



PROQUALIS

Relatório de evidências/Avaliação de tecnologia
Número 211

Tornando o Cuidado de Saúde Mais Seguro II: Uma Análise Crítica Atualizada das Evidências Sobre Práticas de Segurança do Paciente

Sumário Executivo

Programa de práticas baseadas em evidências

A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, através de seus *Evidence-based Practice Centers (EPCs)*, patrocina o desenvolvimento de relatórios de evidências e avaliações de tecnologia a fim de auxiliar os esforços das organizações públicas e privadas para melhorar a qualidade do cuidado de saúde nos Estados Unidos. Os relatórios e avaliações fornecem a essas organizações informações abrangentes, baseadas nos conhecimentos científicos, sobre condições clínicas comuns e dispendiosas e novas tecnologias de saúde. Os EPCs fazem revisões sistemáticas da literatura científica relevante sobre tópicos que lhes são indicados pela AHRQ e realizam análises adicionais, quando necessário, antes de desenvolver seus relatórios e avaliações.

A AHRQ espera que os relatórios de evidências e as avaliações de tecnologia dos EPCs sirvam como fontes de informações para planos de saúde, prestadores e compradores, além do sistema de saúde como um todo, oferecendo dados importantes que ajudem a melhorar a qualidade do cuidado de saúde.

O relatório completo e este sumário estão disponíveis em:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133363/pdf/Bookshelf_NBK133363.pdf



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
e a Segurança do Paciente – PROQUALIS
Instituto de Comunicação e Informação Científica
e Tecnológica (ICICT) / FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365
Pavilhão Haity Moussatché – Sala 215
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: (55) (21) 3865-3283

Contexto

O relatório do Institute of Medicine “To Err is Human: Building a Safer Health System”, publicado em 1999, é considerado por muitos o trabalho que lançou o movimento moderno pela segurança do paciente.¹ Um ano depois da publicação do relatório, como parte de sua agenda inicial de atividades de segurança do paciente, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) contratou um grupo do Evidence-based Practice Center (EPC) da University of California, San Francisco-Stanford, para avaliar as evidências relacionadas a um grupo variado de práticas de segurança do paciente (PSPs) existentes na época.

O relatório resultante, publicado em 2001, “Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices”,² que será chamado aqui de “Making Health Care Safer”, foi ao mesmo tempo influente e controverso. A AHRQ distribuiu um número considerável de cópias do relatório, que se tornou uma pedra angular de outras iniciativas (como as 34 “Práticas Seguras para um Melhor Cuidado de Saúde” do National Quality Forum)³ destinadas a classificar as práticas de segurança segundo a força das evidências. Entretanto, a baixa classificação dada a algumas práticas de segurança populares, como o uso de prescrições computadorizadas, despertou questionamentos fundamentais sobre o papel da medicina baseada em evidências nas práticas de qualidade e segurança.

Desde a publicação do relatório “Making Health Care Safer”, a área da segurança amadureceu. As entidades regulatórias e certificadoras estimulam as organizações de saúde a adotarem “práticas seguras” e a evitarem eventos adversos considerados inteira ou amplamente evitáveis. Foi investido um montante considerável de dinheiro e profissionais-hora nas iniciativas para melhorar a segurança, e quase todas as organizações de prestação do cuidado de saúde consideram a segurança uma de suas prioridades estratégicas fundamentais.

No entanto, as evidências indicam que o progresso não correspondeu aos esforços e aos investimentos. Algumas práticas de segurança do paciente (PSPs) resultaram em consequências inesperadas, enquanto outras demonstraram ser altamente dependentes do contexto, sendo efetivas num ambiente de pesquisa, mas



fracassando ao serem implementadas de forma mais ampla. Nos últimos dois anos, três estudos revelaram altas taxas de danos evitáveis em hospitais,⁴⁻⁶ e um deles não observou nenhuma melhoria nas taxas de eventos adversos entre 2003 e 2008.

Diante desse contexto, a AHRQ encomendou um relatório de pesquisa atualizado sobre o estado das PSPs. Como muitos membros da equipe de pesquisa e boa parte da metodologia vieram do projeto “Making Health Care Safer” inicial, e a maior parte das práticas relevantes já tinha sido revista no primeiro relatório, enxergamos este novo trabalho como um sucessor natural do relatório de 2001. Contudo, devido à crescente literatura ligada à segurança do paciente e aos limites em termos de orçamento e tempo, decidimos examinar um subconjunto de PSPs (escolhidas a partir dos métodos descritos abaixo). Além disso, parte do amadurecimento da área da segurança esteve relacionado a uma apreciação mais aprofundada da importância do contexto nas práticas de segurança do paciente, um assunto examinado pela nossa equipe de pesquisa no relatório de 2010, “Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria”, que será chamado aqui de “Context Sensitivity”.⁷ Dessa forma, este relatório põe uma maior ênfase nas questões ligadas ao contexto, na possibilidade de generalizar os resultados e nas consequências inesperadas do relatório “Making Health Care Safer” de 2001.

Objetivos

O objetivo deste projeto foi realizar uma revisão sistemática da literatura que avaliasse as evidências ligadas a um grande número de práticas de segurança do paciente.

Referencial Analítico

Neste relatório, adotamos a definição de PSP usada no relatório “Making Health Care Safer” de 2001:

Uma Prática de Segurança do Paciente é um tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos

resultantes da exposição ao sistema de saúde em uma variedade de doenças e procedimentos.

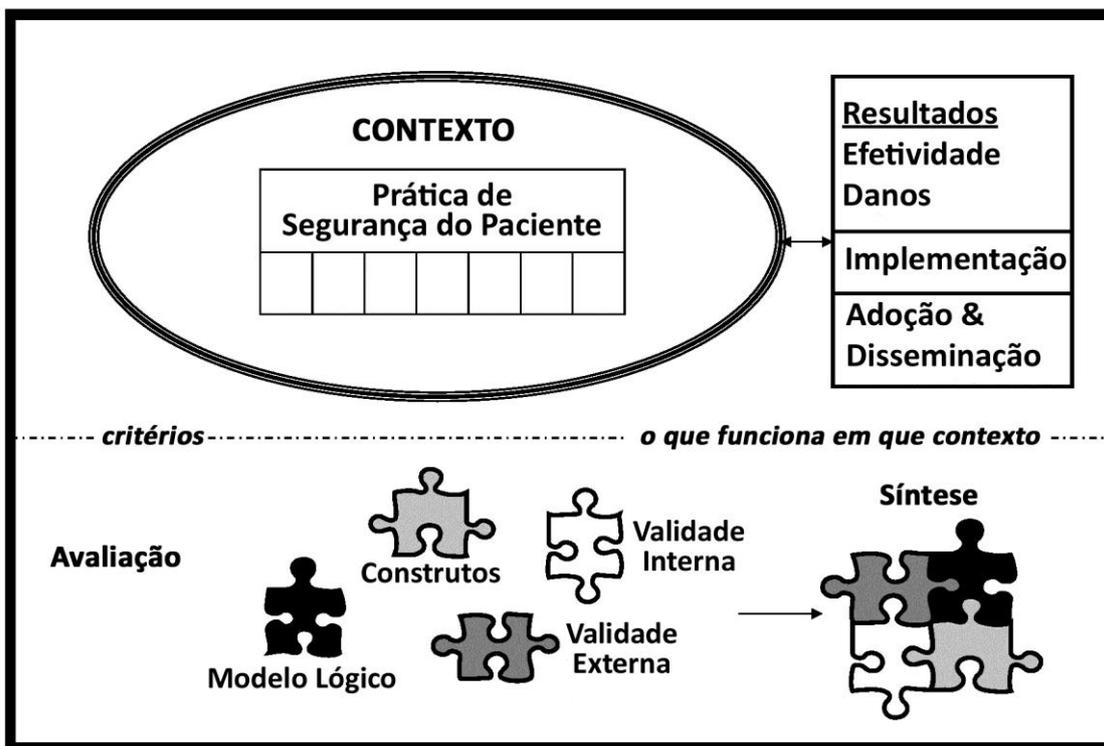
O referencial usado ao considerarmos as evidências ligadas às PSPs foi desenvolvido como parte do relatório “Context Sensitivity”.⁷ Uma das principais dificuldades na revisão das PSPs foi abordar a necessidade de definir o que constitui uma evidência no caso de uma PSP. Muitas práticas destinadas a melhorar a qualidade e a segurança consistem em intervenções sociotécnicas complexas cujos âmbitos de ação podem ser toda uma organização de saúde ou um grupo de prestadores, e essas intervenções podem estar voltadas a eventos raros. Para enfrentar a dificuldade em definir o que constitui uma evidência, reconhecemos que as PSPs devem ser avaliadas ao longo de duas dimensões: as evidências ligadas aos resultados de práticas de segurança e os fatores contextuais que influenciam o uso e a efetividade dessas práticas.

Essas dimensões estão representadas na Figura A. Esta figura apresenta um exemplo de PSP que consiste num conjunto de componentes (os quadros individuais) e ilustra o contexto no qual a PSP está inserida. Algumas questões de avaliação relevantes, apresentadas no lado direito da figura, são a efetividade e os danos, a implementação e a adoção/disseminação. Em seguida, utilizamos critérios para avaliar os quatro fatores que, juntos, constituem a qualidade (apresentados como peças de um quebra-cabeça na parte inferior da figura). São eles:

1. Construtos sobre a PSP, seus componentes, fatores contextuais, resultados e as maneiras de medir esses construtos com precisão.
2. Modelo lógico ou referencial conceitual sobre as relações esperadas entre esses construtos.
3. Validade interna para avaliar os resultados das PSPs num ambiente específico.
4. Validade externa para avaliar a probabilidade de a PSP gerar os mesmos resultados em outro ambiente.

A seguir, sintetizamos essas informações numa avaliação sobre a força das evidências para uma PSP específica.

Figura A. Quadro explicativo para avaliação de evidências das práticas de Segurança do Paciente



Dentre os principais resultados do relatório “Context Sensitivity” estão os seguintes pontos fundamentais:

- Embora os estudos controlados sobre a implementação de PSPs deem aos pesquisadores um maior controle sobre as fontes de erros sistemáticos do que os estudos observacionais, eles nem sempre são viáveis em termos de tempo ou de recursos. Além disso, muitas vezes não é possível fazer estudos controlados sobre PSPs que exigem mudanças organizacionais em grande escala ou sobre PSPs voltadas a eventos muito raros. Por fim, a padronização imposta pelo paradigma do estudo controlado pode limitar as respostas adaptativas necessárias para alguns projetos de melhoria de qualidade ou de segurança do paciente. Por isso, os pesquisadores podem ter que utilizar outros desenhos experimentais que não o estudo controlado e randomizado para desenvolver evidências fortes sobre a efetividade de algumas PSPs.



- Independentemente do desenho experimental escolhido para uma avaliação, certos componentes são fundamentais na avaliação de uma PSP no que diz respeito ao seu funcionamento no local de estudo e à sua possibilidade de funcionar em outros locais. São eles:

- Descrição explícita da teoria relativa aos componentes da intervenção escolhida e/ou um modelo lógico explícito que explique “por que esta PSP deveria funcionar”.
- Descrição da PSP de forma suficientemente detalhada que permita sua replicação, incluindo as mudanças esperadas nos papéis dos profissionais.
- Medição dos contextos.
- Explicação detalhada do processo de implementação, dos efeitos reais sobre as funções dos profissionais e das mudanças ao longo do tempo na implementação ou na intervenção.
- Avaliação do impacto da PSP sobre os resultados e seus possíveis efeitos inesperados (incluindo dados sobre custos, quando disponíveis).
- No caso de estudos com diversos locais de intervenção, avaliação da influência do contexto sobre a efetividade da intervenção e da implementação (processos e resultados clínicos).

- Dentre os contextos altamente prioritários na avaliação da implementação de qualquer PSP estão a obtenção de medidas e informações sobre cada um dos seguintes quatro domínios:

- Características organizacionais estruturais (p.ex., tamanho, localização, situação financeira, infraestrutura existente para qualidade e segurança).
- Fatores externos (p.ex., requisitos regulatórios, presença de pagamentos ou existência no ambiente externo de penalidades como o “pagamento por desempenho” ou a notificação pública, campanhas nacionais ou projetos colaborativos de segurança do paciente ou a ocorrência local de eventos sentinela de segurança do paciente).

- Cultura de segurança do paciente (não confundir com a cultura organizacional de forma mais ampla), trabalho em equipe e liderança ao nível da unidade.
- Disponibilidade de instrumentos de implementação e gerenciamento (p.ex., educação e treinamento dos profissionais, tempo dedicado ao treinamento, uso de sistemas internos de auditoria e retroalimentação, presença de profissionais internos ou externos responsáveis pela implementação, grau de adaptação local de qualquer intervenção).

Esses princípios orientaram a nossa pesquisa de evidências e o modo como apresentamos os nossos resultados neste relatório.

Métodos

Dividimos o projeto em três fases: refinamento dos tópicos, revisão das evidências e revisão crítica e interpretação das evidências. A equipe do projeto realizou o refinamento dos tópicos e conduziu a revisão crítica das evidências juntamente com o Technical Expert Panel (TEP), que também havia participado do projeto “Context Sensitivity”. Esse TEP incluiu muitos dos principais líderes em segurança do paciente nos Estados Unidos, no Canadá e no Reino Unido: especialistas em PSPs e em métodos de avaliação específicos e pessoas encarregadas de implementar as PSPs em hospitais e clínicas.

Refinamento dos tópicos

Como os objetivos do projeto eram avaliar as evidências sobre a efetividade de novas práticas de segurança e as evidências sobre a implementação de práticas de segurança atuais, a maior parte das PSPs foi considerada elegível para esta revisão. Dessa forma, a nossa primeira tarefa foi refinar o escopo dos tópicos para que se adequasse ao prazo e ao orçamento do projeto, uma tarefa conduzida pela equipe do projeto e pelo TEP. Para realizar a tarefa, criamos uma lista inicial de 158 PSPs que consideramos potencialmente elegíveis para a inclusão. Seguindo um processo de triagem com uma equipe interna, discussões em grupo com o TEP e votações formais pelo TEP,

reduzimos a lista a um conjunto de 41 PSPs cuja revisão das evidências foi considerada mais útil para os prestadores de cuidado de saúde, formuladores de políticas e pacientes. Entretanto, esse número de PSPs ainda era grande demais para uma revisão abrangente das evidências dentro do prazo previsto. Por esse motivo, perguntamos ao TEP o que seria mais importante para as partes envolvidas: a “amplitude” ou a “profundidade”. Em outras palavras, perguntamos se a revisão deveria focar um menor número de tópicos de forma mais detalhada ou se deveria cobrir todos os tópicos, mas com menor detalhamento. O TEP recomendou uma abordagem “híbrida”, na qual alguns tópicos seriam revistos de forma aprofundada e outros só receberiam uma “revisão breve”.

Escolhemos os tópicos que só precisavam de uma “revisão breve”, com base nas seguintes considerações: a PSP já estava bem estabelecida; as partes envolvidas só precisavam saber das “novidades” desde a última vez em que o tópico havia sido revisado de forma aprofundada; novas evidências sugeriam que a PSP talvez não fosse tão efetiva quanto se acreditava originalmente, o que fazia com que já não fosse uma PSP prioritária; ou a PSP era emergente e ainda possuía poucas evidências acumuladas. Ao final do processo, realizamos 18 revisões aprofundadas e 23 revisões breves.

Revisão de evidências

Revisões aprofundadas

Abordagem geral. Dos 18 tópicos que deveriam receber uma revisão aprofundada, vários provavelmente já possuíam uma revisão sistemática. Assim, em geral, o primeiro passo dado pela equipe do projeto foi identificar as revisões sistemáticas existentes. Para avaliar a utilidade em potencial dessas revisões, seguimos os procedimentos propostos por Whitlock e colaboradores,⁸ que consistem essencialmente em abordar estas duas perguntas: (1) a revisão existente está suficientemente relacionada ao tópico em questão a ponto de ter utilidade? (2) A revisão existente tem qualidade razoável, permitindo-nos ter confiança em seus resultados?

Se uma revisão sistemática existente fosse considerada suficientemente ligada ao tópico em questão e de qualidade aceitável, seguimos, então, por um de dois caminhos possíveis: (1) realizamos uma pesquisa “atualizada”, isto é, investigamos os bancos de dados em busca de novas evidências publicadas desde a data final da pesquisa feita na revisão sistemática existente ou (2) realizamos uma pesquisa por “sinais de atualização”. Essas pesquisas geralmente seguiram os critérios propostos por Shojania e colaboradores.⁹ Os estudos envolveram uma pesquisa em importantes bancos de dados e revistas científicas à procura de “estudos cruciais” que pudessem indicar que uma revisão sistemática estava desatualizada. Qualquer evidência identificada por meio da busca atualizada ou da pesquisa de “sinais” foi adicionada à base de evidências da revisão sistemática existente.

Algumas PSPs não tinham revisões sistemáticas prévias, enquanto outras tinham revisões anteriores que não eram suficientemente relevantes ou que não apresentavam qualidade aceitável para serem utilizadas. Nessas situações, realizamos novas pesquisas, utilizando as orientações do “Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews” da AHRQ.¹⁰

As evidências sobre o contexto, a implementação e a adoção são aspectos cruciais desta revisão. Pesquisamos as evidências sobre esses tópicos de duas maneiras:

- Procuramos e extraímos dados sobre o contexto e a implementação nos artigos que contribuíram para as evidências da efetividade.
- Identificamos “estudos de implementação” em nossas pesquisas na literatura. Os “estudos de implementação” concentram-se no processo de implementação, especialmente nos elementos que possuem uma importância especial (demonstrada ou prospectiva) para o êxito, ou a ausência de êxito, da implementação. Para serem elegíveis, os estudos de implementação deveriam relatar resultados de efetividade ou estar ligados a estudos que os relatassem.

Formato do relatório. O formato das revisões aprofundadas foi tirado do relatório “Context Sensitivity” da AHRQ. A Tabela A resume o formato das revisões aprofundadas.

Revisões breves

As revisões breves não são revisões sistemáticas plenas. Neste relatório, os objetivos das revisões breves sobre cada PSP variaram de acordo com as necessidades das partes envolvidas. A avaliação poderia estar focada nas informações sobre a efetividade de uma PSP emergente ou na implementação de uma PSP já estabelecida. Além disso, a revisão poderia avaliar se novas evidências questionam a efetividade de uma PSP existente. Dessa forma, os métodos das revisões breves variaram segundo o tópico. No entanto, de modo geral, as revisões breves foram conduzidas por um especialista em conteúdo que trabalhou com a equipe de projeto. As revisões breves envolveram pesquisas focadas na literatura em busca de evidências relevantes para as necessidades específicas. Posteriormente, as evidências foram resumidas de modo narrativo num formato que também variou segundo o objetivo específico.

Tabela A. Formato das revisões aprofundadas	
Qual é a importância do problema?	Esta seção descreve de forma breve a natureza do objetivo da Prática de Segurança do Paciente.
Qual é a Prática de Segurança do Paciente?	Esta seção descreve a prática ou as práticas propostas e avaliadas.
Por que esta Prática de Segurança do Paciente deveria funcionar?	Esta seção descreve o que já foi escrito sobre os fundamentos para a Prática de Segurança do Paciente proposta, como a teoria subjacente, o modelo lógico sobre as razões para o funcionamento da prática ou dados anteriores.
Quais são os efeitos benéficos da Prática de Segurança do Paciente?	Esta seção apresenta a revisão das evidências sobre a efetividade e é a seção mais parecida com os relatórios tradicionais dos <i>Evidence-based Practice Centers</i> .
Quais são os danos da Prática de Segurança do Paciente?	



Esta seção contém as evidências sobre os danos. Ao contrário da maior parte das revisões sobre intervenções clínicas, a avaliação de danos em potencial não é feita rotineiramente no estudo de práticas de segurança do paciente. Assim, na maior parte dos tópicos, esta seção foi pouco desenvolvida.

Como foi implementada a Prática de Segurança do Paciente e em quais contextos?

Esta seção apresenta o que já foi descrito sobre a implementação da Prática de Segurança do Paciente e a gama de instituições ou contextos em que a prática foi implementada. Quando existem evidências suficientes, os estudos de implementação são avaliados qualitativamente em busca de temas ligados à efetividade da implementação.

Existem dados sobre custos?

Esta seção descreve as evidências sobre os custos da implementação da Prática de Segurança do Paciente ou, em alguns casos, as análises de custo-efetividade que tenham sido realizadas.

Existem dados relativos ao efeito do contexto sobre a efetividade?

Esta seção descreve as evidências sobre a existência ou não de variabilidade na efetividade da Prática de Segurança do Paciente segundo o contexto. O projeto “Context Sensitivity” definiu os contextos importantes para as Práticas de Segurança do Paciente em quatro domínios: (1) fatores externos (p.ex., incentivos financeiros ou de desempenho ou normas ligadas à Prática de Segurança do Paciente), (2) características organizacionais estruturais (p.ex., tamanho, complexidade organizacional ou situação financeira), (3) cultura de segurança, trabalho em equipe e envolvimento de lideranças e (4) disponibilidade de instrumentos de implementação e gerenciamento (p.ex., incentivos ao treinamento organizacional).¹¹

Resumo das evidências

Consideramos que os usuários deste relatório gostariam de ter um resumo das evidências de cada tópico. Um resumo com as mensagens principais pode facilitar a assimilação dos resultados. A equipe do projeto desenvolveu os seguintes domínios de evidências com contribuições do TEP:

Escopo do problema. De modo geral, abordamos duas questões: a frequência do problema de segurança e a gravidade de cada evento típico. Para fins de referência, os problemas de segurança que ocorrem aproximadamente uma vez a cada 100 interações foram considerados “comuns”; dentre eles estão as quedas, o tromboembolismo venoso (TEV), os eventos adversos em potencial relacionados a medicamentos e as úlceras por pressão. Já os eventos cuja frequência esteja uma ou



mais ordens de grandeza abaixo foram considerados “raros”; dentre eles estão o suicídio de pacientes internados, a cirurgia em local errado e os itens cirúrgicos esquecidos dentro de um paciente. O escopo também deve considerar a gravidade de cada evento. Por exemplo, a maior parte das quedas não resulta em lesões e a maior parte dos eventos adversos relacionados a medicamentos não resulta em dano clínico. No entanto, todos os casos de suicídio de pacientes internados ou de cirurgia em local errado são devastadores.

Força das evidências ligadas à efetividade. Esta avaliação segue um referencial para a força das evidências que a equipe do projeto adaptou a partir das orientações já existentes dos EPC Methods¹², a fim de aumentar sua relevância para as práticas de segurança do paciente. Assim, ao avaliar a força das evidências, incluímos evidências sobre o contexto, a implementação e o uso de modelos teóricos ou lógicos, além dos critérios tradicionais dos EPCs sobre inconsistência, imprecisão e a possibilidade de viés de notificação.

Evidências sobre o potencial de consequências inesperadas danosas. A maior parte dos avaliadores de PSPs não examina explicitamente a possibilidade de ocorrência de danos. Consequentemente, este domínio inclui evidências sobre danos reais e danos em potencial. A classificação dos danos conhecidos ou potenciais variou desde um alto risco de dano até um risco baixo (ou desprezível). Em alguns casos, não foi possível estabelecer uma classificação, pois as evidências eram muito escassas.

Estimativa de custos. Este domínio é especulativo, pois a maioria das avaliações não apresenta dados sobre custos. Porém, consideramos que seria importante incluir no relatório ao menos uma estimativa aproximada dos custos. Dessa forma, utilizamos as seguintes categorias e padrões de referência para fazer uma estimativa aproximada dos custos, indicando, quando necessário, os fatores que poderiam causar variações nas estimativas.

- **Baixo custo.** PSPs que não exigem a contratação de novos profissionais nem o investimento de um grande montante de capital, envolvendo apenas o treinamento dos profissionais existentes e a compra de alguns insumos. Dentre elas estão a maior parte dos programas de prevenção de quedas, a profilaxia do TEV e as abreviações na anamnese indicadas como “Não Utilizar”.



- **Médio custo.** PSPs que podem exigir a contratação de um ou alguns novos profissionais, provocam despesa moderada de capital ou incorrem em custos de monitoramento contínuo. Dentre elas estão alguns programas de prevenção de quedas, muitas intervenções ligadas a farmacêuticos clínicos e a participação no sistema de notificação de resultados do American College of Surgeons (135.000 dólares por ano).¹³
- **Alto custo.** PSPs que exigem a contratação de um número considerável de novos profissionais, que provocam despesas de capital consideráveis, ou ambos. Dentre elas estão o uso de prescrições computadorizadas (pois requerem o uso de prontuários eletrônicos), a contratação de muitos enfermeiros para atingir uma certa proporção enfermeiros/pacientes ou procedimentos de controle de infecções instituídos na unidade como um todo (com custos estimados de 600.000 dólares por ano para uma única unidade de terapia intensiva).¹⁴

Questões ligadas à implementação. Esta seção resume o que sabemos sobre como implementar a PSP e sobre a dificuldade de sua implementação. Para abordar a questão dos conhecimentos disponíveis, consideramos as evidências existentes sobre a implementação, a existência de dados sobre o efeito e a influência do contexto, o grau de implementação prévia da PSP e a presença de instrumentos de implementação, como materiais escritos e manuais de treinamento.

Com relação à questão da dificuldade da implementação, utilizamos três categorias: difícil, para as PSPs que exigem mudanças organizacionais em grande escala; não difícil, para as PSPs que exigem protocolos para medicamentos ou instrumentos, como aqueles necessários para reduzir a exposição à radiação ou para prevenir o sangramento gastrointestinal relacionado ao estresse; e moderada, para as PSPs que se encontram entre esses dois extremos.

Revisão crítica e interpretação das evidências

O TEP examinou os resultados da revisão de evidências feita pela equipe do projeto por meio de um documento escrito e de uma reunião presencial em janeiro de 2012.

Um dos resultados dessa revisão foi um conjunto de recomendações sobre as prioridades para a adoção das PSPs.

Resultados

Realizamos 18 revisões aprofundadas e 23 revisões breves. A Tabela B resume os resultados segundo as cinco questões principais descritas acima (escopo, força das evidências, dano, custos e implementação). A tabela está organizada em duas seções principais: (1) as PSPs destinadas a um objetivo específico (único) de segurança do paciente, como os eventos adversos relacionados a medicamentos, ou tópicos clínicos gerais, como a prevenção de úlceras por pressão, e (2) as PSPs destinadas a melhorar o sistema como um todo ou a abordar diversos objetivos de segurança do paciente, como a proporção enfermeiros/pacientes ou o uso de prescrições computadorizadas. Em alguns casos, o texto da coluna PSP é ligeiramente diferente do título do capítulo dessa mesma PSP. Isso se deve à intenção, por parte do TEP, de incluir na tabela o problema de segurança visado pela PSP (quando a PSP visa resolver um problema de segurança específico), apresentar especificações adicionais ou dar um exemplo da PSP (p.ex., o texto “como um painel central para a visualização de dados consolidados” foi acrescentado à PSP chamada “integração do centro cirúrgico e sistemas de visualização”).

Tabela B. Resumo das evidências*					
Práticas de Segurança do Paciente	Escopo do problema visado pela PSP (frequência/gravidade)	Força das evidências sobre a efetividade e da PSP	Evidências sobre o potencial de consequências inesperadas danosas	Estimativa de custo	Questões ligadas à implementação: conhecimentos disponíveis/dificuldade
Práticas que abordam um objetivo de segurança do paciente específico					
Eventos adversos relacionados a medicamentos					
Medicamentos de alto risco: práticas de segurança do paciente para anticoagulantes intravenosos; revisão aprofundada	Comum/Moderada	Baixa	Baixas a moderadas	Baixo	Poucos/Moderada
Uso de farmacêuticos clínicos para prevenir	Comum/Baixa	Moderada a alta	Baixas	Alto	Poucos/Moderada



eventos adversos relacionados a medicamentos; revisão breve					
Lista de abreviações a “Não Utilizar” da Joint Commission; revisão breve	Comum/baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo	Poucos/Provavelmente não difícil
Bombas de infusão inteligentes; revisão breve	Comum/Baixa	Baixa	Baixas	Moderado	Moderados/Moderada
Controle de infecções					
Precauções de barreira, isolamento do paciente e vigilância de rotina para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; revisão breve	Comum/Moderada	Moderada	Moderadas (isolamento de pacientes)	Moderado a alto	Moderados/Moderada
Intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos; revisão breve	Comum/Moderada	Baixa	Baixas	Baixo	Moderados/Moderada
Redução do uso desnecessário de cateteres urinários e outras estratégias para prevenir as infecções do trato urinário relacionadas a cateteres; revisão breve	Comum/Moderada	Moderada a alta	Baixas	Baixo	Moderados/Moderada
Prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais; revisão breve	Comum/Moderada	Moderada a alta	Baixas	Baixo a moderado	Moderada a difícil/Não difícil (implementação de um pacote de intervenções) a moderada (compreensão da cultura e do contexto da organização)
Pneumonia associada à ventilação mecânica; revisão breve	Comum/[Alta	Moderada a alta	Baixas	Baixo a moderado	Moderados/Moderada
Intervenções para permitir a reutilização de instrumentos de uso único; revisão breve	Comum/Baixa	Baixa	Baixas	Baixo	Muitos/Não difícil
Cirurgia, anestesia e medicina perioperatória					
Listas de verificação pré-operatórias e listas de anestesia para prevenir uma série de eventos de segurança cirúrgicos, como a infecção de sítio cirúrgico e a cirurgia em local errado; revisão aprofundada	Comum/Moderada	Alta	Insignificantes	Baixo	Muitos/Moderada



Uso de cartões de notificação do ACS-NSQIP e medição de resultados para reduzir a morbidade e mortalidade perioperatória; revisão aprofundada	Comum/Alta	Moderada a alta	Baixas	Moderado	Moderados/Moderada
Novas intervenções para prevenir o esquecimento de itens cirúrgicos no interior do paciente; revisão breve	Rara/Baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo se envolver apenas a contagem manual mais frequente; alto se forem usados mecanismos de identificação por radio-frequência	Poucos
Integração do centro cirúrgico e sistemas de visualização, como o uso de um painel central para a visualização de dados consolidados; revisão breve	Comum/Baixa a alta	Baixa	Insignificantes	Moderado	Moderados/ Moderada
Uso de betabloqueadores para prevenir eventos cardíacos perioperatórios; revisão breve	Comum/Alta	Fortes evidências de que os danos podem ser iguais aos benefícios ou excedê-los	Altas (óbito, AVC, hipotensão e bradicardia)	Baixo	Não disponíveis
Uso de ultrassonografia em tempo real para guiar a inserção de cateteres centrais a fim de aumentar a proporção de cateteres situados corretamente na primeira tentativa; revisão breve	Comum/Baixa a moderada	Alta	Insignificantes	Baixo a moderado	Muitos/Moderada
Práticas de segurança para pacientes idosos internados					
Intervenções multicomponentes para prevenir quedas intrainstitucionais; revisão aprofundada	Comum/Baixa	Alta	Moderadas (maior uso de contenção física e/ou sedação)	Moderado	Moderados/ Moderada
Intervenções multicomponentes para prevenir o delírio intrainstitucional;	Comum/Baixa	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada

revisão aprofundada					
Tópicos clínicos gerais					
Iniciativas multicomponentes para prevenir úlceras por pressão; revisão aprofundada	Comum/Moderada	Moderada	Insignificantes	Moderado	Moderados/ Moderada
Estratégias intensivas de controle glicêmico em pacientes internados para reduzir óbitos e infecções; revisão aprofundada	Comum/Moderada	Evidências moderadas a altas de que não produz benefício	Altas (hipoglicemia)	Baixo a moderado	Não disponíveis
Intervenções para prevenir lesões renais agudas induzidas pelo uso de contraste; revisão aprofundada	Comum/Baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo	Poucos/Não difícil
Sistemas de resposta rápida para prevenir a falha no resgate; revisão aprofundada	Comum/Alta	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada
Reconciliação de medicamentos apoiada por farmacêuticos clínicos; revisão aprofundada	Comum/Baixa	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/Moderada
Identificação de paciente com risco de suicídio; revisão breve	Rara/Alta	Baixa	Baixas	Moderado	Poucos/Moderada
Estratégias para prevenir o sangramento gastrointestinal relacionado ao estresse (profilaxia das úlceras de estresse); revisão breve	Rara/Moderada	Moderada	Moderadas (pneumonia)	Moderado	Poucos/Não difícil
Estratégias para aumentar a profilaxia adequada contra o tromboembolismo venoso; revisão breve	Comum/Moderada	Alta	Moderadas (sangramento)	Baixo	Poucos/Moderada
Prevenção do óbito de pacientes ou de danos graves associados à exposição à radiação durante a fluoroscopia e a tomografia computadorizada por meio de intervenções técnicas, da utilização adequada e do uso de algoritmos e protocolos; revisão breve	Rara/Alta	Moderada	Insignificantes	Baixo	Moderados/Não difícil
Assegurar a documentação das preferências do	Comum/Moderada	Moderada	Baixas	Baixo	Moderados/ Moderada



paciente sobre o tratamento de suporte à vida, como instruções avançadas; revisão breve					
Aumentar a proporção enfermeiros/pacientes para prevenir o óbito; revisão aprofundada	Comum/Alta	Moderada	Baixas	Alto	Muitos/Não difícil
Práticas destinadas a melhorar o sistema como um todo/diversos objetivos					
Aumentar a proporção enfermeiros/pacientes para prevenir quedas, úlceras por pressão e outros resultados afetados pelas práticas de enfermagem (exceto a mortalidade); revisão aprofundada	Comum/Alta	Baixa	Baixas	Alto	Muitos/Não difícil
Integração de fatores humanos e da ergonomia na concepção das práticas de saúde pela contratação de um especialista ou pelo treinamento de profissionais da linha de frente na área dos fatores humanos; revisão aprofundada	Potencialmente aplicável a todos os problemas de segurança do paciente	Não avaliada sistematicamente; evidências moderadas a altas para algumas aplicações específicas	Insignificantes	Moderado	Muitos/Moderada
Promoção do envolvimento dos pacientes e de suas famílias para reduzir a ocorrência de eventos adversos (p.ex., fazer com que os pacientes estimulem os profissionais a lavar as mãos); revisão aprofundada	Comum	Prática emergente - poucos estudos disponíveis	Incertas	Baixo	Poucos/Moderada
Intervenções para promover uma cultura de segurança; revisão aprofundada	Comum/Baixa a alta	Baixa	Incertas	Baixo a moderado (varia)	Moderados/Não difícil a moderada (varia segundo a intervenção)
Práticas de segurança do paciente destinadas a reduzir os erros de diagnóstico; revisão aprofundada	Comum/Alta	Prática emergente - poucos estudos disponíveis	Incertas	Varia	Varia
Monitoramento dos problemas de segurança do paciente; revisão aprofundada	Comum/Baixa a alta	Baixa	Insignificantes	Alto	Moderados/Difícil
Intervenções para melhorar as transições de cuidado durante a	Comum/Moderada	Baixa	Insignificantes	Moderado a alto	Poucos/Difícil



alta hospitalar; revisão aprofundada					
Uso de treinamentos e exercícios baseados em simulação; revisão aprofundada	Comum/ Moderada a alta	Moderada a alta em tópicos específicos	Incertas	Moderado	Moderados
Obtenção do consentimento informado dos pacientes para melhorar sua compreensão sobre os possíveis riscos de procedimentos médicos; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada	Insignificantes	Baixo	Moderados/Não difícil
Treinamento de equipes de saúde; revisão breve	Comum/ Alta	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada a difícil
Uso de prescrições computadorizadas com sistemas de apoio à decisão clínica; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa a moderada	Baixas a moderadas	Alto	Moderados/Difícil
Intervenções para prevenir conexões incorretas de tubos; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa	Baixas	Baixo	Moderados/Não difícil
Limitação das horas de trabalho de profissionais em formação; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa	Moderadas (no mínimo); incluem a ausência de tempo de treinamento	Alto	Moderados/Difícil

ACS NSQIP = American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program; PSP = Prática de Segurança do Paciente

*Em alguns casos, o texto da coluna PSP é ligeiramente diferente do título do capítulo dessa mesma PSP. Isso se deve à intenção, por parte do TEP, de incluir na tabela o problema de segurança visado pela PSP (quando a PSP visa resolver um problema de segurança específico), apresentar especificações adicionais ou dar um exemplo da PSP (p.ex., o texto “como um painel central para a visualização de dados consolidados” foi acrescentado à PSP chamada “integração do centro cirúrgico e sistemas de visualização”).

Observação:

Escalas de qualificação:

Escopo do problema visado pela PSP (frequência/gravidade): frequência = rara ou comum; gravidade = baixa, moderada ou alta.

Força das evidências sobre a efetividade das PSPs: baixa, moderada ou alta.

Evidências sobre o potencial de consequências inesperadas danosas: insignificantes, baixas, moderadas ou altas.

Estimativa de custo: baixo, moderado ou alto.

Questões ligadas à implementação: Conhecimentos = poucos, moderados ou muitos; Dificuldade = não difícil, moderada ou difícil.

Discussão

Desde a publicação do relatório “Making Health Care Safer” de 2001, surgiram muitas novas informações sobre PSPs. Em comparação com uma década atrás, temos agora um maior consenso sobre os dados que constituem evidências de efetividade e sobre a

importância da implementação e do contexto. Nesta revisão, determinamos que a força das evidências era, no mínimo, moderada no caso de 20 PSPs, isto é, cerca da metade das PSPs revistas. Em 26 das PSPs, consideramos que as evidências ligadas à implementação tinham força, no mínimo, moderada.

Assim, tendo em vista as evidências existentes sobre a efetividade e a implementação, os membros do TEP concluíram que a adoção das PSPs por prestadores do cuidado de saúde já pode ser “fortemente recomendada”. A avaliação pelos membros do TEP baseou-se explicitamente na combinação das evidências disponíveis com seu julgamento especializado sobre a interpretação das evidências. As 10 PSPs “fortemente recomendadas” estão listadas na Tabela C.

Tabela C. Práticas de segurança do paciente fortemente recomendadas

- Listas de verificação pré-cirúrgicas e de anestesia para prevenir eventos operatórios e pós-operatórios.
- Conjuntos de medidas que incluem listas de verificação para prevenir as infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais.
- Intervenções para reduzir o uso de cateteres urinários, incluindo o uso de lembretes, ordens de interrupção ou protocolos de remoção iniciados pelos enfermeiros.
- Conjuntos de medidas que incluem a elevação da cabeceira do leito, as "férias" de sedação, o cuidado oral com clorexidina e os tubos endotraqueais com sucção subglótica para prevenir a pneumonia associada à ventilação mecânica.
- Higienização das mãos.
- Listas de abreviações perigosas a "Não Utilizar".
- Intervenções multifacetadas para reduzir a ocorrência de úlceras por pressão.
- Precauções de barreira para prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Uso de ultrassonografia em tempo real para a inserção de cateteres centrais.
- Intervenções para melhorar a profilaxia do tromboembolismo venoso.

Os membros do TEP concluíram que várias outras PSPs já apresentam evidências suficientes quanto à efetividade e à implementação e que sua adoção deve ser “recomendada”. As 12 PSPs “recomendadas” estão listadas na Tabela D.

Tabela D. Práticas de segurança do paciente recomendadas

- Intervenções multifacetadas para reduzir a ocorrência de quedas.

- Uso de farmacêuticos clínicos para reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos.
- Documentação das preferências do paciente para o tratamento de suporte à vida.
- Obtenção do consentimento informado para melhorar a compreensão dos pacientes sobre os possíveis riscos de procedimentos.
- Treinamento de equipes.
- Reconciliação medicamentosa.
- Práticas para reduzir a exposição à radiação em fluoroscopias e tomografias computadorizadas.
- Uso de indicadores de resultados cirúrgicos e cartões de notificação, como o American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program.
- Sistemas de resposta rápida.
- Utilização de métodos complementares para detectar eventos adversos/erros no cuidado de saúde, a fim de monitorar problemas de segurança do paciente.
- Prescrições computadorizadas.
- Uso de exercícios de simulação em iniciativas de segurança do paciente.

As 22 PSPs das Tabelas C e D representam práticas cuja adoção já pode ser considerada pelos prestadores de cuidado de saúde. Essa recomendação aplica-se particularmente às 10 práticas “fortemente recomendadas”. No caso dessas práticas, ao menos na avaliação do nosso TEP, já existem conhecimentos suficientes para implementá-las, e sua implementação provavelmente resultará num cuidado mais seguro. Avaliações futuras provavelmente aumentarão nossos conhecimentos sobre a melhor maneira de implementar as práticas, a fim de torná-las mais efetivas. Entretanto, nesse meio-tempo, nosso TEP acredita que os prestadores de cuidado de saúde não devem postergar a consideração sobre a adoção dessas práticas, pois já temos conhecimentos suficientes para permitir que os sistemas de saúde progridam.

Limitações

Devido a limitações em termos de recursos e tempo, este relatório não cobre toda a área da segurança do paciente, que cresceu exponencialmente desde o último relatório, tanto no número de possíveis PSPs como na quantidade de dados sobre cada PSP. Por isso, usamos um processo explícito e transparente para selecionar as PSPs a serem avaliadas, e a nossa lista final de 41 PSPs (dentre mais de 150 candidatas) incluiu as práticas que consideramos mais prioritárias para os formuladores de políticas e prestadores de cuidado de saúde.

Em segundo lugar, não realizamos revisões aprofundadas para todas as 41 PSPs. Para maximizar o uso do tempo e dos recursos disponíveis, adaptamos os nossos métodos às necessidades das partes envolvidas. Em particular, centramos nosso trabalho nas 18 PSPs de maior interesse para as partes envolvidas ou naquelas para as quais tínhamos um maior número de informações novas que permitissem revisões aprofundadas. As 23 PSPs restantes receberam revisões breves. É importante observar que a decisão sobre o nível de análise dedicado a cada PSP foi feita por um comitê de partes envolvidas amplamente representativo.

Em terceiro lugar, as revisões aprofundadas, apesar de serem abrangentes, não estavam em conformidade com todos os critérios para a realização de revisões de evidências apresentados no relatório do Institute of Medicine, “Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews”,¹⁵ nem com todos os critérios do “Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews”⁹ da AHRQ. Por exemplo, não publicamos um protocolo para cada uma das revisões. Usamos a nossa experiência coletiva como membros dos EPCs para adaptar os métodos existentes do EPC que mais preservavam a essência de uma revisão sistemática, permitindo, assim, a realização de 18 revisões aprofundadas em nove meses e dentro do orçamento disponível.

Além disso, com o tempo, é provável que melhoremos os nossos métodos de avaliação das evidências sobre a influência das intervenções de segurança do paciente nos processos e nos resultados do cuidado. Os métodos que usamos neste relatório integram novas perspectivas ligadas à importância da implementação e do contexto, que foram o foco do relatório “Context Sensitivity”. Da mesma forma, no futuro, esperamos aumentar a nossa compreensão sobre a interação entre diversas variáveis ligadas às intervenções, à implementação e às organizações e sobre como as variáveis influenciam os resultados de segurança. Se a pesquisa futura revelar que essas variáveis interagem de maneiras que não podem ser explicadas pela nossa compreensão atual dos modelos teóricos e lógicos, teremos que modificar novamente os métodos de avaliação das PSPs.

Por último, confiamos na avaliação do nosso TEP em todas as etapas importantes do projeto. Portanto, os resultados são ao mesmo tempo um produto



dessas avaliações e dos nossos métodos de revisão sistemática. Assim, os resultados talvez sejam afetados pela escolha de certos especialistas em nosso TEP. Entretanto, mitigamos esse possível viés incluindo mais que o dobro do número de especialistas no TEP do que geralmente utilizaríamos numa revisão feita por um EPC, o que nos permitiu incluir um conjunto variado de participantes dos Estados Unidos, do Canadá e do Reino Unido. Dentre as partes envolvidas estavam profissionais ligados ao desenvolvimento e à avaliação de PSPs, formuladores de políticas em segurança do paciente e especialistas em *design* e em métodos de avaliação. Em vez de enxergar a estreita ligação entre as necessidades das partes envolvidas e o trabalho dos EPCs como uma limitação, vemos tal ligação como uma vantagem que aumenta a probabilidade de que os resultados da revisão sejam significativos para os prestadores, os pagadores e os pacientes, que fará com que os resultados do relatório levem a mudanças significativas.

Futuras necessidades de pesquisa

Apesar de mais de uma década de esforços, existem poucas evidências de que os resultados do cuidado (medidos de forma ampla) tenham melhorado significativamente, embora tenha havido algum êxito (em geral nas iniciativas destinadas a reduzir um único tipo de dano, frequentemente baseadas num só método de melhoria). Por exemplo, houve iniciativas voltadas à redução das infecções da corrente sanguínea, a um melhor trabalho em equipe ou à promoção do envolvimento do paciente.

Para que ocorram melhorias significativas na segurança do paciente, é preciso que a pesquisa fundamente e oriente essas iniciativas. Já aprendemos muito sobre como melhorar a segurança, mas ainda temos muito mais a aprender. Para adquirirmos esse conhecimento, serão necessários investimentos na pesquisa em segurança do paciente, incluindo investimentos na pesquisa metodológica “básica”. Até o presente, os investimentos na pesquisa sobre segurança do paciente não corresponderam à magnitude do problema.

Para avançarmos na melhoria da segurança do paciente, é necessário fazer pesquisa numa série de áreas, dentre elas:

- Pesquisa “básica” em segurança do paciente para desenvolver novos instrumentos e indicadores e pesquisa para assegurar que os instrumentos correspondam ao problema.
- Um maior número de indicadores válidos de segurança do paciente.
- Melhores métodos para medir o contexto e a implementação de uma intervenção.
- Métodos para identificar e suprir as necessidades em termos de habilidades, recursos e responsabilização (p.ex., uma infraestrutura de gestão da segurança) em todos os níveis do sistema de saúde.
- Métodos mais efetivos e menos onerosos de melhoria, para que os profissionais envolvidos no cuidado, os pesquisadores e os administradores possam trabalhar na redução de todos os possíveis danos aos pacientes, em vez de selecionar somente alguns poucos.

Referências

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press; 2000.
2. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. (Preparado pelo Evidence-based Practice Center da University of California, San Francisco–Stanford ao abrigo do Contrato N° 290-97-0013.) AHRQ, Publicação N° 01-E058. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Julho de 2001. www.effectivehealthcare.ahrq.gov.
3. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2010 Update. www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx. Accessed December 13, 2011.
4. Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. ‘Global trigger tool’ shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):581-9. PMID: 21471476.
5. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010;363(22):2124-34. PMID: 21105794.
6. Levinson DR. Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries. OEI-06-09-00090. Office of Inspector General. Department of Health and Human Services. Novembro de 2010.



7. Shekelle P, Pronovost P, Wachter R, et al. Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria. (Preparado pelo Evidence-based Practice Center da Southern California-RAND ao abrigo do Contrato N° 290-2009-10001C). AHRQ, Publicação N° 11-0006-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dezembro de 2010. www.effectivehealthcare.ahrq.gov.
8. Whitlock EP, Lin JS, Chou R, et al. Using existing systematic reviews in complex systematic reviews. *Ann Intern Med.* 2008;148(10):776-82. PMID: 18490690.
9. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med.* 2007;147(4):224-33. PMID: 17638714.
10. Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews. AHRQ, Publicação N° 10(12)-EHC063-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Abril de 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov.
11. Taylor SL, Dy S, Foy R, et al. What context features might be important determinants of the effectiveness of patient safety practice interventions? *BMJ Qual Saf.* 2011;20(7):611-7. PMID: 21617166.
12. Owens DK, Lohr KN, Atkins D, et al. AHRQ series paper 5: grading the strength of a body of evidence when comparing medical interventions--agency for healthcare research and quality and the effective health-care program. *J Clin Epidemiol.* Maio de 2010;63(5):513-23. PMID: 19595577.
13. Maggard-Gibbons M. Chapter 14. Use of Report Cards and Outcome Measurements to Improve Safety of Surgical Care: American College of Surgeons National Quality Improvement Program in Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Preparado pelo Evidence-based Practice Center da Southern California-RAND ao abrigo do Contrato N° 290-2007-10062- I.) AHRQ, Publicação N° 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Março de 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov.
14. Shekelle PG. Chapter 34. Effect of Nurse-to-Patient Staffing Ratios on Patient Morbidity and Mortality in Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. (Preparado pelo Evidence-based Practice Center da Southern California-RAND ao abrigo do Contrato N° 290-2007-10062-I.) AHRQ, Publicação N° 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Março de 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov.
15. Committee on Standards for Systematic Reviews of Comparative Effectiveness Research, Institute of Medicine. Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews. Washington, DC: The National Academies Press; 2000.

Relatório completo

Este sumário executivo é parte do seguinte documento: Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt E, Shanman R, Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vaiana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report No. 211. (Preparado pelo Evidence-based Practice Center da Southern California-RAND ao abrigo do Contrato N° 290-2007-10062-I.) AHRQ, Publicação N° 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Março de 2013. www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html.

Créditos

Publicado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em 2013 com o título *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*

© Agency for Healthcare Research and Quality, 2013

Traduzido pelo Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz.

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

Coordenação Geral: Claudia Travassos

Revisão Técnica: Victor Grabois e Camila Lajolo

Revisão Gramatical: Priscilla Mouta Marques

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro