

# Tópico 3

A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente

Guia Curricular de Segurança do Paciente  
da Organização Mundial de Saúde

Edição Multiprofissional



# Objetivos pedagógicos

Compreender como os sistemas podem melhorar os cuidados em saúde e minimizar os eventos adversos aos pacientes.

# Conhecimentos necessários

- Explicar os termos *sistema* e *sistema complexo* e como eles se relacionam com os cuidados em saúde.
- Explicar por que uma abordagem sistêmica para a segurança do paciente é superior à abordagem tradicional.

# Desempenhos esperados

Descrever os elementos de um sistema que oferecem cuidados em saúde de forma segura.

# Um “sistema”

- Um conjunto de duas ou mais partes que interagem entre si, ou
- “Um grupo independente de itens que formam um todo unificado.”

*National Patient Safety Education Framework. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.(p.202)*

# Um “sistema complexo”

- Muitas partes que interagem entre si
- Difícil se não impossível prever o comportamento do sistema baseado no conhecimento de cada um de seus componentes.

# Os serviços de saúde são um “sistema complexo”



**Complexidade = maior chance  
de algo dar errado !**

# Duas escolas de pensamento sobre lesão por iatrogenia

- Abordagem tradicional ou pessoal
  - A cultura “antiga”
  - “Simplesmente se empenhe mais”
- Abordagem sistêmica:
  - O “novo olhar”

Você pode encontrar um pouco de ambas no seu trabalho.

# Abordagem pessoal

- Encara os erros como falta de cuidado
- As medidas corretivas se dirigem principalmente à pessoa que cometeu o erro.
  - Nomear
  - Culpar
  - Humilhar
  - Retreinar

# Uma falha individual?

Não funciona!

- As pessoas não têm a intenção de cometer erros ...  
... apenas um número muito reduzido de casos são de violações deliberadas
- Não vai resolver o problema. Isso só vai piorar a situação
- Medidas corretivas criam uma falsa sensação de segurança ...  
“nós ´corrigimos´ o problema”
- Profissionais de saúde vão omitir os erros
- Pode destruir muitos profissionais de saúde, inadvertidamente  
- “a segunda vítima”

# Por que investigar?

- Quanto mais compreendemos como e por que essas coisas acontecem, mais podemos introduzir esquemas de verificação para reduzir a recorrência
- As estratégias são:
  - Educação
  - Novos protocolos
  - Novos sistemas
- Responsabilização

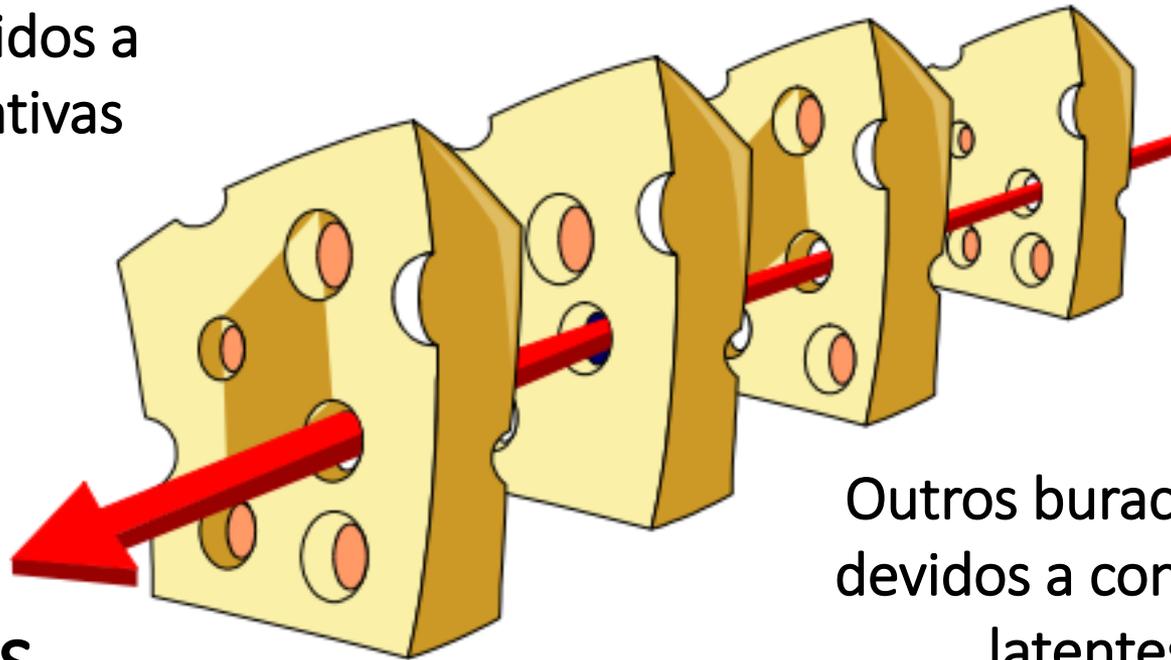
# A nova abordagem

Múltiplos fatores relativos a/ao:

- Paciente
- Provedor
- Tarefas
- Tecnologia e equipamentos
- Equipe
- Ambiente
- Organização

# O modelo do “Queijo suíço” de Reason da causa do erro

Alguns buracos  
são devidos a  
falhas ativas



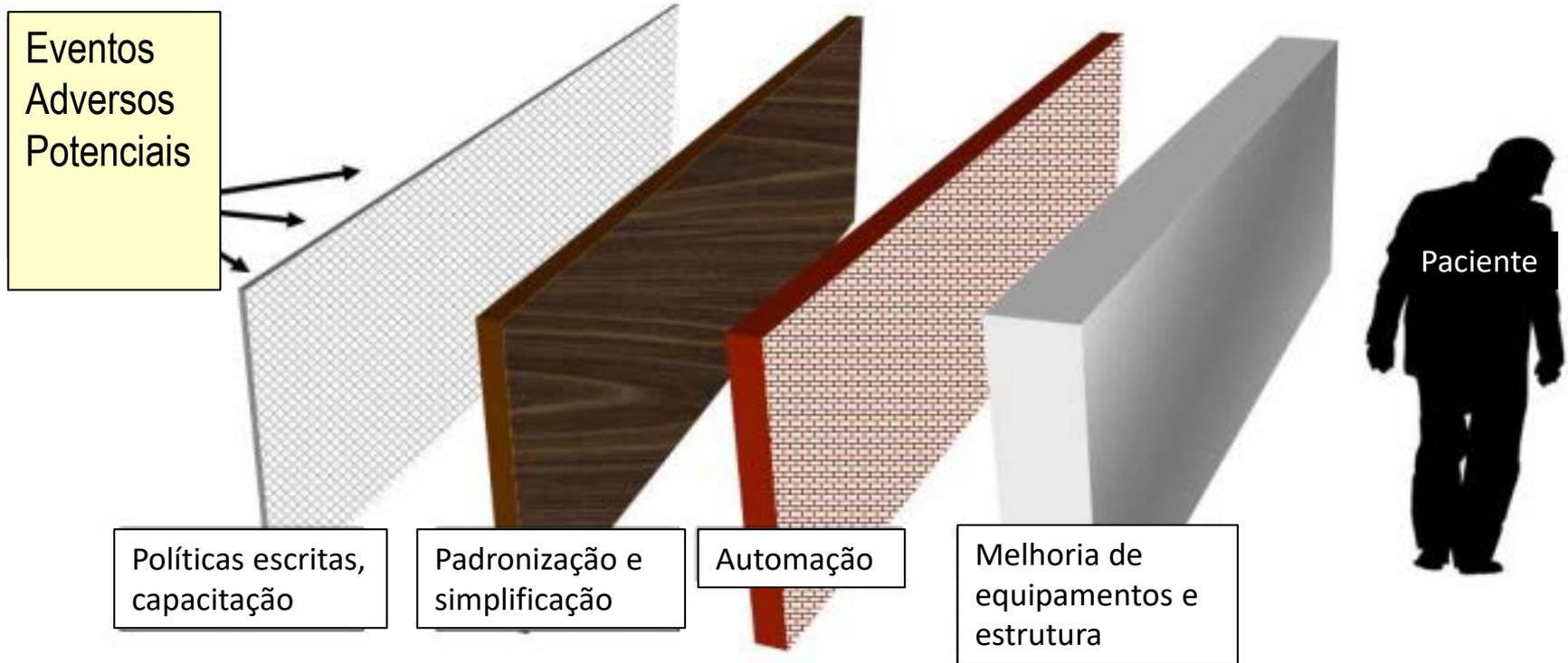
Perigo

Perdas

Outros buracos são  
devidos a condições  
latentes

Camadas sucessivas de defesas, barreiras e salvaguardas *Sistemas de defesas*

# Defesas de Reason



*Fonte: Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety*

# Características das Organizações de Alta Confiabilidade (OAC)

- Preocupação com falhas
- Compromisso com a resiliência
- Sensibilidade a operações
- Uma cultura de segurança

# Princípios-chave das teorias de OACs

- Manter uma cultura da segurança forte e uniforme
- Usar estruturas e procedimentos ideais
- Fornecer treinamento intensivo e contínuo a indivíduos e equipes
- Implementar aprendizagem organizacional abrangente e gestão da segurança

# O porta-aviões: O protótipo da OAC



Ambiente *quase* isento de falhas, apesar de diversos perigos

*Fonte: Gaba*

# Profissionais de saúde podem aprender com as OACs

Embora os cuidados à saúde sejam diferentes de outras organizações (i.e. pessoas não são aeronaves), podemos aprender:

- Com sua experiência de êxito:
  - Que fatores contribuem para que funcionem tão bem?
- Com suas falhas:
  - Como os desastres ocorrem mesmo nas condições de alta confiabilidade?

# Resumo

- Prestação de cuidados à saúde é complexa
- Quando as coisas vão mal, adotar um enfoque sistêmico é mais produtivo para a segurança do paciente do que uma abordagem pessoal.