito arriscadas. No entanto, quando se fala com eles, dizem que não encaram o que fazem como  *muito arriscado*. Em vez disso, afirmam que se sentem tão conscientes dos riscos envolvidos que podem controlar todas as variáveis possíveis e, ao fazê-lo, acreditam que as suas actividades são tão seguras como aquelas que qualquer de nós desempenha no dia a dia. Dito de outra forma, utilizam o conhecimento e a prontidão na acção como escudos contra os riscos a que se expõem voluntariamente.

## **EM TORNO DA PROBABILIDADE E DO CONHECIMENTO**

Para complicar um pouco mais esta compreensão prévia dos riscos, devemos ter presente que não só pessoas diferentes avaliam riscos de forma diversa como a mesma pessoa provavelmente avaliará diferentemente um determinado risco em diferentes períodos da sua vida (e até de acordo com as experiências que viveu ou viu viver à sua volta). E isto é relevante, por exemplo, para as campanhas de segurança e de saúde pública.

Ademais, nós, profissionais, reconhecemos que é característico do risco não ser absoluto mas sim **probabilístico**. Muitas vezes este facto é, de certa forma, ocultado ou menosprezado. Há (ou pode haver) a tentação de simplificar e de actuar como se existisse uma demarcação nítida daquilo que é "seguro".

Por exemplo: por razões práticas, os agentes reguladores decidem qual é o nível de radiação potencialmente perigosa que poderão autorizar (e a partir da qual se *interpretam* os dosímetros) e esta decisão acaba por reforçar a imagem de que existe na verdade qualquer coisa como um “risco zero real”, o que não é verdade. Mais, qualquer coisa se pode tornar não segura quando realizada em circunstâncias muito invulgares ou podem existir circunstâncias singulares que, quando actuam em conjunto, tornam fatais mesmo nas coisas entendidas como “seguras”. Para abreviar a ideia, muitas coisas são definidas como “seguras” quando, na realidade, só são seguras para um nível de risco calculado que é muito, muito baixo.

Contudo, **os riscos existem de facto** e essa realidade raramente é discutida até porque se fala como se pudéssemos assegurar que a sociedade em que vivemos é completamente segura. Na prática, a maioria dos riscos cuja probabilidade é inferior a 1 em um milhão raramente são sujeitos a regulamentação em qualquer país ocidental - e costume afirmar que «um em um milhão» acontece a alguém.

O risco esteve, por influência da economia e da estatística, precocemente associado a uma probabilidade objectiva, fundada sobre a ocorrência de eventos aleatórios numa certa realidade. Por isso se distingue entre riscos prováveis, previsíveis ou possíveis e se diferenciam os potenciais, os incertos, que se ligam à ignorância científica sobre o assunto. Neste entendimento, pode usar-se a claramente a fórmula que liga a prevenção ao conhecimento sobre o risco e a precaução à incerteza<sup>2</sup>.

## RESPONSABILIDADE E PRECAUÇÃO

O princípio de precaução surgiu em filiação directa ao princípio da responsabilidade de Hans Jonas, sendo paradigmática a sua admoestação a agir “de modo que os efeitos da tua acção não sejam destruidores da possibilidade da vida humana na terra”<sup>3</sup>.

A libertação prometaica a que a ciência conferiu hoje uma força insuspeita, reclama uma ética que, “por entraves livremente consentidos, impeça o poder do homem de se tornar uma maldição”<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Por exemplo, a decisão do Parlamento Europeu, a 12 de Abril de 2000, que autorizou a cultura confinada de plantas transgénicas é uma decisão tomada em contexto de incerteza. Inscreve-se num processo de decisão sequencial que se ajusta aos conhecimentos do momento. Ou seja, pode equacionar-se que das decisões hoje tomadas decorre melhoria dos conhecimentos para amanhã, num sentido inverso ao conhecer primeiro.

<sup>3</sup> JONAS, Hans – *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. 3<sup>a</sup> ed. (Das Prinzip Verantwortung, 1979). Traduit de l’allemand par Jean Greisch. Paris : Flammarion, 1995.

<sup>4</sup> Cf. JONAS, *Le Principe Responsabilité*, p. 47 (“Le Prométhée définitivement déchaîné, auquel la science confère des forces jamais encore connues et à l’économie son impulsion effrénée, réclame une éthique qui,

Existe um imperativo ético que, recusando tanto ostracizar como endeusar a ciência e a técnica, pretende redimensionar a visão para a relação do ser humano com a natureza. Há orientação para uma ética alargada, da responsabilidade humana face ao ambiente, em que se delimitem “entraves”, ou melhor, limites livremente consentidos.

A vulnerabilidade da natureza face à tecnociência levanta a necessidade de um saber previsional e da protecção da vida, remetendo-nos para “um futuro real previsível como dimensão aberta da nossa responsabilidade”<sup>5</sup>. E isto limita necessariamente a nossa liberdade.

Acresce que deixamos de estar perante o esquema tradicional da responsabilidade ligado ao passado e à imputabilidade da falta. É preciso considerar as consequências longínquas *para diante*. Acrescenta-se, por via da relação entre a responsabilidade e o perigo para a humanidade por-vir, um traço de distinção com a imputabilidade - “considera-se responsável, sente-se efectivamente responsável, aquele a quem é confiada a guarda de algo perecível”<sup>6</sup>. E o que há de mais perecível (e diríamos até mais frágil) do que a vida? Note-se que, primeiro, esta responsabilidade resulta de um dever para com a essência da humanidade, a possibilidade de existência, de criação de condições para as gerações futuras. Se quisermos, uma **responsabilidade de cuidado** para com o futuro, a desenvolver tanto a nível individual como colectivo.

Da tese de Hans Jonas resultam a exigência de humildade perante o excesso da capacidade de fazer do homem, de moderação eivada de sabedoria e um novo dever que sintetiza o conceito de responsabilidade<sup>7</sup>.

## PRUDÊNCIA, PREVENÇÃO E PRECAUÇÃO

É claro que prevenção e precaução não podem ser tidas como sinónimas e não será de todo accidental que Ricœur fale de “prudência preventiva”. Assim, distingamos entre as três expressões.

**Prudência** é a primeira das virtudes cardinais, considerada arquitectónica.

---

par des entraves librement consenties, empêche le pouvoir de l'homme de devenir une malédiction pour lui.”).

<sup>5</sup> Ibid., p. 26.

<sup>6</sup> RICŒUR, Paul – *Leituras 2. A região dos filósofos*, p. 230.

<sup>7</sup> JONAS, Hans - *Le Principe responsabilité* - “L’aventure de la technologie, avec ses risques extrêmes, exige ce risque de la réflexion extrême (...) Mais le véritable thème est ce devoir nouvellement apparu lui-même que résume le concept de responsabilité » (p.14)

Se a virtude é, em geral, qualquer capacidade ou excelência que pertença a qualquer coisa ou ser, de acordo com Aristóteles é o meio para alcançar a felicidade, aquilo a que todos aspiramos<sup>8</sup>. A busca de um bem maior é o caminho da ética e o fim último da vida humana.

A virtude, para os gregos e de acordo com Arendt, não era avaliada pela realização, pela intenção do protagonista ou pelas consequências, mas pela forma como aparecia enquanto estava a agir. Por isso, afirma que “a virtude era o que chamamos virtuosidade”<sup>9</sup>, o brilho dos actos humanos pelo seu mérito intrínseco.

É sobre a prudência que se ergue a perfeição ou a excelência da acção pois implica deliberar bem<sup>10</sup>. Na deliberação consideram-se as alternativas, esboçam-se os cenários possíveis, pesando os prós e os contras; só se delibera acerca dos meios, do que se crê capaz de fazer, do futuro e do contingente. Não se delibera sobre o passado, o submetido a leis ou verdades eternas nem sobre o que depende do acaso.

A prudência ocupa-se da escolha dos meios; assim, não reporta ao que é escolhido mas à regra da escolha, trata, se quisermos, da qualidade do critério. É uma forma de conhecimento, como as ciências e as artes, por isso situada nas virtudes intelectuais; corresponde à capacidade de estar sempre atento aos comportamentos sendo que estes determinam responsabilidades a ser assumidas. Assim, é preciso ter uma ideia prévia dos riscos e das possíveis ou prováveis consequências que lhe possam ser atribuídas. Portanto, a prudência supõe a existência de risco, de incerteza, de acaso, do desconhecido e tem em conta o que pode acontecer, quer se venha a provar real ou não. Trata-se da virtude do cálculo do risco - e relaciona uma tríade operativa face ao processo de tomada de decisão: um conjunto que delibera, ajuíza rectamente em situações comuns e em situações extraordinárias. Sendo toda a deliberação uma indagação, segue-se a escolha e depois cabe agir de acordo com a decisão tomada, relevando-se a sabedoria *para* e *na* acção.

Muitas expressões de traço popular reportam para uma atitude prudencial no quotidiano - de que são exemplos os provérbios como “cautela e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém”, “o seguro morreu de velho” ou “a santo que não conheço, nem lhe rezo, nem lhe ofereço”. No fundo, há que recordar constantemente que a realidade humana é dinâmica, se move em terrenos imprevisíveis e não parece disposta a aquietar-se ou a amansar-se sob a regra.

---

<sup>8</sup> Cf. ARISTÓTELES - *Ethique a Nicomaque*, I, 1.

<sup>9</sup> ARENDT, Hannah - *A Vida do Espírito I*, p. 149.

<sup>10</sup> ARISTÓTELES, ob. cit., VI, 9.

A **prevenção** é relativa à gestão do risco tal como a **precaução** é relativa à gestão de informação sobre a potencialidade de risco.

Todas as políticas de prevenção decidem hoje com os conhecimentos de hoje; as políticas de precaução reenviam para a abstenção da decisão arriscada e definitiva e para a escolha de uma decisão prudente e provisória<sup>11</sup>.

A questão que se coloca extravasa a mera aceitabilidade social de um nível de risco ou a escolha de um investimento razoável na prevenção deste ou daquele risco. Aliás, a **prevenção** refere-se a uma decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável - portanto, um conjunto de acções destinadas a evitar um evento danoso ou a advertir (informar, formar) eventuais vítimas. Estamos perante uma **periculosidade estabelecida**.

Note-se que o **dever de precaução** se distingue da **prudência** ou da **prevenção**, pelo que julgamos poder ser definido como a natureza do tipo de risco que está em análise. A precaução responde ao hipotético, ao imponderável num contexto de (maior ou menor) incerteza. Do ponto de vista geral, apela a acautelar um risco *antes de*, ou seja, quando a **periculosidade é incerta**, potencial.

Até porque se sabe que não é o conhecimento que precede a acção - as três últimas décadas têm bastantes exemplos de políticas inadequadas de prevenção face aos novos riscos tecnológicos ou ambientais (Viscusi, 1998). A noção de certeza<sup>12</sup> já foi há muito superada pela ciência como mostram os principais teóricos. Por definição, o conhecimento científico é provisório; percebe-se que surgiram casos publicamente polémicos em diversos domínios que têm vindo a ser considerados em falta ao princípio

---

<sup>11</sup> Cf. TREICH, Nicolas - *Décision séquentielle et Principe de Précaution*, Cahiers d'économie et sociologie rurales, 2000, n° 55-56 (na transformação a expressão popular, "dans le doute, abstiens-toi" em "dans le doute, abstiens-toi de prendre une décision risquée et définitive et opte pour une décision prudente et provisoire.").

<sup>12</sup> Sobre o assunto, relevo para a opinião de R. Dworkin: "Is there any objective truth? Or must we finally accept that at bottom, in the end, philosophically speaking, there is no "real" or "objective" or "absolute" or "foundational" or "fact of the matter" or "right answer" truth about anything, that even our most confident convictions about what happened in the past or what the universe is made of or who we are or what is beautiful or who is wicked are just our convictions, just conventions, just ideology, just badges of power, just the rules of the language games we choose to play, just the product of our irrepressible disposition to deceive ourselves that we have discovered out there in some external, objective, timeless, mind-independent, world what we have actually invented ourselves, out of instinct, imagination and culture?" ("Objectivity and Truth: You'd Better Believe It". In *Philosophy & Public Affairs*, 25, no. 2, Spring 1996).

de precaução. O que aconteceu com o amianto ou com o sangue contaminado em França são exemplos de riscos catastróficos que foram subestimados.

Exemplo típico é também a gestão internacional da degradação da camada de ozono - o Protocolo de Montreal foi assinado em 1987, quando desde 1974 havia conhecimento de que o cloro, em elevada altitude, podia destruir as moléculas de ozono; foi preciso um tempo de treze anos para começar a inflectir significativamente as emissões de CFC na atmosfera. Em 1974, a probabilidade de uma catástrofe era fraca e os custos de redução das emissões superavam largamente os benefícios esperados, raciocínio este que negava a irreversibilidade do problema físico, a dinâmica do ajustamento e dos conhecimentos.

É como se o princípio de precaução, ao recomendar que se ande devagar atendendo à incerteza, pudesse constituir uma linha de defesa entre a inquietude da agressão tecnológica (suscitada pelos riscos potenciais e lacunas de conhecimento) e o optimismo do desenvolvimento da ciência e da tecnologia.

A emergência do princípio da precaução é recente e concretiza o princípio da responsabilidade de Jonas; está ligado à importância crescente do debate sobre o desenvolvimento sustentável, a gestão do risco e a avaliação das escolhas tecnológicas.

Tem sido formalmente proposto como abordagem de garantia contra riscos potenciais que, de acordo com o estado actual do conhecimento, não podem ser ainda identificados<sup>13</sup>, preceituando a implementação de medidas - a definição do princípio contem todos os ingredientes do problema, ou seja, o risco, a incerteza dos conhecimentos, a responsabilidade e a legitimidade.

Importa definir estratégias que ofereçam flexibilidade e agir de forma precatória para as gerações futuras, recusando a pura abstenção de acções que decorre de uma «ideologia do risco zero». A precaução insta a agir, fazendo da incerteza a pedra de toque da protecção devida a todas as pessoas. Por isso, é importante a vigilância e uma **pedagogia do risco**. A tomada de consciência da falibilidade das fontes científicas do conhecimento pode ser vista, não como capitulação mas como condição de abertura, de questionamento.

## PENSAR CUIDADOS SEGUROS

---

<sup>13</sup> *Rio Declaration on Environment and Development* (1992), “Principle 15 - In order to protect the environment, the precautionary approach shall be widely applied by States according to their capabilities. Where there are threats of serious or irreversible damage, lack of full scientific certainty shall not be used as a reason for postponing cost-effective measures to prevent environmental degradation.”

De acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir.

Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança. E isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco. Teríamos aqui uma panóplia de aspectos que são portadores de risco. Estou hoje convencida que todo o trabalho desenvolvido para prover um **ambiente seguro** é da área da Gestão da Segurança e do Risco, desde a dotação de pessoal, a qualidade do treino, as medidas de controle de infecção, até à tomada de decisão, ao relato do erro, às medidas de segurança ou à calibração dos equipamentos. Vejo a acreditação, os benchmark statements, os standards de qualidade como processos de segurança e de combate ao risco.

De acordo com o ICN, enquanto que, por um lado, as intervenções são realizadas com a preocupação de beneficiar o público, as pessoas, por outro lado, há um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e dos erros, numa complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos relacionados com os cuidados de saúde. Por exemplo, se definirmos um evento adverso *como um mal ou um dano causado pela gestão da condição ou da situação clínica de uma pessoa, por profissionais*, então a maior parte das ameaças pode advir de erros de terapêutica, infecções nosocomiais, exposição a doses elevadas de radiação ou a medicamentos de contrafacção.

Existe, desde o Relatório do Institute of Medicine (“To Err is Human: Building a Safer Health System”, 1999) e dos estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), uma evidência crescente da relação entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas das camas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões.

Ainda de acordo com o ICN, existe uma evidência crescente de que os **níveis inadequados de staff** estão correlacionados com eventos adversos, tais como, quedas das camas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e

readmissões. A escassez de recursos e um desempenho pobre do pessoal pela baixa motivação ou por insuficientes habilidades técnicas também são importantes para determinar a segurança das pessoas. É nesta altura que apetece relacionar os cálculos de dotação de pessoal - as fórmulas e o sistema de classificação, que fornece indicadores quantitativos em horas de cuidados... Ter, por exemplo, necessidade de 12 horas de cuidados pode ser suprido por 2 enfermeiros, na tarde. Mas isso não quer dizer que se trate de cuidados seguros, por exemplo, se ambos forem recém-cursados.

Por outro lado, os erros são uma fonte comum de risco re-conhecido - ainda que insuficientemente relatado.

Acredita-se que a situação de sub-informação se deve ao medo de punição (do profissional) seja em forma de sanções (civis ou criminais), pelo receio de perda de emprego ou desaprovação dos colegas. Leape<sup>14</sup> sugere que a abordagem ao erro, na indústria dos cuidados de saúde, quando comparada com a indústria espacial ou da aviação, é resultado de uma ineficaz e contraproducente abordagem de *treino e culpa* (*train and blame approach*) - a crença de que os erros podem ser evitados se todos estiverem treinados para não os cometer e se forem punidos quando os cometem.

Na realidade, a segurança ganharia se fossem informados os erros assim como os *near-misses* (os erros evitados), por forma a que se pudesse efectivamente discutir e *aprender com*.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (2003) definiu os erros, em cuidados de saúde, como “enganos feito no processo de cuidados e que resultam ou podem resultar em dano para o doente”<sup>15</sup> e considera que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), de omissão (não fazer uma coisa certa) ou de execução (fazer uma coisa certa incorrectamente). No sentido global, esta Agência considera o agrupamento dos erros em 4 categorias: erros de diagnóstico, de tratamento, de cuidados preventivos e envolvendo falhas (do sistema de comunicação, dos equipamentos, do sistema de cuidados de saúde).

---

<sup>14</sup> O exemplo que Leape apresenta é interessante - uma enfermeira dá, numa situação de emergência, 10 vezes mais do que a dose prescrita em bólus para uma arritmia. A doente pára - são necessárias manobras de reanimação - o tempo de internamento aumenta e o tratamento sai mais caro. Se não for relatado, perde-se a oportunidade de descobrir que a lidocaína IV para administração em bólus e a lidocaína para diluição IV estão armazenadas uma ao lado da outra, em seringas-tipo semelhantes. A enfermeira cometeu um erro mas o sistema de armazenamento mantém-se inalterado e promove novos erros.

<sup>15</sup> “healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have the potential to result in harm to patients” (AHRQ, 2003).

Como resultado de uma sub-informação, não existem indicadores fiáveis para os erros e a severidade dos problemas de erro - ou seja, o não relato dos erros reduz a capacidade de levar a cabo um processo de redução de erros e, de certa forma, obscurece os riscos (que também os enfermeiros deveriam ter em conta ao assumir o controle do risco da sua prática). Se eu perceber quais as fontes de erro mais comuns e qual é o tipo de erro mais frequente, poderei acautelar melhor. Mais, deveriam ser discutidos os erros, analisados casos e relatórios de eventos adversos, fazer-se investigação e aplicar os resultados, na finalidade mais ampla de aumentar a segurança dos cuidados.

A assunção fundamental, na prática de enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes/utentes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade. *Controlar o risco* na prática promove a prestação de cuidados de qualidade, - e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade. E para tal, é necessário estar consciente dos fundamentos e padrões éticos - como gostaria de frisar, estar eticamente atento. Aqui introduziria outro caminho para cuidados seguros, quando se trata de respeitar os direitos das pessoas, respeitando e cumprindo os deveres profissionais. Por isso a deontologia atravessa esta questão, enquanto forma ou processo de configurar as práticas de excelência.

Parece evidente que uma das formas de assegurar a segurança dos cuidados é cumprir os princípios e não facilitar nas etapas dos procedimentos. Não me pôr a adivinhar a palavra ilegível da prescrição, da sílaba que me falta, é da mesma natureza que confirmar o nome de um doente consciente e a quem quero administrar terapêutica. Se eu pergunto: é o Sr. João? Ele pode responder sim, e eu preciso ainda de confirmar SE é aquele João, porque posso ter dois senhores com o mesmo nome, ao lado um do outro. E se ele responder não, é evidente que não supro a incongruência dizendo que o número da cama combina.

Se atentarmos à CIPE, por exemplo, uma das acções de enfermagem é *Atender* - que é estar atento, logo, é tomar conta de algo ou alguém - e liga-se ao *Prevenir*, que se define como «suspender ou parar o acontecimento» e pode ser de dois tipos: evitar e proteger. Evitar é afastar-se ou manter-se afastado, proteger é manter a salvo ou tomar precauções.

Preciso de evitar e de proteger - pois, por exemplo, posso agir com intenção de proteger e, ao mesmo tempo, colocar a pessoa em risco. Poderia aqui colocar a contenção física, que tem a finalidade de proteger a pessoa mas pode ser realizada colocando em risco a

integridade física ou psicológica (o pormenor simples da almofada, que pode securizar). Posso nem conseguir eliminar o risco, mas antes reduzi-lo ao mínimo com o menor dano possível. E aqui a acção visa ser o mais protectora possível, na salvaguarda da pessoa.

O objectivo da gestão do risco enquanto processo “que identifica, analisa e trata potenciais perigos num contexto de prática circunscrita”<sup>16</sup> é identificar e eliminar riscos potenciais antes que alguém seja ferido ou lesado e desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam *guidelines* na instituição e para a prática directa. Estas actividades são úteis na protecção da organização, em caso de processo legal mas, mais importante do que isto, servem para proteger o público tanto quanto os profissionais.

Em síntese:

Caminhos plausíveis para cuidados seguros seriam então:

- Respeitar e cumprir os deveres profissionais
  - cumprimento do Código Deontológico
  - estar eticamente atento
- Cumprir os princípios
  - não facilitar nas etapas dos procedimentos
  - verificar e reverificar
  - reflectir as práticas de cuidados
- Controlar o risco
  - gestão do risco
    - identificar, analisar e tratar potenciais riscos num contexto de prática circunscrita
    - desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam *guidelines* na instituição e para a prática directa
  - pedagogia do risco
    - informação e discussão de casos
    - formação dos profissionais (estudo de casos, relatórios de eventos adversos)

---

<sup>16</sup> "risk management is a process that identifies, analyzes, and treats potential hazards" in a circumscribed practice setting. (Guido, 1997)

- produzir recomendações para mudanças nas políticas e/ou nos procedimentos
- Zelar pelo ambiente
  - Dotações seguras
  - Ambiente físico da unidade de cuidados
  - Ambiente humano da unidade de cuidados
- Desenvolver o conhecimento
  - investigações sobre riscos, erros, falhas na segurança

A capacidade de responder ao compromisso profissional está relacionada com a capacidade do enfermeiro que age, quer em termos operativos (de saber-fazer), quer em termos de concepção e de visão (prever) que governa a operação. A existência e manutenção de cuidados de saúde viáveis e responsáveis, é crucial para a saúde das populações - o “*bem maior*”, em termos éticos, ou o “*bem comum*”.

Por isso, a responsabilidade do enfermeiro associa a **visão retrospectiva**, da capacidade de imputação pelo acto já realizado e pelas suas consequências, e o **sentido projectivo**, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício.

Excelência esta que é uma exigência ética, no direito ao *melhor cuidado* e em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam.

Controlar os riscos e os perigos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional. Note-se que é para proteger a pessoa dos riscos (actuais ou potenciais) e minimizar as sequelas que muito actos profissionais são realizados. De forma prudente, preventiva ou precautória... e no sentido da segurança.

A ideia de *excelência da prática* liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros.

## Referências

### Bibliográficas

- DL n.º 104/98 de 21 de Abril - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- ARENDR, Hannah - *A vida do Espírito II - Querer (The Life of the Mind - Willing, 1978)*. Trad. João C. S. Duarte. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. 274 p. ISBN 972-771-243-6.
- ARISTÓTELES - *Éthique de Nicomaque*. Trad., Préface et Notes J. Voilquin. Paris: Flammarion, 1965.
- JONAS, Hans - *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. 3ª ed. (Das Prinzip Verantwortung, 1979). Traduit de l'allemand par Jean Greisch. Paris: Flammarion, 1995.
- KUHSE, Helga - *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Maldon, MA: Blackwell, 1997.
- NUNES, Lucília et al - *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- RICŒUR, Paul - *Leituras 2. A região dos filósofos (Lectures 2, 1991)*. Trad. Marcelo Perine e Nicolás Nyimi Campanário. Rev. Luiz Paulo Rouanet. S. Paulo: Edições Loyola, 1996. 343 p.
- TADD, Win (Edit.) - *Ethics in Nursing Education, Research and Management. Perspectives from Europe*. New York: Palgrave Macmillan, 2003. 219 p.
- THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth - *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004. 445 p.
- TREICH, Nicolas - *Décision séquentielle et Principe de Précaution*, Cahiers d'économie et sociologie rurales, 2000, n° 55-56.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual. Dezembro de 2001.

### Electrónicas

- ICN, *Nursing Matters - Medication errors* <http://www.icn.ch/matters.htm>
- <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>
- <http://www.health.state.mn.us/divs/fpc/safety.htm>
- JOURNAL FOR HEALTHCARE QUALITY - Medication Error Identification Is a Key to Prevention: A Performance Improvement Approach
- Oncology Nursing Society Position, *Patient Safety*  
<http://www.ons.org/publications/positions/>
- Posição Canadian Nurses Association, *Staffing Decisions for the Delivery of Safe Nursing Care*  
<http://www.cna-nurses.ca/cna/>
- COOK, Ann Freeman; HOAS, Helena Hoas, et al - An Error by Any Other Name, AJN, June 2004, Vol. 104, No. 6 <http://www.nursingcenter.com>