



**PROQUALIS**

CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE  
DO CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Oficina de segurança do paciente

**APRENDENDO COM OS ERROS**

Publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2008 com o título  
Patient Safety Workshop Learning from error  
© Organização Mundial da Saúde, 2008

O Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde permitiu a tradução e cedeu os direitos de publicação para uma edição em português para o Proqualis/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, que é o único responsável pela edição em português.

Workshop sobre Segurança do Paciente  
Aprendendo com Erro

Desenvolvido pela Equipe de Segurança com Vincristina da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com apoio e contribuições de: Brendan Flannigan, Rhona Flynn e equipe, James Ip, Eugenia Lee e Rona Patey.

© Proqualis/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/  
Fiocruz, 2013

Coordenação Geral: Claudia Maria Travassos  
Revisão técnica: Victor Grabois e Camila Lajolo  
Revisão gramatical: Priscilla Mouta Marques  
Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi  
Tradução: Diego Alfaro  
Projeto gráfico e diagramação:



[www.letraeimagem.com.br](http://www.letraeimagem.com.br)

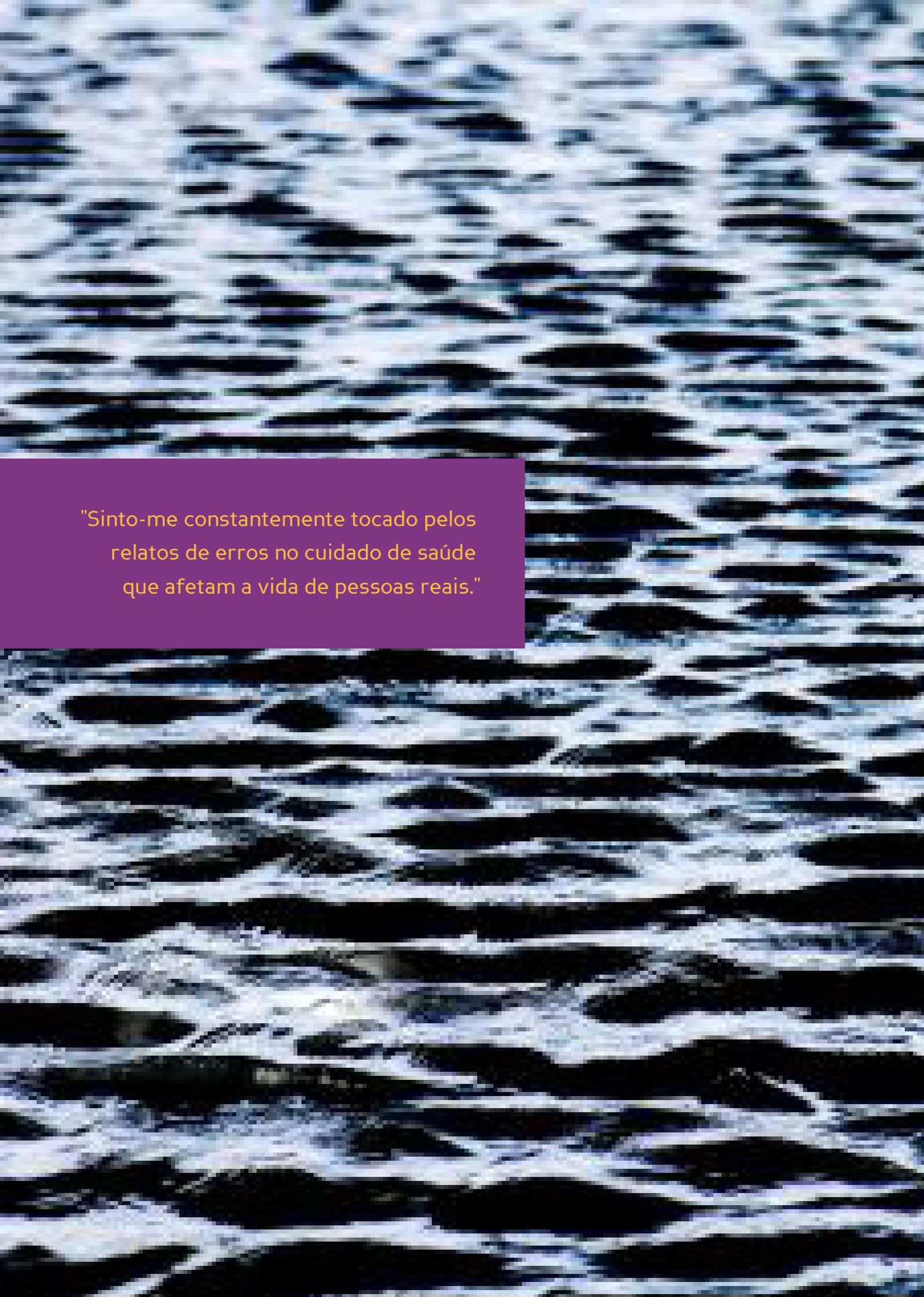
Créditos das imagens

p.1 e 7(a): motorolka | shutterstock  
p.3(a) e 3(c): sfam\_photo | shutterstock  
p.3(b) e 11: bwavebreakmedia | shutterstock  
p.3(d), 4, 15 e 26: Vinicius Marinho | Fiocruz Multimagens  
p.7(b): TheTun | shutterstock  
p.8, 16, 18, 23: Peter Illiciev | Fiocruz Multimagens  
p.15 e 24: Raul Santana | Fiocruz Multimagens



## Sumário

Prefácio de Sir Liam Donaldson	5
ORIENTAÇÕES AOS ORGANIZADORES DO CURSO	6
CRONOGRAMA SUGERIDO	8
FATORES QUE CONTRIBUEM PARA OS ERROS	9
Procedimentos operacionais padrão e protocolos	10
Garantia de um treinamento válido e atualizado	12
Comunicação	14
Segurança de medicamentos	17
Envolvimento do paciente	20
SESSÃO UM: ANÁLISE DE CAUSA RAIZ	22
AGRADECIMENTOS	25
ANEXO I: Diagrama em espinha de peixe	27
ANEXO II: Questões a considerar	28
ANEXO III: Formulário de avaliação	30



"Sinto-me constantemente tocado pelos relatos de erros no cuidado de saúde que afetam a vida de pessoas reais."

## Segurança do paciente e a Organização Mundial da Saúde

### **Após a ocorrência de um erro que causou danos a um paciente, muitas vezes nos perguntamos: como isso aconteceu?**

Pode ser muito tentador colocarmos a culpa em um único problema ou pessoa. Porém, ao fazê-lo, estamos simplificando demais a questão, pois tal atitude pressupõe que é possível ou correto apontar um único fator contribuinte. Desde que a Organização Mundial da Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, nossa experiência tem demonstrado que isso raramente é verdade.

Estamos diante da necessidade urgente de fortalecer as defesas do sistema de saúde como um todo. Tanto quanto possível, devemos fazê-lo sem culpar individualmente os profissionais de saúde. Isso não quer dizer que as pessoas nunca devam ser responsabilizadas por suas ações. Entretanto, se confiarmos apenas na abordagem da culpabilização, os problemas provavelmente acabarão por passar despercebidos e não conseguiremos formular uma estratégia honesta e efetiva para melhorar a segurança do paciente.

Em primeiro lugar, precisamos entender a extensão dos problemas com que se deparam os profissionais de saúde e os pacientes. Nos países desenvolvidos, têm sido relatadas taxas de erros no cuidado de saúde na faixa de 5 a 15% por internação hospitalar. Nos países em desenvolvimento ou em fase de transição, temos menos informações sobre o estado geral da segurança do paciente, devido à escassez de dados.

Em segundo lugar, precisamos de sistemas de notificação que sejam facilmente acessíveis a todos os profissionais de saúde e que facilitem o aprendizado. Já sabemos que é possível fazer com que os profissionais de saúde notifiquem incidentes; no entanto, é difícil transformar os dados coletados em mudanças reais nos sistemas.

Em terceiro lugar, precisamos de uma maneira precisa de classificar os erros no cuidado de saúde para podermos partilhar conhecimentos em nível internacional e compreender as informações advindas dos diferentes sistemas de notificação.

Em quarto lugar, precisamos de estratégias para reduzir os danos aos pacientes — isso se traduz em estudos para identificar os melhores mecanismos, na disseminação efetiva de novas ideias e em sua adoção entusiástica.

Para tornar o cuidado de saúde mais seguro, devemos manter o foco no paciente. Sinto-me constantemente tocado pelos relatos de erros no cuidado de saúde que afetam a vida de pessoas reais. Suas consequências são amplas: os erros podem destruir vidas, afetar as relações humanas e por em risco a confiança no sistema de saúde como um todo. Os pacientes são, com excessiva frequência, vítimas do cuidado inseguro, e o setor da saúde deve dar atenção aos seus pontos de vista.

O ato de garantir um cuidado mais seguro representa um enorme desafio. Ao organizar esta oficina, você está ajudando a comunidade de saúde internacional a dar mais um passo em direção a esse objetivo ambicioso, porém essencial.

Sir Liam Donaldson

Presidente da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente

*Chief Medical Officer* da Inglaterra

### Objetivo da oficina

Esta oficina examina a maneira pela qual as diversas fraquezas existentes no sistema hospitalar podem levar a erros. Seu objetivo é ajudar os profissionais de saúde e os gestores a compreender melhor as causas subjacentes a esses eventos. Embora os materiais da oficina girem em torno de um erro que envolveu a administração incorreta de vincristina, os princípios básicos que explicam as razões para a ocorrência de um erro são universais.

### Vincristina: o que deu errado?

A vincristina, um quimioterápico amplamente utilizado, só deve ser administrada pela via intravenosa, e jamais por qualquer outra via. Muitos pacientes tratados com vincristina intravenosa também recebem outros medicamentos pela via espinhal como parte do protocolo de tratamento. Isso já ocasionou erros nos quais a vincristina foi administrada acidentalmente pela via espinhal, o que leva à morte em praticamente todos os casos. Ao longo dos últimos 35 anos, esse erro foi relatado cerca de 55 vezes em diversos ambientes internacionais. Entretanto, os erros relacionados à administração acidental de vincristina pela via espinhal continuam a ocorrer.

### Objetivos de aprendizado

Ao final desta oficina, os participantes deverão:

1. Ter sido apresentados às razões para a ocorrência de erros;
2. Começar a entender quais ações devem ser tomadas para melhorar a segurança do paciente;
3. Conseguir explicar por que é necessária uma maior ênfase na segurança do paciente em hospitais;
4. Identificar políticas e procedimentos locais destinados a melhorar a segurança do cuidado prestado aos pacientes.

### Quem deve ser convidado a participar desta oficina?

Recomenda-se uma abordagem multidisciplinar; esta, porém, poderá ser adaptada segundo as necessidades. A oficina de segurança do paciente foi concebida para profissionais de saúde (p.ex., enfermeiros, médicos, parteiras, farmacêuticos), profissionais de saúde em formação (p.ex., estudantes de enfermagem, estudantes de medicina, residentes), gerentes ou administradores do cuidado de saúde, responsáveis pela segurança do paciente e quaisquer outros grupos envolvidos na prestação do cuidado de saúde.

### Quem deve facilitar a oficina?

Este manual permitirá a qualquer profissional de saúde facilitar uma oficina. Pode ser útil consultar um profissional de saúde familiarizado com a prevenção de erros e com técnicas de análise de causa raiz. Entretanto, isso não é essencial.

### Como a oficina deve ser organizada?

As duas sessões da oficina podem transcorrer em dias diferentes ou no mesmo dia, com um pequeno intervalo entre elas. Sugerimos aqui um cronograma que poderá ser adaptado segundo o tempo disponível.

### **Sessão um: análise de causa raiz**

Depois de assistir ao filme no DVD, um instrutor pode rever rapidamente o conceito de aprendizado a partir do erro, usando técnicas como a análise de causa raiz, e, em seguida, dividir os participantes da oficina em grupos menores. Oferecemos aqui diagramas em espinha de peixe deixados em branco (Anexo I). Esses podem ser fotocopiados e distribuídos aos grupos para guiar a análise do incidente de segurança do paciente visto no DVD. Cada grupo pode, então, apresentar seus resultados aos demais participantes da oficina. Os instrutores recebem um diagrama em espinha de peixe com algumas sugestões relacionadas a cada tópico, que podem ser usadas para fomentar as discussões, se necessário.

### **Sessão dois: cinco fatores em erros de sistema**

A segunda parte do DVD analisa o caso à luz de cinco fatores que podem reduzir a ocorrência de erros no cuidado de saúde. Depois que os participantes assistirem a essa análise, um facilitador poderá distribuir fotocópias de questões a serem consideradas (Anexo II) e dividir os participantes em grupos menores. As perguntas servirão como um esquema para que os participantes discutam suas experiências pessoais na prestação do cuidado de saúde e identifiquem fatores em sua própria organização que poderiam ser modificados para reduzir o risco de erros. Para facilitar o processo, cada grupo pode considerar apenas uma área de análise, em vez de tentar examinar todas as áreas. Os grupos podem, então, apresentar sua discussão aos demais participantes da oficina na sessão plenária, promovendo discussões mais amplas.

### **Avaliação**

Ao final da oficina, deve ser feita uma reunião final para identificar os principais pontos aprendidos e discutir de que maneira os participantes os aplicarão em seu trabalho para melhorar a segurança do paciente. Por último, os participantes devem preencher um formulário de avaliação da oficina (Anexo III). A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS gostaria muito de receber essas avaliações para aprimorar suas oficinas futuras e partilhar os principais pontos de aprendizado relativos à segurança do paciente.



## Cronograma sugerido

Duração	Duração acumulada	Conteúdo	Material	
			para o participante	para o instrutor
		Preparação prévia		• Manual da oficina: Aprendendo com os erros
<b>SESSÃO UM</b>				
0:10	0:10	Introdução. O facilitador descreve os objetivos e o programa da oficina. Cada participante diz seu nome, função e expectativas de aprendizado.		• Orientações aos organizadores do curso
0:20	0:30	DVD: Aprendendo com os erros. Todos assistem ao filme de 20 minutos, que apresenta o erro na administração de vincristina.		• DVD: "Aprendendo com os erros" (Parte I)
0:10	0:40	Teoria: análise de causa raiz. O facilitador revê os conceitos de análise de causa raiz e responde a perguntas.		• Análise de causa raiz
0:20	1:00	Grupos menores: técnica do diagrama em espinha de peixe. O facilitador descreve a técnica. Os grupos aplicam-na ao filme do DVD.	• Modelo de diagrama em espinha de peixe: Anexo I	• Análise em espinha de peixe: tópicos de discussão
0:10	1:10	Retorno à plenária. Cada grupo apresenta suas principais conclusões à plenária. Discussão em plenária.		
0:10	1:20	INTERVALO 10 minutos (opcional)		
<b>SESSÃO DOIS</b>				
0:20	1:40	DVD: Análise do erro. Todos assistem à análise do erro com base nos cinco fatores cruciais.		• DVD: "Aprendendo com os erros" (Parte II)
0:20	2:00	Grupos menores: Cinco fatores em erros de sistema. Discutir a experiência dos participantes em suas organizações, utilizando as perguntas para fomentar a discussão.	• Questões a considerar: Anexo II	• Questões a considerar
0:15	2:15	Retorno à plenária. Apresentação das principais conclusões de cada grupo, discussão em plenária e sessão de "tempestade de ideias" sobre como prevenir erros em suas organizações.		
0:15	2:30	Conclusão e avaliação. Mesa-redonda na qual cada participante diz o que aprendeu e o que irá modificar em sua prática. Preencher formulários de avaliação.	• Formulário de avaliação: Anexo III	

## Fatores que contribuem para os erros

Para conseguirmos desenvolver soluções viáveis destinadas a tornar o cuidado de saúde mais seguro, é fundamental identificar os fatores comuns que contribuem para os erros. Para isso, precisamos levar em consideração as falhas fundamentais e os problemas de desenho do sistema, além de eventos inco-muns e de ocorrência excepcional. Infelizmente, o setor da saúde tem sido lento na busca de respostas organizacionais para enfrentar esses fatores contribuintes.

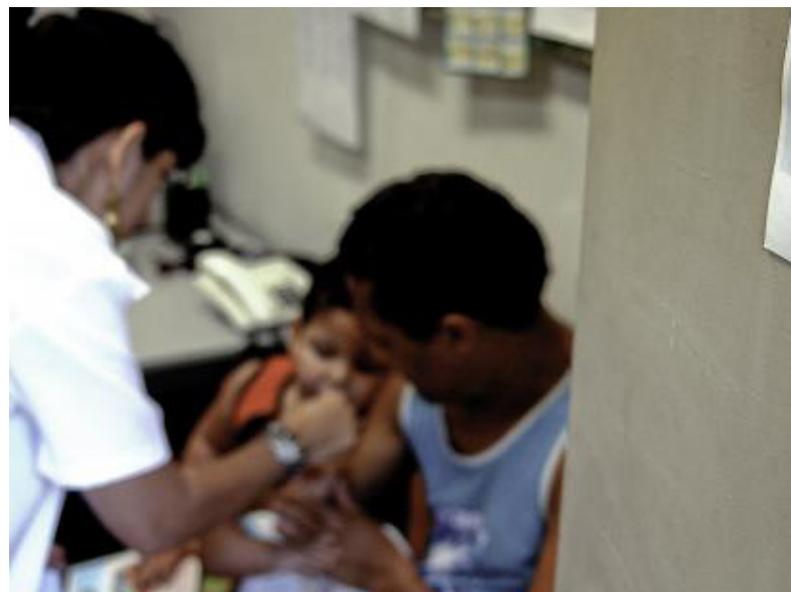
Neste pacote de treinamento, concentramo-nos em cinco formas de reduzir a ocorrência de erros. São elas:

1. procedimentos operacionais padrão (POPs) e protocolos;
2. garantia de um treinamento válido e atualizado;
3. comunicação efetiva;
4. segurança de medicamentos;
5. envolvimento do paciente.

A tarefa de compreender e classificar os fatores contribuintes pode ser complexa. O entendimento sobre a ampla variedade de elementos que levam ao erro final deve ser acessível não só aos especialistas no tema, como também a todos os profissionais de saúde. Segundo a nossa experiência, as organizações de alto risco mais bem sucedidas são aquelas que se mostram obcecadas com o erro e com a possibilidade de erros futuros. Elas aceitam a ideia de que os erros podem e vão ocorrer e, por isso, possuem sistemas internos preparados para lidar com os erros, sabem quando solicitar auxílio externo, promovem uma cultura que não aceita o erro e entendem que a primeira impressão a respeito de qualquer erro costuma ser enganadora.

### Referências

1. Reason J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II): ii28-33.
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.



# Procedimentos operacionais padrão e protocolos

## Introdução

Um procedimento operacional padrão (POP) é um protocolo que especifica como deve ser conduzido um determinado procedimento sempre que for realizado. Os POPs fazem parte do dia a dia de muitas indústrias de alto risco. Muitas vezes existe resistência à adoção de POPs. Na medicina, a lentidão na adoção de POPs tem sido frustrante. Entre as barreiras ao uso de POPs estão o medo de redução da autonomia clínica, a falta de familiaridade com o uso de protocolos, a crença de que os POPs não serão realmente úteis e a falta de motivação para alterar as práticas. Ainda assim, os POPs representam uma verdadeira oportunidade para tornar o cuidado significativamente mais seguro.

O professor Archie Cochrane dedicou a maior parte de sua vida a assegurar que o cuidado de saúde fosse gratuito no ponto de acesso e que a medicina baseada em evidências fosse a prática normativa de todos os profissionais de saúde. A padronização das melhores práticas é uma extensão desse trabalho pioneiro. Para isso, é preciso que todos os profissionais de saúde executem consistentemente tratamentos e procedimentos baseados em evidências.

## Tomada de decisões clínicas

Uma crítica comum aos POPs é a de que eles limitam a tomada de decisões clínicas. Os POPs não têm o objetivo de transformar o cuidado de saúde numa linha de produção. Em vez disso, servem como uma base estável sobre a qual a excelência clínica pode florescer e são particularmente úteis em áreas e práticas de alto risco.

Recentemente, um estudo na Nova Zelândia demonstrou a importância dos POPs. O estudo observou as respostas de 20 anestesistas numa operação simulada e testou a reação deles diante de um corte no fornecimento de oxigênio durante 15 minutos. Todos os anestesistas mantiveram a ventilação durante o período sem oxigênio e abriram o cilindro de reserva, mas 70% não perceberam que o cilindro estava vazio antes do início da cirurgia. É interessante notar que nenhum deles testou a composição do gás quando o fluxo de oxigênio foi restabelecido, um teste simples que seria incluído em todos os POPs destinados a lidar com esse tipo de incidente.

Num estudo semelhante que envolveu a simulação de oito paradas cardíacas pediátricas, foram registrados o número e os tipos de erros de medicação. Os resultados demonstraram o potencial de ocorrência de erros graves: em 17% dos casos, a dose exata não foi especificada; em 59%, a via de administração não foi especificada; em 16% das seringas, havia uma divergência de, no mínimo, 20% em relação à dose esperada.

Essas situações ilustram a importância dos POPs. Elas demonstram que os POPs têm o potencial de reduzir a ocorrência de danos graves se os profissionais aderirem a eles em todas as ocasiões. Alguns deles são fáceis de implementar, como o procedimento correto para garantir a dose precisa de um medicamento numa seringa; outros exigem um maior treinamento, como os procedimentos complexos e detalhados para o suporte avançado à vida.

Os POPs servem como uma base estável sobre a qual a excelência clínica pode florescer e são particularmente úteis em áreas e práticas de alto risco.



## Melhorando o aprendizado

Na indústria da aviação, a ideia de que os POPs tornam os voos mais seguros é praticamente uma unanimidade entre os pilotos. Foi demonstrado que a falta de adesão aos POPs está fortemente associada à ocorrência de erros.

A compreensão dos POPs pode facilitar o aprendizado dos profissionais de saúde em diferentes instituições e até em diferentes países. Os kits de punção lombar são diferentes nas diversas partes do mundo. No entanto, a posição mais segura para o paciente e os locais de inserção da agulha não variam. Uma lista de verificação de eventos ajuda os profissionais de saúde a memorizar e realizar com segurança suas funções clínicas, além de servir como um referencial de práticas seguras sobre o qual eles poderão adquirir outras habilidades. Os POPs também podem ser desenvolvidos localmente, criando melhores práticas, adaptadas aos recursos disponíveis.

## Conclusão

Os danos causados por ações equivocadas ou pela omissão de ações necessárias podem ser reduzidos pela existência de POPs. Estes dão aos pacientes a oportunidade de se identificar com seus itinerários clínicos e de participar ativamente de áreas como a segurança de medicamentos. Os POPs facilitam o aprendizado e contribuem para o funcionamento cotidiano de um sistema de saúde de alta qualidade. Boa liderança e o desenvolvimento de sistemas de apoio aos POPs são necessários para ajudar a implementação destes.

## Referências selecionadas

1. Gray JAM. **How to get better value health care**. Offox Press, Oxford, 2007. ISBN 978-1-904202-01-1.
2. Hopper J. Left, Right, Left... 'Forward March' towards standard operating procedures? **Knee** 2003; 10(4): 309-10.
3. Kozer E, Seto W, Verjee Z, Parshuram C, Khatatk S, Koren G, Jarvis DA. Prospective observational study on the incidence of medication errors during simulated resuscitation in a paediatric emergency department. **BMJ** 2004; 329: 1321.
4. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. **Jt Comm J Qual Saf**. 2004; 30(1): 5-14.
5. Donaldson L. **On the state of Public Health: Annual report of the Chief Medical Officer 2005**. Department of Health, Londres, 2006.
6. Weller J, Merry A, Warman G, Robinson B. Anaesthetists' management of oxygen pipeline failure: room for improvement. **Anaesthesia** 2007; 62(2): 122-126
7. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA** 1999; 282(15): 1458-1465.

# Garantia de um treinamento válido e atualizado

## Introdução

A segurança do paciente é um tópico amplamente ausente da educação em saúde, o que demonstra a baixa prioridade dada a um cuidado de saúde seguro. Este só poderá ser otimizado se os profissionais de saúde passarem pelo treinamento correto e receberem auxílio para manter seus conhecimentos atualizados.

Essa situação representa uma falha de sistema profunda que tem dois componentes principais. Em primeiro lugar, a falha em abordar a educação em segurança do paciente durante a formação; em segundo, a falha em assegurar a competência dos profissionais de saúde por meio de treinamentos e avaliações regulares e atualizados.

## Educação em segurança do paciente

As indústrias de alto risco implementam rigorosos procedimentos de segurança, e seus profissionais passam por centenas de horas de treinamento para evitar danos à vida humana. Na aviação, os procedimentos de segurança são assimilados e avaliados durante a formação e ao longo da vida profissional de um piloto através de avaliações e verificações regulares. Isso não ocorre no cuidado de saúde. O desenvolvimento e a implementação da segurança do paciente como um tópico curricular essencial contribuiria para a criação de um referencial de práticas seguras ao longo da vida de um profissional de saúde.

A University of Aberdeen, na Escócia, integrou um módulo de segurança do paciente às últimas etapas do currículo de graduação da faculdade de medicina. Nesse módulo, os alunos aprendem, entre outras questões, a reconhecer a falibilidade humana, identificar erros no cuidado de saúde, compreender a importância da documentação clara e da notificação de erros e entender a forma como outras indústrias de alto risco lidam com os riscos.

## Fatores humanos

O campo dos fatores humanos lida com a interação entre os seres humanos e o sistema no qual estes trabalham. Foi demonstrado que o treinamento em habilidades não técnicas é vital para reduzir a ocorrência de erros em outras indústrias. No entanto, embora o treinamento em fatores humanos exista na medicina, não costuma ser visto como uma parte essencial do trabalho diário. Temas como a gestão de tarefas, o trabalho em equipes multidisciplinares, a percepção e previsão de riscos, a tomada de decisões e o reconhecimento das limitações pessoais e tecnológicas contribuem para uma compreensão mais profunda dos erros. Além disso, foi demonstrado que tais conhecimentos ajudam a prevenir sua ocorrência. Ainda assim, esses conceitos ainda não são ensinados com o mesmo rigor que os temas curriculares mais tradicionais.

## Simulação

Foi demonstrado que as simulações são úteis tanto na graduação como na pós-graduação. Os estudantes muitas vezes têm dificuldade em adquirir o nível de experiência de que necessitam. A simulação de procedimentos, desde uma punção venosa até uma colecistectomia laparoscópica, serve como uma oportunidade de transformar procedimentos operacionais padrão em hábitos e permite a prática de habilidades manuais sem o risco de causar danos a um paciente real.

A simulação também tem sido usada com êxito no treinamento de equipes e na familiarização com rotinas diárias. Há muitos anos que os cursos de suporte avançado à vida avaliam os profissionais em formação em cenários simulados que exigem habilidades práticas, trabalho em equipe e liderança para garantir resultados seguros e de alta qualidade.

## Assegurando a competência

Na educação médica tradicional, os alunos são tratados como aprendizes. Assim, são encorajados a aprender com base no princípio de *ver uma vez, fazer uma vez, ensinar uma vez*. Esse método raramente garante a prestação de um cuidado de saúde seguro. Além disso, ele reforça uma cultura na qual o treinamento não é priorizado.

Profissionais de saúde mal treinados podem ser um importante fator contribuinte para a ocorrência de eventos adversos. Os profissionais podem não estar em boas condições de julgar seu próprio nível de competência; além disso, podem ter um excesso de confiança em razão de sua experiência limitada.

Organismos nacionais e instituições específicas devem assegurar a existência de sistemas para validar as habilidades dos profissionais de saúde. Muitos países têm sido razoavelmente bem sucedidos na tarefa de garantir um padrão mínimo de qualidade durante a formação de graduação. No entanto, com muita frequência, as habilidades e competências dos profissionais de saúde não são mais avaliadas depois que estes deixam a universidade.

A educação dos profissionais merece um maior destaque no campo de prestação do cuidado de saúde. Uma forma de enfatizar a importância do treinamento é reservar algum tempo para o aprendizado, sem as distrações provocadas pelas funções profissionais normais. As avaliações não servem apenas para assegurar um nível sustentável de habilidade, conhecimento e competência — elas também refletem uma cultura mais ampla de prática profissional segura e efetiva.

## Conclusão

A educação e a validação de competências são componentes essenciais do esforço para melhorar a segurança do paciente. Todos os profissionais de saúde devem, no mínimo, ser competentes para prestar um cuidado *seguro*, e sua organização deve possuir mecanismos para verificar sua competência. A educação também precisa ser ampliada para incluir tópicos específicos de segurança do paciente (como os fatores humanos) e deve utilizar métodos (como a simulação) destinados a formar uma geração de profissionais de saúde capazes de prestar um cuidado consistentemente seguro.

## Referências selecionadas

1. Wakefield A, Attree M, Braidman I, Carlisle C, Johnson M, Cooke H. Patient safety: do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Educ Today* 2005; 25(4): 333-340.
2. Glavin RJ, Maran NJ. Integrating human factors into the medical curriculum. *Med Educ*. 2003; 37 (Suppl. 1): 59-64.
3. Moorthy K, Munz Y, Adams S, Pandey V, Darzi A. A human factors analysis of technical and team skills among surgical trainees during procedural simulations in a simulated operating theatre. *Ann Surg*. 2005; 242(5): 640-1.
4. Paparella SF, Mariani BA, Layton K, Carpenter AM. Patient safety simulation: learning about safety never seemed more fun. *J Nurses Staff Dev*. 2004; 20(6): 247-252.
5. Moorthy K, Vincent C, Darzi A. Simulation based training. *BMJ* 2005; 330: 493-494.
6. Donaldson L. Good doctors, safer patients: Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients. Department of Health, Londres, 2006.
7. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Med J Aust*. 2006; 184(10): S60-S64.
8. Perry SJ. An overlooked alliance: using human factors engineering to reduce patient harm. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30(8): 455-9.
9. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4(2): 80-9
10. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J, Williams D. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(4): 256-9.

# Comunicação

## Introdução

A comunicação efetiva é fundamental para a segurança do paciente. Uma revisão de estudos de análise de causa raiz sugere que a má comunicação é um importante fator causal em mais de 60% dos erros. A comunicação efetiva também é crucial para a gestão de um incidente após sua ocorrência.

A comunicação num ambiente de cuidado de saúde pode ser dividida em dois tipos: a que ocorre entre dois profissionais de saúde e a que ocorre entre o paciente (e/ou um familiar) e um profissional de saúde. Cada uma delas tem diferentes elementos que contribuem para a ocorrência de erros no cuidado de saúde.

## Comunicação entre pacientes e profissionais de saúde

A interação paciente/profissional de saúde é complexa, e estamos apenas começando a compreendê-la. Parte da complexidade deve-se a uma mudança nas expectativas. Cinquenta anos atrás, os pacientes estavam acostumados a lidar com profissionais de saúde dogmáticos e paternalistas. Hoje em dia, os pacientes geralmente esperam que os profissionais de saúde que os acompanham lhes ajudem a se orientar num sistema complicado e que a comunicação se baseie na tomada de decisões em conjunto. No entanto, nenhum dos dois modelos está correto o tempo inteiro. O modelo de comunicação necessário depende muito da situação específica.

Durante uma interação entre um paciente e um profissional de saúde, podemos utilizar diversas formas de comunicação. Dentre elas, a menos estudada é a comunicação não-verbal. Foi demonstrado que os sinais que os pacientes apreendem da linguagem corporal dos profissionais de saúde são cruciais para a forma como interpretam as informações recebidas.

Estudos sobre a comunicação verbal demonstram diferenças entre o que os profissionais de saúde acreditam estar comunicando e o que os pacientes apreendem dessa transferência de informações. Um dos fatores mais importantes para a comunicação é a capacidade de os pacientes e os profissionais de saúde se comunicarem na mesma língua.

Há estudos que mostram que a presença de um tradutor, além de ser melhor para o paciente, também apresenta vantagens em termos de custo-efetividade. O que não está claro é a melhor maneira de oferecer um serviço de tradução. Todos concordam que os tradutores profissionais oferecem a tradução mais precisa. No entanto, tais serviços são caros e nem sempre estão disponíveis. Os pacientes consideram que a tradução feita por um familiar é a segunda melhor opção, enquanto os profissionais de saúde parecem preferir o uso da tradução por telefone.

Pesquisas revelam que, mesmo quando ambos falam a mesma língua, há outras questões relacionadas à comunicação verbal que surgem, em parte, da falta de treinamento dos profissionais de saúde. O que um profissional de saúde acredita ser um linguajar claro pode parecer um jargão médico confuso para o paciente. Os profissionais de saúde também tendem a controlar o fluxo de comunicação com os pacientes. Por exemplo, os profissionais têm o hábito de fazer perguntas fechadas (em que a resposta esperada é "sim" ou "não"), criando barreiras que impedem o paciente de se comunicar livremente. Outro problema é a dificuldade em comunicar o risco sem atemorizar os pacientes. O aprendizado pode melhorar a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde, mas o acesso a tal aprendizado muitas vezes é limitado.

O método final de comunicação que pode ser utilizado entre pacientes e profissionais de saúde é a informação escrita. Esse método também tem suas armadilhas. Muitos pacientes têm dificuldade em entender informações de saúde expressas por escrito. Há estudos que demonstram que a capacidade de entender esse tipo de material – também chamada Alfabetização Funcional em Saúde (AFS) – não se correlaciona com outras formas de alfabetização. Ao que parece, a AFS média dos pacientes é muito mais baixa do que a necessária para ler o material geralmente produzido. Além disso, técnicas novas, como os materiais de apoio ao paciente na internet, exigem a capacidade de navegar os sítios virtuais, o que nem todos possuem. As instituições estão conseguindo superar essas barreiras, mas, para isso, são necessários novos métodos, como o uso de DVDs ou pictogramas.

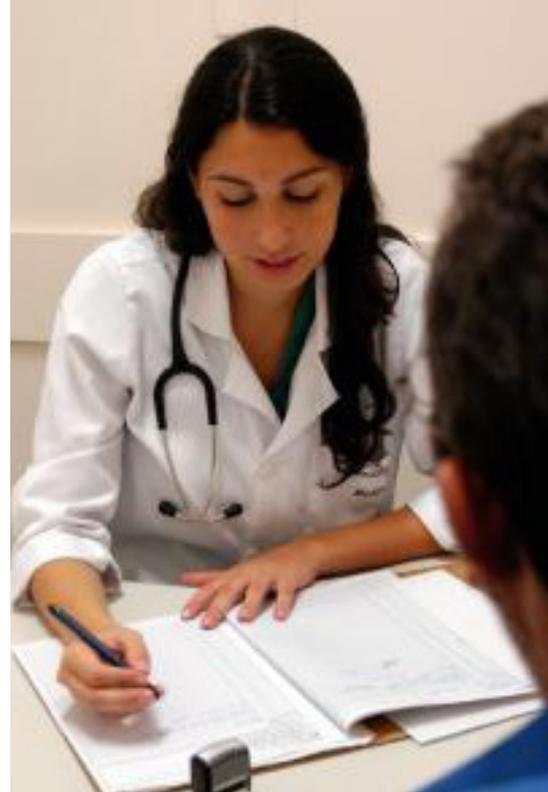
### **Comunicação entre profissionais de saúde**

A pesquisa revela que a comunicação entre profissionais de saúde tem um papel importante no desenvolvimento dos erros: como exemplos, podemos citar passagens de caso incompletas, caligrafia ilegível e instruções pouco claras. O cuidado de saúde também é muito hierárquico, e os profissionais raramente se sentem confiantes para expressar suas preocupações aos seus superiores. Muitos desses problemas não são exclusivos do cuidado de saúde, e podemos aprender bastante com exemplos externos.

A Gestão de Recursos de Tripulação é uma técnica advinda da indústria da aviação e destinada especificamente a tentar romper as hierarquias. Por meio de exercícios de integração de equipes, os profissionais são empoderados para se expressar. Isso é fundamental para a identificação de erros antes que estes ocorram. A técnica tem sido usada na anestesiologia, na obstetrícia e nos serviços de emergência. Já houve também tentativas de reformular a estrutura das equipes. Na Harvard University, as rondas pelas enfermarias foram modificadas. A inclusão ativa de farmacêuticos nas rondas reduziu drasticamente os erros de medicação.

### **Comunicação e a gestão de incidentes**

Quando um incidente ocorre, a comunicação é fundamental para gerir o evento adverso. É moralmente necessário pedir desculpas ao paciente e à sua família e explicar-lhes a situação, por mais difícil que seja. Um dos principais objetivos dos pacientes que lutam por uma maior abertura de informações diante da ocorrência de erros é receber um pedido de desculpas, e a falta de informações e de pedidos de desculpas são as principais razões que levam a processos judiciais. Também foi demonstrado que um pedido de desculpas tem vantagens em termos de custo-efetividade. Os pacientes e suas famílias querem saber que as lições aprendidas numa situação serão comunicadas de forma mais ampla. O papel da comunicação com os pacientes após um erro será mais explorado no capítulo sobre "Envolvimento do paciente".



A comunicação com a equipe de saúde após a ocorrência de um erro também é fundamental. Os profissionais de saúde podem ser afetados pessoalmente pelo envolvimento na prestação de um cuidado de saúde que resultou num erro. Pode ser difícil entender esse fato e oferecer apoio aos profissionais de saúde; no entanto, isso é essencial.

## Conclusão

A comunicação tem um papel importante em todos os aspectos dos erros no cuidado de saúde. Em primeiro lugar, uma comunicação de melhor qualidade entre profissionais de saúde e entre pacientes e profissionais de saúde pode ajudar a prevenir erros. Em segundo, a boa comunicação é essencial para lidarmos com os erros após a sua ocorrência.

## Referências selecionadas

1. Bourhis RY, Roth S, MacQueen G. Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Soc Sci Med*. 1989; 28(4): 339-346.
2. Davis TC, Mayeaux EJ, Fredrickson D, Bocchini JA Jr, Jackson RH, Murphy PW. Reading ability of parents compared with reading level of pediatric patient education materials. *Pediatrics* 1994; 93(3): 460-468.
3. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics* 1999; 103(6 Pt 1): 1253-1256.
4. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999; 131(12): 963-967.
5. Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002; 347(20): 1633-1638.
6. Murphy PW, Chesson AL, Walker L, Arnold CL, Chesson LM. Comparing the effectiveness of video and written material for improving knowledge among sleep disorders clinic patients with limited literacy skills. *South Med J*. 2000; 93(3): 297-304.
7. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctorpatient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995; 40(7): 903-918.
8. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 1996; 124(5): 497-504.
9. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292(6535): 1573-6.



# Segurança de medicamentos

## Introdução

No passado, as questões de segurança relativas aos medicamentos tratavam essencialmente das *reações adversas a medicamentos*, isto é, dos efeitos colaterais da medicação correta. A *segurança de medicamentos* é um termo mais amplo, que envolve os erros que não constituem efeitos colaterais do medicamento indicado, e sim, por exemplo, os efeitos da administração do medicamento incorreto, ou do medicamento correto administrado numa dose errada ou pela via errada. Essas situações são chamadas *eventos adversos relacionados a medicamentos*.

## Prevalência

Em todo o mundo ocorrem danos causados por eventos adversos relacionados a medicamentos. Alguns estudos sugerem que tais eventos representam um quarto de todos os erros no cuidado de saúde. Nos Estados Unidos, na Austrália e na França, os eventos adversos relacionados a medicamentos ocorrem em aproximadamente 4% das internações hospitalares, e esses erros resultam em morte em 5 a 10% dos casos. No Reino Unido, mais de 1000 pessoas morreram por eventos adversos relacionados a medicamentos somente no ano de 2001. Foi sugerido que 75% desses erros são evitáveis.

## Causas de erros

Todos nós sabemos como a letra de um médico pode ser ruim! Ainda assim, as anotações médicas às vezes são o único meio que os profissionais de saúde têm para se comunicarem entre si. Os prontuários médicos devem ser claros e unívocos. Devem servir como uma maneira precisa de transmitir informações importantes. Isso é especialmente importante quando as informações escritas dizem respeito às doses de medicamentos, ao momento de administração e às mudanças na prescrição. Com muita frequência, as anotações médicas não são atualizadas, e, além das dificuldades causadas pela letra ilegível, também podem ocorrer problemas no momento da transcrição. Foi demonstrado que esses fatores contribuintes são a causa raiz de muitos eventos adversos relacionados a medicamentos.

Em boa parte do mundo, a rotulagem de medicamentos ainda é feita à mão. Frequentemente, apesar da instituição de rigorosos procedimentos de verificação, os erros continuam a ocorrer. Os procedimentos operacionais padrão precisam definir exatamente como os medicamentos devem ser verificados, prescritos, distribuídos e entregues, especialmente os de alto risco. Sempre que possível, devemos utilizar a tecnologia disponível. É fundamental que todos os hospitais, clínicas e centros de tratamento estabeleçam políticas para assegurar a segurança de medicamentos.

A segurança nessa área se baseia em certos princípios. Por exemplo, todos os medicamentos devem ser claramente rotulados com identificadores únicos, os rótulos devem ser facilmente visíveis e é preciso instituir precauções de armazenamento na enfermaria. Os medicamentos devem ser verificados adequadamente pela pessoa responsável, sendo comparados às informações contidas no prontuário médico e na folha de prescrição. Em tratamentos de alto risco como a quimioterapia, os medicamentos só devem ser administrados por enfermeiros e médicos com treinamento especializado e certificado. Os profissionais de saúde muitas vezes não conhecem o nível de competência de seus colegas, e a cultura prevalecente pode fazer com que eles se sintam mal em questioná-lo.

No nível organizacional também é possível implementar barreiras para impedir a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos. Por exemplo, medicamentos de *aspecto e nome parecido*, como Lasix (furosemida) e Losec (omeprazol), podem causar confusão, a menos que sejam estabelecidas precauções para evitar problemas.

### Reconciliação de medicamentos

A reconciliação de medicamentos procura indicar, num registro formal, os medicamentos que o paciente deve receber, evitando, assim, as falhas na comunicação. No nível local, a OMS recomenda que os serviços mantenham uma lista completa dos medicamentos tomados por cada paciente. Tal lista deverá:

- ser apresentada em cada transferência do paciente;
- incluir os medicamentos tomados no hospital e aqueles que *não exigem receita médica*;
- especificar o momento de administração, a dose e a via;
- corresponder aos hábitos atuais do paciente.

É provável que o envolvimento do paciente no processo de reconciliação de medicamentos ajude a reduzir ainda mais a ocorrência de eventos adversos. Na enfermaria, a folha de prescrição deve estar claramente visível e deve ser verificada e atualizada regularmente em horários específicos. A lista deve ser atualizada e comunicada claramente em todas as transições entre prestadores do cuidado de saúde, tais como as passagens de caso e a alta hospitalar. Sempre que possível, devem ser utilizados formulários padronizados.

Em longo prazo, um cartão internacional padronizado entregue ao paciente talvez ajude a eliminar erros na transferência de informações. Além disso, foi demonstrado que versões eletrônicas dos sistemas acima, embora ainda não estejam disponíveis globalmente, reduzem significativamente a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos. Um hospital que se dedicou a um programa de reconciliação de medicamentos baseado nas normas citadas reduziu a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos em 85% num período de 10 meses.



## Aprendizado

Sistemas de notificação e aprendizado que não sejam punitivos e que incluam eventos adversos relacionados a medicamentos podem ser muito valiosos para o cuidado de saúde. Tais erros frequentemente revelam carências nos sistemas subjacentes, ao invés de falhas individuais. Os sistemas de notificação devem ser fortalecidos, permitindo que os profissionais tenham acesso a esse tipo de informação.

## Conclusão

Devido à alta prevalência de eventos adversos relacionados a medicamentos, à dimensão dos danos e à existência de soluções viáveis, a redução de danos nessa área é um objetivo urgente e muito importante. É preciso dar prioridade às estratégias de reconciliação de medicamentos no nível local e à implementação de políticas organizacionais ligadas à aquisição e a outras questões relacionadas aos medicamentos. A segurança de medicamentos continua a ser uma das questões mais prementes na área da segurança do paciente.

## Referências selecionadas

1. The Importance of Pharmacovigilance (Safety monitoring of medicinal products). Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, 2002.
2. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1): 29-34.
3. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995; 10(4): 199-205.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38(3): 261-71.
6. Baune B, Kessler V, Patris S, Descamps V, Casalino E, Quenon JL, Farinotti R. Iatrogénie médicamenteuse à l'hôpital: enquête un jour donné. *Presse Med.* 2003; 32(15): 683-8.
7. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA.* 1998; 279(15): 1200-5.
8. Audit Commission. A Spoonful of Sugar – Medicines Management in NHS Hospitals. Audit Commission Publications, Wetherby, Reino Unido, 2001. <http://www.auditcommission.gov.uk>
9. The Quality in Australian Health Care Study. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. *Med J Aust.* 1995; 163(9): 458-71.
10. World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, 2007. <http://www.jcipatientsafety.org/24725>
11. Institute of Medicine. Preventing Medication Errors. The National Academies Press, Washington, EUA, 2006.

# Envolvimento do paciente

## Introdução

Para muitos pacientes que consultam um médico, os riscos relacionados ao cuidado inseguro são uma ideia distante. Os pacientes esperam que os profissionais de saúde lhes ofereçam um cuidado seguro e adequado. A prestação e recepção do cuidado de saúde é um ato de parceria e confiança entre pacientes e profissionais de saúde. Um maior envolvimento dos pacientes nesse processo é uma das maneiras de oferecer um cuidado mais seguro.

## Envolvendo os pacientes para prevenir erros

Muitas organizações de saúde estão estimulando ativamente o envolvimento do paciente para reduzir a ocorrência de erros e compreender melhor as causas dos danos. Os pacientes têm uma perspectiva única; eles frequentemente são os únicos a enxergar todo o itinerário clínico e têm noções valiosas sobre como o cuidado é comunicado e prestado.

Existem muitas maneiras de promover um maior envolvimento dos pacientes para tornar o cuidado de saúde mais seguro. Em primeiro lugar, é preciso que os pacientes sejam mais bem informados sobre sua doença e seu tratamento, recebendo explicações sobre o diagnóstico e as opções terapêuticas disponíveis. Os pacientes e suas famílias devem ser estimulados a expressar suas preocupações de segurança sempre que as tiverem, seja por sistemas de notificação formais, seja conversando com profissionais dedicados e treinados. A presença de um parente ou amigo pode ajudar o paciente a entender as decisões que estão sendo tomadas; estas pessoas também podem atuar como defensoras da segurança do paciente, caso este esteja ansioso, indisposto ou confuso.

Existem cada vez mais organizações de defesa dos direitos do paciente que trabalham junto às organizações de saúde para promover um cuidado mais seguro. Tais organizações podem desempenhar funções importantes, como campanhas para apoiar e encorajar os pacientes a fazer perguntas e a verificar se o tratamento oferecido é o correto. Também são feitas campanhas para lembrar os profissionais da higienização das mãos. Muitas dessas organizações são geridas por pacientes e famílias que foram afetados pelo cuidado inseguro e que estão intensamente comprometidos com a segurança do paciente e com a prevenção de danos futuros.

A partilha de experiências dos pacientes com os profissionais de saúde durante o treinamento fomenta uma cultura na qual os pacientes são valorizados e na qual sua participação ativa nas decisões terapêuticas se torna a prática normal. As histórias pessoais dos pacientes sobre o cuidado inseguro são uma importante fonte de informações e conhecimentos que podem ser usados para compreender melhor as causas dos erros e suas consequências devastadoras.

## Barreiras à participação do paciente

Os pacientes muitas vezes relutam em participar porque não se sentem autorizados a fazê-lo. Os pacientes não estão cientes dos riscos do cuidado de saúde; por isso, é necessária uma maior conscientização sobre a segurança do paciente nos níveis internacional, nacional e institucional. Os erros podem ocorrer, e de fato ocorrem, nos ambientes de cuidado de saúde. Os pacientes devem estar cientes disso e do fato de que sua participação pode ajudar a reduzir os riscos. No entanto, ainda não sabemos ao certo qual é a melhor maneira de educar os pacientes. Para isso, provavelmente será necessária uma combinação de informações verbais e escritas, lembretes e incentivos.

Para avaliar a efetividade dos programas de envolvimento do paciente, serão necessários novos estudos. Embora muitos autores tenham sugerido que os pacientes podem participar da prevenção de erros no cuidado de saúde, existem evidências limitadas na literatura médica sobre a efetividade dessa estratégia.

Os profissionais de saúde devem modificar seus hábitos para estimular o envolvimento do paciente. Os profissionais muitas vezes se recusam a transferir poder para os pacientes. Essa recusa tem múltiplas causas: durante sua formação, os profissionais aprendem que não devem envolver os pacientes e são relutantes em abandonar o modelo paternalista de cuidado de saúde. Isso ocorre especialmente em relação aos pacientes de nível socioeconômico mais baixo, que às vezes são vistos como incapazes de contribuir para seu próprio cuidado. Muitos profissionais de saúde também consideram que o envolvimento do paciente iria consumir muito tempo, embora isso não tenha sido demonstrado em estudos clínicos.

Os pacientes e suas famílias afirmam que, quando algo dá errado, muitas vezes se deparam com uma barreira de silêncio, negação e até hostilidade. Nessas circunstâncias, os pacientes podem rapidamente se sentir inseguros, perder a confiança nos profissionais que cuidam deles. Além dos possíveis efeitos físicos, os pacientes podem sofrer emocionalmente ao saberem que sofreram algum dano. Quando um erro ocorre, os pacientes devem receber informações, apoio e aconselhamento.

Em muitos países, os pacientes podem se sentir gratos apenas por terem acesso às instituições de saúde. Com isso, talvez não estejam dispostos a buscar as razões para os erros em seu cuidado ou as causas de algum dano. Os pacientes podem se sentir desleais aos profissionais ou, então, temer pelas consequências reais ou supostas do ato de questionar o modo como o cuidado é prestado. Os pacientes também afirmam que a oportunidade de aprender muitas vezes é limitada pelas tentativas de esconder os erros. Tal conduta fomenta a confrontação, o que pode prejudicar a relação de confiança entre profissionais de saúde e pacientes. Isso muitas vezes leva a processos judiciais, em vez de servir como uma oportunidade de reparação para todas as partes.

## Conclusão

Os pacientes estão se tornando cada vez mais envolvidos com as organizações de saúde, tanto no nível nacional como global. A promoção de relações abertas e sinceras entre profissionais de saúde e pacientes criará fóruns para o diálogo e mecanismos efetivos para a construção de sistemas de saúde mais seguros. Os profissionais de saúde devem abraçar o conceito de envolvimento do paciente. Cada profissional de saúde, assim como o sistema de saúde como um todo, deve apoiar e fomentar abertamente a participação do paciente.

## Referências selecionadas:

1. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev.* 2005; 62(5): 601-16.
2. Mansell D, Poses RM, Kazis L, Duefield CA. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med.* 2000; 160(19): 2991-6.
3. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs.* 2003; 12(4): 501-8.
4. Cahill J. Patient participation-a review of the literature. *J Clin Nurs.* 1998; 7(2): 119-28.
5. Willems S, De Maesschalk S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* 2005; 56(2): 139-46.
6. Brennan PE, and Safran C. Patient Safety: Remember who it's really for. *Int J Med Inform* 2004; 73: 547-550.
7. International Alliance of Patients' Organizations [www.patientsorganizations.org](http://www.patientsorganizations.org)
8. Organização Mundial da Saúde. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: Patients for Patient Safety. [www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en)

Num ambiente clínico seguro, existem sistemas para prevenir os erros e para tentar assegurar que os pacientes não sofram danos quando erros inevitavelmente ocorrem.

Quando um erro ocorre, a reação tradicional de culpar individualmente o prestador do cuidado de saúde negligencia as condições nas quais o erro ocorreu. Com isso, a organização perde a oportunidade de aprender maneiras de tornar seu ambiente mais seguro. Não é possível eliminar os erros humanos do ambiente clínico. No entanto, podemos criar sistemas que ajudem as pessoas a evitar os erros e que minimizem seus efeitos nocivos.

A análise de causa raiz consiste na análise sistemática de todos os fatores que predisuseram a um erro ou que tinham o potencial de preveni-lo. A técnica pode ser aplicada aos incidentes nos quais ocorreu um dano evitável ou aos "*near misses*" — casos em que uma situação ou evento representa um risco de danos ao paciente. As organizações podem utilizar a análise de causa raiz para explicar como ocorreu o incidente e para conceber mecanismos para prevenir uma nova ocorrência no futuro.

São muitas as ferramentas que podem ser usadas na análise de causa raiz. Uma delas é a técnica do "diagrama em espinha de peixe". Neste exemplo, identificamos nove grupos de fatores contribuintes. Estes podem ser divididos em subgrupos. Por exemplo, os fatores ligados ao paciente podem ser subdivididos em condição clínica, fatores sociais, fatores físicos, fatores mentais e psicológicos e relações interpessoais. Cada grupo de fatores pode, então, ser considerado individualmente, avaliando-se sua relevância para o incidente específico que estamos estudando. Esse método incita-nos a considerar cada um dos elementos de uma ampla gama de fatores. O método também nos permite apresentar os fatores identificados num diagrama esquemático simples.

Para realizar a análise de causa raiz, devemos seguir certos passos:

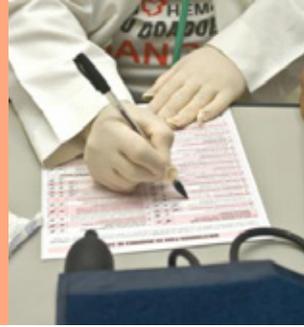
1. Definir quais eventos devem ser investigados; por exemplo, eventos que foram ou poderiam ter sido fatais e que podem se repetir, mas são considerados evitáveis.
2. Selecionar uma equipe multidisciplinar que inclua uma pessoa com formação na especialidade em questão e outra com experiência na investigação de incidentes.
3. Reunir informações entrevistando todas as pessoas envolvidas (usando entrevistas abertas e semiestruturadas), lendo toda a documentação disponível, examinando o equipamento e inspecionando o local onde ocorreu o evento. Também é possível fazer uma reconstrução do evento.
4. Compilar as informações de todas as fontes num esquema de fácil utilização; por exemplo, na forma de uma cronologia de eventos.
5. Pedir a todas as partes envolvidas que identifiquem os aspectos da prestação do serviço que, em sua opinião, contribuíram para o evento; por exemplo, identificando de que forma o evento representou um desvio em relação à prática normal.
6. Utilizar uma ferramenta de investigação, como um diagrama em espinha de peixe, para identificar os fatores que contribuíram para o evento ou que tinham o potencial de evitá-lo.
7. Fazer recomendações direcionadas que possam ser implementadas para reduzir o potencial de o evento voltar a ocorrer. As recomendações devem ser simples, específicas e mensuráveis. Uma recomendação do tipo "todos devem tentar não fazer isto de novo" é fácil de dizer, mas difícil de implementar.
8. Publicar um relatório para partilhar as lições aprendidas com o restante da organização e, de forma mais ampla, com o sistema de saúde como um todo.



"Quando um erro ocorre, a reação tradicional de culpar individualmente o prestador do cuidado de saúde negligencia as condições nas quais o erro ocorreu."

## Análise em espinha de peixe

### Temas de discussão para os facilitadores do curso



Ferramenta desenvolvida pela NHS National Patient Safety Agency, Reino Unido.

## Agradecimentos

Desenvolvido pela Equipe de Segurança com Vincristina da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com apoio e contribuições de: Brendan Flannigan, Rhona Flynn e equipe, James Ip, Eugenia Lee e Rona Patey.

### **Secretariado da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente**

(Todas as equipes e membros são citados em ordem alfabética segundo a equipe responsável pela publicação.)

#### **Segurança com Vincristina:**

Felix Greaves, Helen Hughes, Claire Lemer, Douglas Noble, Kristine Stave, Helen Woodward

#### **Infecções da Corrente Sanguínea:**

Katthiana Aparicio, Gabriela García Castillejos, Sebastiana Gianci, Chris Goeschel, Maria Teresa Diaz Navarraz, Edward Kelley, Itziar Larizgoitia, Peter Pronovost, Angela Lashoher

#### **Apoio e Administração Central:**

Sooyeon Hwang, Sean Moir, John Shumbusho, Fiona Stewart-Mills

#### **Cuidado Limpo é Cuidado Mais Seguro:**

Benedetta Allegranzi, Sepideh Bagheri Nejad, Pascal Bonnabry, Marie-Noelle Chraiti, Nadia Colaizzi, Nizam Damani, Sasi Dharan, Cyrus Engineer, Michal Frances, Claude Ginet, Wilco Graafmans, Lidvina Grand, William Griffiths, Pascale Herrault, Claire Kilpatrick, Agnès Leotsakos, Yves Longtin, Elizabeth Mathai, Hazel Morse, Didier Pittet, Hervé Richet, Hugo Sax, Kristine Stave, Julie Storr, Rosemary Sudan, Shams Syed, Albert Wu, Walter Zingg

#### **Comunicação e Envolvimento com os Países:**

Vivienne Allan, Agnès Leotsakos, Laura Pearson, Gillian Perkins, Kristine Stave

#### **Educação:**

Bruce Barraclough, Gerald Dziekan, Benjamin Ellis, Felix Greaves, Helen Hughes, Ruth Jennings, Itziar Larizgoitia, Claire Lemer, Douglas Noble, Rona Patey, Gillian Perkins, Samantha Van Staaldunen, Merrilyn Walton, Helen Woodward

#### **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente:**

Martin Fletcher, Edward Kelley, Itziar Larizgoitia, Fiona Stewart-Mills

#### **Prêmio e Indicadores de Segurança do Paciente:**

Benjamin Ellis, Itziar Larizgoitia, Claire Lemer

**Pacientes pela Segurança do Paciente:**

Joanna Groves, Martin Hatlie, Rachel Heath, Helen Hughes, Anna Lee, Peter Mansell, Margaret Murphy, Susan Sheridan, Garance Upham

**Radioterapia:**

Michael Barton, Felix Greaves, Ruth Jennings, Claire Lemer, Douglas Noble, Gillian Perkins, Jesmin Shafiq, Helen Woodward

**Notificação e Aprendizado:**

Gabriela Garcia Castillejos, Martin Fletcher, Sebastiana Gianci, Christine Goeschel, Helen Hughes, Edward Kelley, Kristine Stave

**Pesquisa e Gestão de Conhecimentos:**

Maria Ahmed, Katthyana Aparicio, David Bates, Helen Hughes, Itziar Larizgoitia, Pat Martin, Carolina Nakandi, Nittita Prasopa-Plaizier, Kristine Stave, Albert Wu

**Cirurgias Seguras Salvam Vidas**

William Berry, Mobasher Butt, Priya Desai, Gerald Dziekan, Lizabeth Edmondson, Luke Funk, Atul Gawande, Alex Haynes, Sooyeon Hwang, Agnès Leotsakos, Elizabeth Morse, Douglas Noble, Sukhmeet Panesar, Paul Rutter, Laura Schoenherr, Kristine Stave, Thomas Weiser, Iain Yardley

**Soluções e High 5s:**

Laura Caisley, Gabriela Garcia-Castillejos, Felix Greaves, Edward Kelley, Claire Lemer, Agnès Leotsakos, Douglas Noble, Dennis O'Leary, Karen Timmons, Helen Woodward

**Enfrentando a Resistência Microbiana:**

Gerald Dziekan, Felix Greaves, David Heymann, Sooyeon Hwang, Sarah Jonas, Iain Kennedy, Vivian Tang

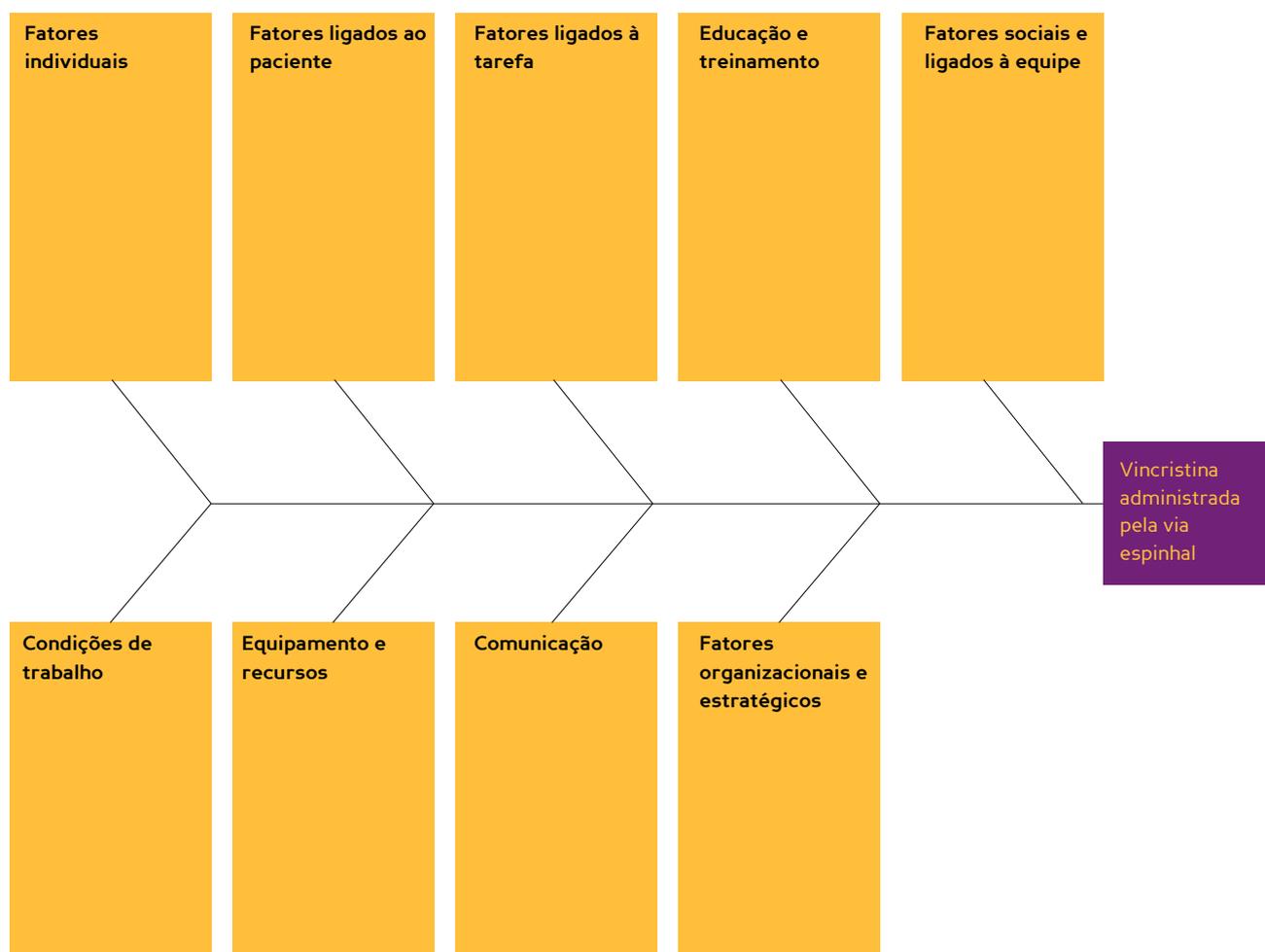
**Tecnologia:**

Rajesh Aggarwal, Lord Ara Darzi, Rachel Davies, Gabriela Garcia Castillejos, Felix Greaves, Edward Kelley, Oliver Mytton, Charles Vincent, Guang-Zhong Yang



Anexo I

Diagrama em espinha de peixe



Ferramenta desenvolvida pela NHS National Patient Safety Agency, Reino Unido.

## Questões a considerar

Por favor, utilize as perguntas a seguir para refletir sobre a sua experiência com a prestação do cuidado de saúde em sua própria organização.

### **Procedimentos operacionais padrão e protocolos:**

1. É possível implementar procedimentos operacionais padrão e protocolos para prestar um cuidado de saúde mais seguro?
2. Há adesão aos procedimentos operacionais padrão e protocolos, e, em caso negativo, quais pressões impedem sua implementação?
3. Existe uma cultura de desprezo pelos procedimentos operacionais padrão e protocolos na sua organização?

### **Garantia de um treinamento válido e atualizado:**

1. Como você sabe se os seus colegas receberam o treinamento necessário para realizar seu trabalho corretamente?
2. Você tem uma maneira de avaliar seus colegas para ter certeza de que são competentes?
3. Existe um sistema para assegurar a iniciação aos procedimentos locais?
4. Você sabe o que deve fazer caso tenha preocupações em relação à competência de seus colegas ou à segurança de suas práticas? Você receberia apoio caso expressasse as suas preocupações?
5. Como você saberia se o seu sistema de saúde permitisse que um profissional de saúde sem competências ou treinamento exercesse a profissão?

### **Comunicação:**

1. Em que medida, no seu ambiente de saúde, foi abordada a necessidade de uma comunicação interdisciplinar efetiva?
2. Os profissionais valorizam, ou ao menos conhecem, as funções de seus colegas?
3. Um profissional pode se aproximar de um superior e fazer um questionamento legítimo sobre a segurança de uma situação?
4. Vocês trabalham bem em equipe?

### **Segurança de medicamentos:**

1. As anotações médicas são acessíveis, atualizadas e legíveis?
2. As políticas de aprovisionamento da sua organização asseguram a consistência na compra de medicamentos e possuem mecanismos de verificação para detectar possíveis erros, tais como medicamentos de aspecto e nome parecido?
3. Existem sistemas para assegurar que somente profissionais treinados possam se envolver na administração de medicamentos de alto risco?

### **Envolvimento do paciente:**

1. Na sua organização, o que é feito para assegurar que os pacientes sejam parceiros ativos em seu próprio tratamento?
2. De que maneira a sua organização poderia desempenhar um papel mais ativo para fazer frente a esse desafio?
3. Seria possível utilizar outros meios para envolver os pacientes, como pôsteres, folhetos e cartões de tratamento?

### **Sumário:**

1. Existem procedimentos operacionais padrão e protocolos no seu local de trabalho?  
Os profissionais aderem a eles?  
Em caso negativo, por que não?  
Seria possível desenvolvê-los?
2. Existe um sistema para assegurar que os profissionais de saúde recebam um treinamento atualizado e exerçam suas funções de forma segura?
3. Você se comunica de forma efetiva com seus colegas como parte de uma equipe multidisciplinar?
4. Você tem acesso a informações sobre o uso seguro de medicamentos?
5. Você faz com que os pacientes se envolvam em seu próprio cuidado?

## Formulário de avaliação

**Obrigado por reservar algum tempo para preencher este formulário de avaliação. Ele nos ajudará a melhorar as nossas oficinas futuras.**

Eu sou um(a) (marque com um círculo)

Enfermeiro(a) Médico(a) Farmacêutico(a) Administrador(a) Outro (especifique).....

**Na sua opinião, qual é a importância da segurança do paciente na sua prática clínica?**

- Nem um pouco importante
- Não muito importante
- Neutro
- Razoavelmente importante
- Muito importante

**Você acha que as outras pessoas na sua equipe pensam que a segurança do paciente é importante?**

- Certamente não
- Possivelmente não
- Neutro
- Possivelmente sim
- Certamente sim

**Qual é o seu grau de confiança em sua capacidade de identificar fatores no seu local de trabalho que influam sobre a segurança do paciente?**

- Nem um pouco confiante
- Pouco confiante
- Neutro
- Razoavelmente confiante
- Muito confiante

**Que grau de dificuldade você enfrentaria ao tentar sugerir mudanças no seu local de trabalho?**

- Muito difícil
- Razoavelmente difícil
- Neutro
- Razoavelmente fácil
- Muito fácil

**Qual é a probabilidade de que você sugira mudanças no seu local de trabalho nos próximos três meses?**

- Muito improvável
- Razoavelmente improvável
- Neutro
- Razoavelmente provável
- Muito provável

Que mudanças você poderia sugerir? .....

**Qual é a probabilidade de que outros fatores venham a dificultar a sugestão de mudanças no seu local de trabalho?**

- Muito improvável
- Razoavelmente improvável
- Neutro
- Razoavelmente provável
- Muito provável

Que fatores poderiam gerar essa dificuldade? .....

**Na sua opinião, qual é a importância de cada um destes fatores para a segurança do paciente na sua área clínica?**

• Procedimentos operacionais padrão e protocolos

- Nem um pouco importantes
- Não muito importantes
- Neutro
- Razoavelmente importantes
- Muito importantes

• Comunicação

- Nem um pouco importante
- Não muito importante
- Neutro
- Razoavelmente importante
- Muito importante

• Treinamento

- Nem um pouco importante
- Não muito importante
- Neutro
- Razoavelmente importante
- Muito importante

• Segurança de medicamentos

- Nem um pouco importante
- Não muito importante
- Neutro
- Razoavelmente importante
- Muito importante

• Envolvimento do paciente

- Nem um pouco importante
- Não muito importante
- Neutro
- Razoavelmente importante
- Muito importante

1                    2                    3                    4                    5  
muito baixa      baixa      aceitável      boa      muito boa

**1. Que nota você dá à oficina como um todo?**

1                    2                    3                    4                    5

**2. Qual foi a qualidade do material oferecido?**

1                    2                    3                    4                    5

**3. Qual foi a relevância da oficina para o seu trabalho clínico?**

1                    2                    3                    4                    5

**4. Quais foram os pontos positivos?**

---

---

---

**5. O que pode ser melhorado?**

---

---

---

Obrigado por participar da oficina de segurança do paciente "Aprendendo com os erros".