



# A LISTA DE VERIFICAÇÃO SAFER DX

Dez práticas  
organizacionais de  
alta prioridade para  
excelência diagnóstica

O Baylor College of Medicine concedeu direitos de tradução e publicação de uma edição em português para o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, que é o único responsável pelo conteúdo e precisão da versão em português. No caso de qualquer inconsistência entre as versões em inglês e português, a versão original em inglês será a versão obrigatória e autêntica.

## **A lista de verificação Safer Dx Dez práticas organizacionais de alta prioridade para excelência diagnóstica**

© Proqualis, ENSP/Fiocruz, 2024.

**Proqualis | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2024.**

**Coordenação geral:** Victor Grabois

**Gerência de comunicação:** Urânia Agência de Conteúdo

**Tradução:** Isabel Vasconcelos

**Revisão técnica:** Carla Gouvêa

**Revisão gramatical:** Priscilla Morandi

**Diagramação e capa:** Ampersand Comunicação Gráfica

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

**The Safer Dx Checklist: 10 High-Priority Organizational Practices for Diagnostic Excellence. Houston: Baylor College of Medicine; 2022.**

**ELABORADO POR:**

**Center for Innovation in Quality, Effectiveness, and Safety (IQuEst), Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center e Baylor College of Medicine, Houston, TX**

- Hardeep Singh, MD, MPH (Pesquisador Principal)
- Abigail Marinez, MPH
- Umair Mushtaq, MBBS, MS
- Umber Shahid, PhD, MPH

**Geisinger, Danville, PA**

- Divvy Kant Upadhyay, MD, MPH

**Institute for Healthcare Improvement, Boston, MA**

- Joellen Huebner, BA
- Patricia McGaffigan, RN, MS, CPPS

**AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi generosamente financiado por uma bolsa da Gordon and Betty Moore Foundation.

Esta lista de verificação foi desenvolvida de forma colaborativa usando a contribuição de vários especialistas para o conteúdo das práticas e cenários recomendados. Agradecemos às seguintes pessoas por suas contribuições substantivas e valiosas.

**Especialistas no assunto**

**Bimal R. Desai, MD, MBI**, Children's Hospital of Philadelphia e University of Pennsylvania

**Robert El-Kareh, MD, MPH, MS**, University of California San Diego

**Patricia H. Folcarelli, RN, MA, PhD**, CRICO e Harvard Medical School

**Tejal Gandhi, MD, MPH, CPPS**, Press Ganey Associates, LLC

**Christine Goeschel, ScD, MPA, MPS, RN, FAAN**, MedStar Institute for Quality and Safety e Georgetown University

**Helen Haskell, MA**, Mothers Against Medical Error

**Yael Heher, MD, MPH, FRCP(C)**, Massachusetts General Hospital

**Prashant Mahajan, MD, MPH, MBA**, University of Michigan

**Dennis Torretti, MD**, Geisinger Medical Center

**Mike Woodruff, MD**, Intermountain Healthcare

**Revisores de teste de campo**

**Rahul K. Shah, MD, MBA**, Children's National Hospital

**Jeffrey Salvon-Harman, MD**, Presbyterian Healthcare Services

**Mona Krouss, MD, FACP, CPPS**, NYC Health + Hospitals

A lista de verificação Safer Dx é uma ferramenta de autoavaliação organizacional com dez práticas recomendadas para alcançar a excelência diagnóstica.

## Por que usar a lista de verificação?

Erros de diagnóstico (diagnósticos não feitos, atrasados ou errados) afetam pelo menos um em cada 20 adultos dos EUA anualmente e levam a danos consideráveis para pacientes de todas as idades. Eles também são onerosos e uma das razões mais comuns para alegações de má prática. As organizações de saúde precisam de orientação prática sobre onde concentrar esforços para melhorar a segurança do diagnóstico.

A lista de verificação Safer Dx é uma síntese de práticas fundamentais que as organizações de saúde podem usar para promover a excelência diagnóstica. A lista de verificação fornece um modelo conceitual para as organizações realizarem uma autoavaliação a fim de entender o estado atual das práticas de diagnóstico, identificar áreas a serem melhoradas e acompanhar o progresso em direção à excelência diagnóstica ao longo do tempo.

A lista de verificação foi desenvolvida usando uma rigorosa abordagem multimétodo que incluiu entrevistas com líderes de qualidade e segurança em saúde, revisões da literatura e de relatórios existentes, consenso de especialistas através do método Delphi para restringir a lista de práticas, um painel de especialistas para finalizar as dez principais práticas e um teste de campo com os usuários.

A avaliação deve informar um plano de melhoria com etapas de ação, funções e responsabilidades claras e indicadores para avaliar o progresso. O líder sênior/campeão deve discutir periodicamente os resultados da lista de verificação com os líderes organizacionais e o conselho de administração para envolvê-los nos esforços de melhoria para a segurança dos diagnósticos. Vários cenários e exemplos ilustrativos de ações são fornecidos.

## Respostas da lista de verificação

Para cada um dos dez itens da lista de verificação, os membros da equipe da organização (individualmente ou em grupo) devem selecionar o Status de Implementação que melhor representa o estado atual das práticas de sua organização:

- **Completo:** Uma prática bem conhecida e bem documentada que ocorre de forma confiável na organização.
- **Parcial:** A prática ocorre na organização às vezes. Embora esteja bem documentada, a prática não é bem conhecida ou pode estar implementada de forma inconsistente em toda a organização.
- **Não implementado:** Esta prática não ocorre na organização.

## Interpretação dos resultados da lista de verificação

Conte itens da lista de verificação com respostas “Completo” para identificar onde você está em sua jornada para a excelência diagnóstica. Os itens “Não implementados” são oportunidades críticas de melhoria.

- **Inicial:** 0 a 3 respostas “Completo”
- **Fazendo progressos:** 4 a 6 respostas “Completo”
- **Exemplar:** 7 ou mais respostas “Completo”

## Como usar a lista de verificação

1. **Identifique um líder sênior** (p.ex., coordenador da qualidade, coordenador de segurança do paciente, diretor médico ou outro clínico com função de supervisão da qualidade) na organização que possa atuar como “campeão” para o aprendizado e a análise da excelência diagnóstica.
2. **Estabelecer uma equipe multidisciplinar** de indivíduos de várias áreas clínicas e não clínicas, incluindo qualidade e segurança, representantes dos pacientes, educadores médicos e estagiários. Esta equipe deve se reunir regularmente para revisar e analisar o estado atual de segurança diagnóstica e trabalhar para a implementação de todos os 10 itens da lista de verificação.
3. **Completar a lista de verificação** como uma equipe ou de forma independente. Se for preferível uma revisão independente, os membros da equipe devem discutir as respostas e chegar a um consenso sobre as próximas etapas.
4. **Desenvolver um plano de ação** que inclua as próximas etapas de forma clara, indicadores de progresso e funções e responsabilidades para supervisionar a implementação. O plano precisa ser apoiado pelo líder sênior campeão.
5. **Identificar pontos de verificação** regulares para acompanhamento que incluam revisão anual da lista de verificação e monitoramentos e revisões periódicos do plano de ação.

## A lista de verificação Safer Dx: Dez práticas organizacionais de alta prioridade para excelência diagnóstica

(Cenários são exemplos de  
ações para melhorar as práticas)

Status de implementação (estado  
atual das práticas da organização)

Completo      Parcial      Não  
implementado

<b>1</b>	<p><b>A liderança da organização de cuidados de saúde constrói um modelo conceitual de responsabilidade “ponta a ponta” que inclui estrutura, capacidade, transparência, tempo e recursos para mensurar e melhorar a segurança do diagnóstico.</b></p> <p>Cenário 1: A liderança sênior/C-suite estabelece uma <a href="#">equipe</a> multidisciplinar (por exemplo, comitê de segurança do diagnóstico) encarregada de identificar e abordar oportunidades para reduzir erros em nível institucional. A equipe inclui líderes das áreas e campeões clínicos.</p> <p>Cenário 2: A liderança sênior/C-suite compartilha de modo consistente os dados de segurança de diagnóstico com o conselho de governança. Isso inclui dados quantitativos para medir e rastrear a segurança do diagnóstico, bem como as histórias dos pacientes, padrões e planos de ação.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde promove uma cultura justa e cria um ambiente psicologicamente seguro que incentiva os médicos e a equipe a compartilhar oportunidades para melhorar a segurança do diagnóstico sem medo de retaliações.</b></p> <p>Cenário: Garantir condições não punitivas que incentivem as equipes clínica e não clínica a relatarem oportunidades perdidas, danos, “pegadinhas”, dicas e lições relacionadas à segurança diagnóstica. Fechar o ciclo e compartilhar informações sobre ações corretivas ou medidas tomadas de forma oportuna e eficaz para evitar a recorrência.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<p><b>A organização de saúde cria ciclos de feedback para aumentar o fluxo de informações sobre o diagnóstico e os resultados relacionados ao tratamento dos pacientes. Esses ciclos, que incluem clínicos e organizações externas, estabelecem mecanismos para capturar, medir e fornecer feedback à equipe de diagnóstico sobre os diagnósticos e os resultados clínicos subsequentes dos pacientes.</b></p> <p>Cenário: Implementar <a href="#">sistemas</a> que permitam aos médicos (por exemplo, médicos da emergência ou da atenção primária, provedores de práticas avançadas, estagiários) <a href="#">acompanhar de forma confiável</a> e eficiente os pacientes atendidos (por exemplo, acompanhar os pacientes admitidos para saber se o diagnóstico mudou ou evoluiu).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<p><b>A organização de cuidado à saúde inclui perspectivas multidisciplinares para compreender e abordar fatores contribuintes na análise de eventos de segurança diagnóstica. Essas perspectivas incluem fatores humanos, informática, desenho dos sistemas de TI e elementos cognitivos.</b></p> <p>Cenário: As equipes de qualidade e segurança trabalham com os profissionais clínicos e não clínicos de várias disciplinas e departamentos para realizar <a href="#">análises de segurança</a>, que podem identificar fatores do sistema de trabalho/ambientais que geram uma carga cognitiva sobre os clínicos.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde busca ativamente o feedback do paciente e da família para identificar e compreender as preocupações com a segurança diagnóstica e aborda as preocupações por meio de soluções de codesigning.</b></p> <p>Cenário 1: Criar <a href="#">mecanismos</a> para os pacientes relatarem <a href="#">preocupações com o diagnóstico</a> e incentivar e educar os pacientes sobre como relatar quando tiverem preocupações ou sentirem que as coisas não estão corretas.</p> <p>Cenário 2: Envolver os pacientes em análises de causa-raiz e em conferências de morbidade e mortalidade, e envolver os Conselhos Consultivos de Pacientes e Familiares em soluções de codesigning.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A lista de verificação Safer Dx: Dez práticas organizacionais de alta prioridade para excelência diagnóstica

(Cenários são exemplos de  
ações para melhorar as práticas)

Status de implementação (estado  
atual das práticas da organização)

Completo      Parcial      Não  
implementado

<b>6</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde incentiva os pacientes a revisar seus prontuários e possui mecanismos para ajudar os pacientes a entender, interpretar e/ou agir sobre as informações diagnósticas.</b></p> <p>Cenário 1: Envolver os pacientes na compreensão de que <a href="#">“nenhuma notícia não é necessariamente uma boa notícia”</a> quando se trata de resultados de testes.</p> <p>Cenário 2: Otimizar a revisão das anotações do médico por parte do paciente para incentivá-los a reportar <a href="#">imprecisões</a> em seus prontuários e ter um plano de resposta organizacional de ação corretiva.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde prioriza a equidade nos esforços de segurança diagnóstica, segmentando os dados para entender as causas-raiz e implementando estratégias para abordar e reduzir as lacunas de equidade.</b></p> <p>Cenário: Segmentar e analisar os dados de segurança de diagnóstico por suas principais características (p. ex., raça, etnia, gênero, idioma, orientação sexual, identidade de gênero) para identificar iniquidades.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde implementou sistemas e processos padronizados para incentivar interações diretas e colaborativas entre as equipes clínicas de tratamento e as especialidades de diagnóstico (p. ex., laboratório, patologia, radiologia) em casos que representam desafios diagnósticos.</b></p> <p>Cenário 1: Incentivar reuniões rápidas regulares de planejamento diagnóstico ou <a href="#">comunicação síncrona</a>, como <a href="#">interação</a> direta face a face ou colaboração eletrônica em grupo.</p> <p>Cenário 2: Incentivar a revisão regular de erros diagnósticos juntamente com as especialidades diagnósticas e grupos clínicos de tratamento, por meio de rondas interdepartamentais de morbidade e mortalidade. Essas atividades devem levar à responsabilidade compartilhada dos esforços de melhoria.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde implementou sistemas e processos padronizados para garantir a comunicação confiável de informações de diagnóstico entre os prestadores de cuidados e com os pacientes e famílias durante as transferências e transições ao longo da jornada diagnóstica.</b></p> <p>Cenário: Implementar ferramentas e recursos baseados em evidências para melhorar tanto a comunicação verbal (p. ex., <a href="#">TeamSTEPPS®</a>) quanto a eletrônica (p. ex., <a href="#">ONC SAFER Guide for Clinician Communication</a>, endossado pelo CMS).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<p><b>A organização de cuidados de saúde implementou sistemas e processos padronizados para fechar o ciclo na comunicação e acompanhar os resultados de testes e encaminhamentos anormais.</b></p> <p>Cenário 1: Implementar ferramentas e recursos baseados em evidências para melhorar o acompanhamento dos <a href="#">resultados de testes</a>, incluindo achados incidentais e inesperados (p. ex., <a href="#">ONC SAFER Guide for Test Results Reporting and Follow-up</a>).</p> <p>Cenário 2: Implementar estratégias para fechar o ciclo das referências usando diretrizes baseadas em evidências (p. ex., <a href="#">Closing the Loop: A Guide to Safer Ambulatory Referrals in the EHR Era</a>).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pontuação total**  
Número de respostas “Completo” \_\_\_\_\_