

supervisão
cultura
medição
melhoria provedores
assistência à saúde sistemas
colaboração tecnologia iniciativas
progresso coordenação
medidas comunicação
pacientes respeito hospitals
estratégias clínicos produção de relatórios organizações
erros **segurança do paciente**
ação legisladores métrica qualidade
resultados esforços mão de obra
enfermeiras assistência contínua pesquisa
sistemas nacional ferramentas
pacientes e famílias equipe tecnologia da informação
mudança
envolvimento do paciente
intervenções lições
esgotamento liderança

Livres de danos

Acelerar a melhoria da segurança do paciente
quinze anos depois de *To Err Is Human*

Relatório de um painel de especialistas convocado pela
The National Patient Safety Foundation
(Fundação Nacional de Segurança do Paciente)

Este projeto foi possibilitado em parte através de um generoso subsídio do AIG (American International Group, Inc.) como apoio ao avanço da missão de segurança do paciente. A AIG não teve qualquer influência sobre a direção ou o conteúdo do relatório.



© Copyright 2015 by the National Patient Safety Foundation.
Todos os direitos reservados.

Traduzido por TransPerfect Translations. Publicado originalmente como: *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*

Esse relatório está disponível para download no site da Fundação, www.npsf.org.

Esse relatório, ou parte dele, pode ser impresso para uso individual ou para objetivos educacionais na sua organização.

É proibido alterar, de qualquer forma, o conteúdo ou usar o relatório em qualquer contexto comercial, sem a devida permissão, por escrito, do editor:

National Patient Safety Foundation
Attention: Director, Information Resources
268 Summer Street, Sixth Floor
Boston, MA 02210
info@npsf.org

Sobre a National Patient Safety Foundation®

A visão da National Patient Safety Foundation (NPSF) é criar um mundo onde pacientes e cuidadores estejam livres de danos. Voz central para a segurança dos pacientes desde 1997, a NPSF se associa aos pacientes e às famílias, à comunidade de assistência à saúde e aos intervenientes principais para promover a segurança dos pacientes e a segurança da mão de obra de assistência à saúde e disseminar estratégias de prevenção de danos.

NPSF é uma organização 501(c)(3) independente, sem fins lucrativos. Confira o trabalho da National Patient Safety Foundation em www.npsf.org.



Índice

Sumário Executivo	iv
Agradecimentos	vi
Endossos	viii
Prefácio	x
Introdução: Segurança do paciente é um problema de saúde pública	1
O estado atual da segurança do paciente: Avanço e a necessidade de acelerar	5
O progresso futuro depende de uma abordagem global de sistemas de segurança	8
Recomendação 1: Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança	11
Recomendação 2: Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente	14
Recomendação 3: Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos	18
Recomendação 4: Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação	21
Recomendação 5: Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde	24
Recomendação 6: Apoiar a mão de obra de assistência à saúde	26
Recomendação 7: Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura	29
Recomendação 8: Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente	32
Conclusão: Chamada para a ação	35
Anexo: Resumo de recomendações e táticas	37
Referências	41

Sumário Executivo

Segurança do paciente é um problema grave de saúde pública. Como a obesidade, os acidentes com veículos motores e o câncer de mama, os danos causados durante a assistência têm implicações significativas de mortalidade, morbidade, qualidade de vida, e afetam negativamente os pacientes em todos os contextos de assistência à saúde. Apesar de a segurança do paciente ter avançado de forma importante desde que o Instituto de Medicina lançou *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) em 1999, o trabalho para tornar a assistência mais segura para os pacientes progrediu a uma taxa muito mais lenta do que a prevista.

Apesar da melhoria demonstrada em áreas problemáticas específicas, como infecções hospitalares, a escala de melhoria da segurança do paciente tem sido limitada. Apesar de várias intervenções terem se mostrado eficazes, muitas mais foram ineficazes, e algumas intervenções promissoras têm perguntas importantes ainda sem solução. O sistema de assistência à saúde continua a operar com baixo grau de confiabilidade, indicando que os pacientes frequentemente sofrem danos que podiam ter sido evitados ou mitigados.

Enquanto o lançamento do documento *To Err Is Human* ampliou significativamente o foco na segurança do paciente, a expectativa no momento era de que o compartilhamento de dados expandidos e a implementação de intervenções para resolver problemas específicos resultariam em melhoria permanente e substancial. Na última década e meia, ficou cada vez mais claro que as questões de segurança são muito mais complexas – e generalizadas – do que avaliado inicialmente. A segurança do paciente inclui mais do que apenas mortalidade: inclui também morbidade e outras formas mais sutis de danos, por exemplo, perda de dignidade e respeito. Inclui mais do que a assistência ao paciente internado; inclui segurança em todos os contextos de assistência à saúde: clínicas de assistência ambulatorial, centros de diagnóstico e centros cirúrgicos independentes, instalações de assistência de longo prazo e as residências dos pacientes, além de hospitais e outros locais.

Apesar do amadurecimento e aprofundamento do nosso entendimento do problema de danos ao paciente, esse avanço foi acompanhado da redução da intensidade do foco sobre o problema. A segurança do paciente não deve ser relegada a segundo plano, processando desordenadamente apenas aqueles danos específicos que são atualmente medidos e visados para melhoria através de incentivos. O avanço da segurança do paciente exige uma mudança abrangente das

intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas de segurança. Adotar essa abordagem significaria a priorização constante da cultura de segurança pela liderança e o bem-estar e a segurança da mão de obra de assistência à saúde. Indica um desenvolvimento mais completo da ciência, da medição e das ferramentas de segurança do paciente. Para garantir o máximo impacto, passar da concorrência sobre segurança para a coordenação e a colaboração nas organizações será importante. Essa abordagem significa também pensar sobre segurança em todos os aspectos do universo da assistência à saúde, não só nos hospitais. Para garantir que a voz do paciente seja ouvida, a parceria com pacientes e famílias deve ser incluída em todos os pontos da jornada.

Esse relatório reconhece áreas de progresso, destaca lacunas remanescentes e, o que é mais importante, detalha recomendações específicas para acelerar o progresso. Essas recomendações são baseadas no estabelecimento de uma abordagem global de sistemas e de uma cultura de segurança:

- 1. Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança**
- 2. Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente**
- 3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos**
- 4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação**
- 5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde**
- 6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde**
- 7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura**
- 8. Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente**

O sucesso dessas ações vai exigir um envolvimento ativo de todos os participantes do sistema de assistência à saúde: conselhos e órgãos dirigentes, lideranças, agências de governo, parcerias público-privadas, organizações de assistência à saúde, práticas e ambientes ambulatoriais, pesquisadores, associações profissionais, reguladores, educadores, a força de trabalho de assistência à saúde e os pacientes e suas famílias. Nossa esperança é que essas recomendações e as táticas específicas de implementação que as acompanham irão estimular uma ação ampla e induzir um movimento substancial na direção de um sistema de assistência à saúde mais seguro. Isso é o mínimo que os pacientes merecem.



Agradecimentos

A National Patient Safety Foundation agradece a: Donald M. Berwick, MD, MPP e Kaveh G. Shojania, MD, por seu trabalho como copresidentes desse projeto; membros do Painel de Especialistas, por sua participação; Diane W. Shannon, MD, MPH, pela autoria principal desse relatório; Erin Hartman, MS, pela edição do relatório; e Kate Humphrey, MD, por seu apoio ao projeto e à pesquisa. A NPSF agradece também ao AIG pelo financiamento desse relatório.

PARTICIPANTES DO PAINEL DE ESPECIALISTAS

Donald M. Berwick, MD, MPP*

Copresidente do Painel

Presidente Emérito e Pesquisador Sênior,
Institute for Healthcare Improvement
Professor do Departamento de Política de Assistência à Saúde,
Harvard Medical School

Kaveh G. Shojania, MD

Copresidente do Painel

Diretor, Centro de Melhoria da Qualidade e Segurança do
Paciente, Universidade de Toronto
Editor Chefe, *BMJ Quality & Safety*

Brian K. Atchinson, Esq.

Presidente e Diretor Executivo, PIAA

David W. Bates, MD, MSc

Diretor de Inovação e Vice-presidente sênior, Chefe, Divisão de
Medicina Interna Geral,
Brigham and Women's Hospital
Diretor Médico de Análise Clínica e de Qualidade, Partners
Healthcare

Alice Bonner, PhD, RN

Professora Adjunta, Escola de Enfermagem
Professora Adjunta, Centro de Política de Saúde
Universidade Northeastern

Russell P. Branzell, FCHIME, CHCIO

Diretor Executivo e Presidente, College of Healthcare Information
Management Executives (CHIME)

Pascale Carayon, PhD

Procter & Gamble Bascom Professor em Qualidade Total, Diretor
do Centro para Melhoria da Produtividade e da Qualidade
Faculdade de Engenharia
Universidade de Wisconsin–Madison

Mark R. Chassin, MD, FACP, MPP, MPH*

Presidente e Diretor Executivo, The Joint Commission

Michael R. Cohen, RPh, MS, ScD (hon), DPS (hon)

Presidente, Institute for Safe Medication Practices
Professor Adjunto Auxiliar, Universidade Temple

Joanne Disch, PhD, RN, FAAN

Professora ad Honorem, Escola de Enfermagem da
Universidade de Minnesota
Membro do Conselho, Aurora Health Care

Mary Dixon-Woods, BA, DipStat, MSc, DPhil

Professora de Sociologia Médica e Pesquisadora da
Wellcome Trust, Universidade de Leicester
Professora Visitante do Dartmouth Institute for
Health Policy e Clinical Practice
Professora Adjunta da Universidade Johns Hopkins
Professora Visitante do Imperial College
Editora Chefe Substituta, *BMJ Quality & Safety*

Susan Edgman-Levitan, PA

Diretora Executiva, John D. Stoeckle Center for Primary Care
Innovation, Massachusetts General Hospital

Jane D. Englebright, PhD, RN, CENP, FAAN

Executiva Chefe de Enfermagem, Executiva de Segurança do
Paciente, Vice-presidente sênior, Hospital Corporation of America
(HCA)

Frank Federico, RPh

Vice-presidente, Institute for Healthcare Improvement
Presidente, National Coordinating Council for Medication Error
Reporting e Prevention
Vice-presidente do Joint Commission Patient Safety Advisory
Group

Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS

Presidente e Diretor Executivo, National Patient Safety
Foundation
Presidente e Diretor Executivo, Instituto Lucian Leape da NPSF

Vicki S. Good, MSN, RN, CENP, CPSS

Diretora Administrativa de Sistema de Segurança Clínica,
CoxHealth
Presidente demissionária, American Association of
Critical Care Nurses

* Membros do Comitê original sobre Qualidade da Assistência Médica na América do Institute of Medicine.

AGRADECIMENTOS: PAINEL DE ESPECIALISTAS (cont.)

Helen W. Haskell, MA

Fundadora e Presidente, Mothers Against Medical Error
Presidente, Consumers Advancing Patient Safety

Robin R. Hemphill, MD, MPH

Diretor de Conscientização de Risco e Segurança,
Diretor, VA National Center for Patient Safety
Veterans Health Administration

Lucian L. Leape, MD*

Presidente demissionário, NPSF Lucian Leape Institute
Professor Adjunto, Harvard School of Public Health

Stephen E. Muething, MD

Vice-presidente de Segurança, Centro Médico do Cincinnati
Children's Hospital
Diretor Clínico, Soluções para a Segurança do Paciente,
Children's Hospitals

Peter J. Pronovost, MD, PhD, FCCM

Vice-presidente sênior de Qualidade e Segurança do Paciente,
Johns Hopkins Medicine
Diretor, Instituto Johns Hopkins Armstrong

Kathryn Rapala, DNP, JD, RN, CPPS

Vice-presidente de Gestão Clínica de Riscos,
Aurora Health Care

Mark L. Rosenberg, MD, MPP

Presidente e Diretor Executivo, The Task Force for Global Health

Sanjay Saint, MD, MPH

Chefe de Medicina, VA Ann Arbor Healthcare System
George Dock, Professor de Medicina, Faculdade de Medicina da
Universidade de Michigan

Eric J. Thomas, MD, MPH

Professor de Medicina, Decano Associado de Qualidade da
Assistência à Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do
Texas em Houston
Diretor, Universidade do Texas - Memorial Hermann Center for
Healthcare Quality and Safety

Jed Weissberg, MD, FACP

Pesquisador sênior, Institute for Clinical and Economic Review (ICER)
Professor, Institute for Healthcare Improvement
Vice-presidente sênior (aposentado), Kaiser Foundation
Health Plan

EQUIPE DA NPSF

Tejal K. Gandhi, MD, MPH, CPPS

Presidente e Diretor Executivo

Patricia McGaffigan, RN, MS

Diretora de Operações e
Vice-presidente sênior, Estratégia e
Gestão de Programas

David Coletta

Vice-presidente sênior de Alianças Estratégicas

Ed Devenne

Vice-presidente sênior de Finanças

Caitlin Y. Lorincz, MS, MA

Diretora Sênior de Programas

Patricia McTiernan, MS

Vice-presidente adjunta de Comunicações

Elma Sanders, PhD

Gerente de Comunicações

Anita Spielman, CPPS

Gerente de Pesquisa e Recursos de Informação



* Membros do Comitê original sobre Qualidade da Assistência Médica na América do Institute of Medicine.

Endossos

As organizações listadas abaixo endossaram o conteúdo desse relatório. Endossos adicionais pendentes.

As organizações interessadas em endossar esse relatório devem entrar em contato com info@npsf.org.

Alliance for Quality Improvement and Patient Safety	HIMSS
American Academy of Nursing	Hospital Quality Institute
American Association for Physician Leadership	Informed Medical Decisions Foundation
American Association of Critical-Care Nurses	Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS)
American Nurses Association	Institute for Healthcare Improvement
Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)	Institute for Safe Medication Practices
Association of periOperative Registered Nurses	John D. Stoeckle Center for Primary Care Innovation
Aurora Health Care	Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors
Baptist Easley Hospital	Medical University of South Carolina
Baptist Health South Florida	Memorial Hermann Health System
Boston Children's Hospital	MHA Keystone Center
Buffalo Hospital, part of Allina Health	Minnesota Alliance for Patient Safety
Canadian Patient Safety Institute	National Association for Healthcare Quality
Carolina Pines Regional Medical Center	National Partnership for Women & Families
Center for Medical Simulation	NHS Improvement
Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety (SPS)	Oregon Patient Safety Commission
Cincinnati Children's Hospital Medical Center	Pacific Business Group on Health
Citizens for Patient Safety	Society of Hospital Medicine
Collaborative for Accountability and Improvement	Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM)
Collaborative Latin America Forum in Quality and Patient Safety (CICSP)	Spartanburg Regional Healthcare System
College of Healthcare Information Management Executives	The Task Force for Global Health
Corizon Health	Tennessee Hospital Association
CoxHealth	Tidelands Health
Emergency Medicine Patient Safety Foundation	Trident Health
Fairview Health Services	Vidant Health
Franciscan Alliance	Virginia Mason Health System
Hampton Regional Medical Center	



National Patient Safety Foundation
Declaração de Visão

*Criar um mundo onde pacientes e cuidadores
estão livres de danos*

Prefácio

Em junho de 1998, o Institute of Medicine (IOM) convocou o Comitê sobre Qualidade da Assistência Médica na América para explorar e informar sobre o desempenho da assistência à saúde nos Estados Unidos. A publicação inicial do grupo, *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), lançado no final de 1999, focalizou a segurança do paciente e atraiu atenção como poucos relatórios anteriores ou posteriores do IOM, porque avaliava que uma população de 98.000 pacientes hospitalizados nos EUA morriam todos os anos por causa de falhas na segurança dos pacientes (IOM, 2000). Apesar da estatística de mortalidade citada no relatório ter sido questionada algumas vezes, não resta dúvida de que a mortalidade e a morbidade relacionadas com danos ao paciente são altas demais, e vários estudos subsequentes indicaram que os números do IOM foram subestimados (James, 2013). Não obstante a forma de cálculo usada para as estimativas, elas serviram a uma finalidade importante, atraindo a atenção tão necessária para a segurança do paciente.

Uma década e meia depois da publicação de *To Err Is Human*, a comunidade de assistência à saúde aprendeu muito sobre os problemas da assistência ao paciente e comemorou áreas de melhoria. No entanto, agora entendemos que o problema é muito mais complexo do que pensamos inicialmente. Esse relatório representa os achados de um painel de especialistas que a National Patient Safety Foundation convocou para discutir o estado atual da segurança do paciente.* Temos a sorte de contar com três pessoas entre os participantes do comitê do IOM original.

To Err Is Human afirmou que “O status quo não é aceitável e não pode mais ser tolerado” (IOM 2000). Infelizmente, essa afirmativa ainda é válida hoje. Apesar do crescimento da conscientização, os pacientes ainda sofrem danos evitáveis durante suas interações com o sistema de assistência à saúde. Falta ainda muito mais trabalho ser feito. Obter segurança verdadeira é uma jornada. Pode nunca ser possível eliminar todos os danos – sempre haverá novas tecnologias e tratamentos com novos riscos, e proteger os pacientes contra um dano qualquer pode aumentar o risco de outro, que pode levar a compromissos. O que queremos é que a assistência à saúde torne a segurança um foco a tal ponto que: (1) estratégias eficazes de prevenção estejam instaladas para muitos dos danos evitáveis atuais e comuns que conhecemos, e (2) as

* Este relatório representa as opiniões dos especialistas participantes da mesa redonda; não reflete uma análise exaustiva da literatura, mas até onde possível, baseia-se em comprovação publicada.

organizações de ensino estejam preocupadas com a possibilidade de danos evitáveis para estarem preparadas para identificar problemas e desenvolver ações corretivas. O título desse relatório, “Livres de danos”, é nossa aspiração – uma aspiração que devemos reter como nossa bússola enquanto avançamos para sistemas mais seguros.

Hoje não devemos deixar as várias prioridades concorrentes na assistência à saúde desviarem nossa atenção da meta importante de prevenir danos aos pacientes. Pelo contrário, precisamos manter nossos olhos na estrada e o pé no acelerador. Nesse relatório, procuramos destacar tanto o progresso da segurança do paciente quanto as lacunas graves que ainda existem. Escrevendo em nome do painel de especialistas, sugerimos atitudes que todos os interessados devem tomar para que a segurança do paciente melhore inteiramente. No interesse dos nossos pacientes de todas as partes, não devemos perder nossas metas de vista ou vacilar no nosso compromisso de alcançá-las.

Donald M. Berwick, MD, MPP

Presidente Emérito e Pesquisador Sênior,
Institute for Healthcare Improvement
Professor, Departamento de Política de
Assistência à Saúde,
Harvard Medical School

Kaveh G. Shojania, MD

Diretor do Centro para a Melhoria da
Qualidade e a Segurança do Paciente
Universidade de Toronto
Editor Chefe, *BMJ Quality & Safety*



Definições importantes em segurança do paciente

Baseadas no Glossário AHRQ PSNet [nd], Runciman et al. 2009, e outros, conforme anotado.

Evento medicamentoso adverso: um evento adverso envolvendo o uso de medicação.

Evento adverso: qualquer lesão causada por cuidados médicos. Alguns exemplos são: pneumotórax causado pela colocação de cateter venoso central, anafilaxia por penicilina e infecção pós-operatória da ferida cirúrgica. Identificar alguma coisa como evento adverso não implica “erro”, “negligência”, ou má qualidade da assistência. Simplesmente indica que um resultado clínico indesejado resultou de algum aspecto de diagnóstico ou terapia, não um processo subjacente à doença. Eventos adversos evitáveis são o subconjunto provocado pelo erro.

Erro: ato de comissão (fazer alguma coisa errada) ou omissão (deixar de fazer a coisa certa) que leva a um resultado indesejável ou a um potencial significativo para tal resultado. Por exemplo, definir uma medicação para um paciente com uma alergia documentada àquela medicação seria um ato de comissão. Deixar de prescrever uma medicação provada com benefícios importantes para um paciente qualificado (por exemplo, baixa dosagem de heparina não fracionada como profilaxia de tromboembolismo venoso para um paciente, depois de uma cirurgia de substituição de quadril) representaria um erro de omissão.

Dano: deterioração de estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dela resultante, inclusive doença, lesão, sofrimento, deficiência e morte, e pode ser físico, social ou psicológico.

Cultura justa: uma cultura que reconhece que clínicos individuais não devem ser responsáveis por falhas do sistema sobre as quais eles não tenham nenhum controle. Uma cultura justa também reconhece que muitos erros individuais ou “ativos” representam interações previsíveis entre operadores humanos e os sistemas em que trabalham. No entanto, em contraste com uma cultura que angaria “sem culpa” como seu princípio orientador, uma cultura justa não tolera a ignorância consciente de riscos claros para pacientes ou a má conduta grosseira (ou seja, falsificar registro, executar obrigações profissionais sob o efeito de álcool).

Segurança do paciente: segurança do paciente se refere a estar livre de lesões acidentais ou evitáveis produzidas por cuidados médicos. Assim, práticas ou intervenções que melhoram a segurança do paciente são aquelas que reduzem a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Cultura de segurança: a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos ou do grupo que determinam o compromisso, e o estilo e a proficiência, da gestão de segurança e saúde de uma organização. As organizações que têm uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança, e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (Health and Safety Commission 1993).

Cultura de segurança se refere tanto (a) ao compartilhamento intangível do valor da segurança entre membros da organização quanto (b) aos resultados tangíveis desse valor compartilhado nas formas de comportamento e estrutura (Groves 2014).

Segurança total dos sistemas: segurança que é sistemática e uniformemente aplicada (em todo o processo) (Pronovost et al. 2015).

Abreviações usadas nesse relatório

ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education (Conselho de Certificação de Pós-Graduação em Educação Médica)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services (Agência para Pesquisa e Qualidade em Assistência à Saúde do Departamento norte-americano de Serviços Humanos e Saúde)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)
CLABSI	central line–associated bloodstream infection (infecção associada a cateter venoso central)
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros para Serviços Medicare e Medicaid)
CPOE	computerized physician order entry (entrada de pedido médico computadorizada)
EHR	electronic health record (histórico médico eletrônico)
FAA	Federal Aviation Administration (Agência Federal de Aviação)
FDA	US Food and Drug Administration (Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos)
HAI	hospital-acquired infection (infecção hospitalar)
health IT / HIT	health information technology (tecnologia de informação na saúde)
HHS	US Department of Health and Human Services (Departamento norte-americano de Serviços Humanos e de Saúde)
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)
ISMP	Institute for Safe Medication Practices (Instituto para Práticas de Medicação Seguras)
LLI	National Patient Safety Foundation’s Lucian Leape Institute (Instituto Lucian Leape da Fundação Nacional de Segurança do Paciente)
NHS	National Health Service (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)
NPSF	National Patient Safety Foundation (Fundação Nacional de Segurança do Paciente)
NQF	National Quality Forum (Fórum Nacional da Qualidade)
NRC	US Nuclear Regulatory Commission (Comissão Regulatória Nuclear Norte-americana)
OIG	Office of the Inspector General, US Department of Health and Human Services (Gabinete do Inspetor Geral do Departamento de Serviços Humanos e de Saúde)
ONC	Office of the National Coordinator for Health Information Technology, US Department of Health and Human Services (Gabinete do Coordenador Nacional de Tecnologia da Informação do Departamento norte-americano de Serviços Humanos e de Saúde)
PSO	patient safety organization (organização de segurança do paciente)
SPS	Children’s Hospitals’ Solutions for Patient Safety (Soluções para segurança do paciente dos hospitais pediátricos)
VA	US Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration (Agência de Saúde dos Veteranos do Departamento norte-americano de Assuntos de Veteranos)
VTE	venous thromboembolism (tromboembolismo venoso)

Introdução: Segurança do paciente é um problema de saúde pública

O relatório do The Institute of Medicine* (IOM) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Error é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) motivou as pessoas a ver com seriedade os danos causados pela assistência médica – danos que muitos na assistência médica têm visto tradicionalmente como inevitáveis (IOM 2000). Os profissionais de assistência à saúde e o público foram igualmente acionados para focalizar a redução de danos em hospitais, inclusive eventos medicamentosos adversos (ADEs), lesões cirúrgicas, mortes evitáveis, quedas, queimaduras, úlceras de pressão e identidades erradas de pacientes.

Apesar do progresso dos últimos quinze anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública. Os danos evitáveis continuam inaceitavelmente frequentes – em todos os ambientes de assistência à saúde e entre todas as populações de pacientes. Estudos recentes indicam que o custo geral por problemas de segurança continua alto (Landrigan et al. 2010; OIG 2010; Classen et al. 2011; James 2013). Danos causados durante a assistência provocam mortalidade e morbidade significativas, além de implicações para a qualidade de vida, não menos que obesidade, acidentes de avião ou de veículo motor e câncer de mama.

Apesar do progresso dos últimos quinze anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública.

Para entender o impacto total dos problemas de segurança do paciente, devemos observar tanto a mortalidade quanto a morbidade. Essa mudança é análoga à mudança de foco nas últimas décadas, de gestão de medicina de cuidados intensivos a doenças crônicas. A maioria das ameaças à segurança do paciente é menos como os ataques cardíacos e AVCs que matam rapidamente, e mais como o diabetes e a pressão alta – crônicas, mais

* The Institute of Medicine foi recentemente incorporado como uma unidade de programa das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine), e nessa forma continua suas tradicionais atividades de estudo e convocação de consenso.

complexas e que afetam significativamente a saúde e o bem-estar. Essa evolução de pensamento será fundamental para a realização de uma mudança real.

Além disso, apesar de a segurança hospitalar continuar sendo uma meta importante, proteger os pacientes contra danos durante a assistência envolve mais do que reduzir ou prevenir problemas de segurança durante a hospitalização. Os pacientes recebem mais assistência em ambientes fora do hospital – clínicas ambulatoriais, centros de diagnóstico ou cirúrgicos independentes, unidades assistenciais de longo prazo, suas residências e outros locais – e merecem assistência segura em todos os ambientes, e quando passam de um ambiente para outro.

Enquanto as estimativas de mortalidade relativas às questões de segurança do paciente em hospitais atraíram atenção há quinze anos (e continuam a ser controversas), nós agora reconhecemos problemas maiores, que causam danos significativos para pacientes de todas as idades, em todos os campos da assistência à saúde, e em todos os ambientes de assistência à saúde. Esses problemas são mais insidiosos e menos dramáticos do que as mortes por questões de segurança, mas são extremamente importantes, considerando seu impacto nas vidas dos pacientes e no desempenho do sistema de assistência à saúde.

(Veja um resumo na fig. 1.) Todos os interessados na assistência à saúde devem refazer o compromisso e dar prioridade à segurança do paciente em geral e à meta de eliminar os danos

Todos os interessados na assistência à saúde devem refazer o compromisso e dar prioridade à segurança do paciente em geral e à meta de eliminar os danos aos pacientes em particular.

aos pacientes em particular. Todos nós – pacientes, familiares, cuidadores, profissionais de assistência à saúde, contribuintes ou pagadores por assistência – merecemos mais.

Esse relatório fornece recomendações estratégicas para conduzir melhorias na segurança do paciente na nova década e além. Nossa esperança é que essas recomendações incentivem uma ação ampla e galvanizem o campo para avançar com uma visão unificada do futuro da segurança do paciente.

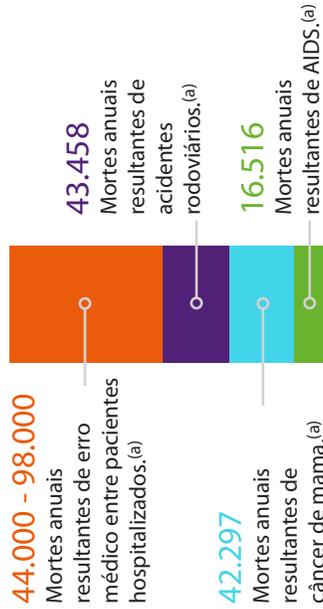


LIVRES DE DANOS:

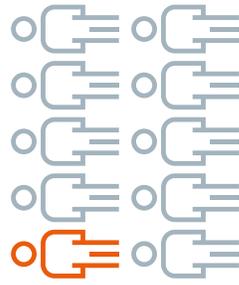
ACELERAR A MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE QUINZE ANOS DEPOIS DE TO ERR IS HUMAN

O relatório de um painel de especialistas reunido pela National Patient Safety Foundation defende a necessidade de observar a morbidade e a mortalidade provocadas por erros médicos e ir além dos hospitais para melhorar a segurança em todo o universo da assistência à saúde.

TO ERR IS HUMAN IDENTIFICOU A SEGURANÇA DO PACIENTE COMO UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA (ESTIMATIVAS DE 1999)



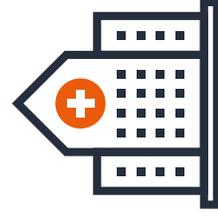
PARA ENTENDER O IMPACTO TOTAL DOS PROBLEMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE, PRECISAMOS OBSERVAR TANTO A MORTALIDADE QUANTO A MORBIDADE.



1 em 10

pacientes desenvolvem uma condição adquirida através de assistência à saúde (como infecções, úlceras de pressão, quedas, efeitos colaterais de medicação) durante a hospitalização.

DE ACORDO COM ALGUMAS MEDIDAS, A ASSISTÊNCIA À SAÚDE FICOU MAIS SEGURA DESDE O LANÇAMENTO DO RELATÓRIO TO ERR IS HUMAN.



1,3 milhão

Redução estimada em infecções hospitalares (2011-2013) como resultado da iniciativa federal Partnership for Patients.

MAS NÓS PRECISAMOS OLHAR PARA ALÉM DOS HOSPITAIS PARA TODO O UNIVERSO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.



O AVANÇO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EXIGE UMA MUDANÇA ABRANGENTE DAS INTERVENÇÕES REATIVAS E PONTUAIS PARA UMA ABORDAGEM GLOBAL DE SISTEMAS DE SEGURANÇA.

- 1 Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança.
- 2 Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente.
- 3 Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos.
- 4 Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação.
- 5 Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde.
- 6 Apoiar a mão de obra de assistência à saúde.
- 7 Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura.
- 8 Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente.

Figura 1.

Fontes: (a) Institute of Medicine (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. (b) 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Outubro de 2015. AHRQ Publication No. 16-0006-EF. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html>. (c) National Center for Health Statistics. Faststats A-Z. Ambulatory Care and Hospital Utilization. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/>. (d) National Patient Safety Foundation. Livres de danos: Acelerando a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015. Disponível em: <http://www.npsf.org/free-from-harm>.

O relatório de referência do IOM

To Err Is Human: Building a Safer Health System (Errar é humano: criando um sistema de saúde mais seguro) projetou o custo humano e os custos financeiros associados aos problemas de segurança. Estima-se o escopo do problema, citando que quase 98.000 pacientes hospitalizados nos EUA morrem todos os anos como resultado de problemas relativos aos cuidados recebidos (IOM 2000). Ao citar questões de segurança como a causa de mais mortes do que os acidentes com veículos, câncer de mama ou AIDS, o relatório redefiniu os danos relativos a segurança como análogos a doenças evitáveis.

O relatório recomendou uma iniciativa em quatro partes para aumentar a segurança:

- Definir um foco nacional para criar liderança, pesquisa, ferramentas e protocolos para aumentar a base de conhecimento sobre segurança.
- Identificar erros e aprender com tais erros desenvolvendo um sistema nacional de informação público obrigatório e incentivando as organizações e os profissionais de assistência à saúde a desenvolver e participar de sistemas de informação voluntária.
- Levantar padrões e expectativas de desempenho para melhorias na segurança através das ações de organizações de supervisão, grupos profissionais e grupos compradores de assistência à saúde.
- Deixar de punir as pessoas por erros e passar a implementar sistemas de segurança nas organizações de assistência à saúde para garantir práticas seguras.

A publicação de *To Err is Human* foi um evento marcante, dando atenção à segurança do paciente em um grau sem precedentes. Muitas pessoas creditam o relatório como um catalisador do movimento moderno de segurança do paciente.

Além da mortalidade: a multiplicidade de danos

- Apesar do foco ampliado e algumas indicações de melhoria, cerca de **1 em cada 10 pacientes** desenvolve um evento adverso, como uma infecção adquirida durante assistência à saúde, úlceras de pressão, evento medicamentoso adverso evitável ou queda durante a hospitalização (AHRQ Efforts 2014).
- Pesquisa recente detectou que aproximadamente **1 em cada 2 cirurgias** apresentou um erro de medicação e/ou um evento medicamentoso adverso (Nanji et al. 2015).
- Mais de **700.000 pacientes ambulatoriais** são tratados no setor de emergência todos os anos em razão de um evento adverso causado por medicação – eventos adversos suficientemente graves em **120.000** desses pacientes exigiram hospitalização (Budnitz et al. 2006).
- Mais de **12 milhões de pacientes** por ano enfrentam um erro de diagnóstico na assistência ambulatorial, metade dos quais estima-se ter potencial para causar danos (Singh et al. 2014).
- Globalmente há **421 milhões de hospitalizações** e aproximadamente **42,7 milhões de eventos adversos** por ano (Jha et al. 2013).
- Cerca de **um terço dos beneficiários do Medicare** em unidades de enfermagem qualificadas enfrentaram um evento adverso; metade desses eventos foram considerados evitáveis (OIG 2014).

O estado atual da segurança do paciente: progresso e a necessidade de acelerar

O relatório do IOM estimulou o ímpeto da segurança do paciente e resultou em ganhos nos últimos quinze anos. Apesar de as evidências atuais relativas à melhoria geral da segurança do paciente em geral nos EUA e internacionalmente serem mistas (Landrigan et al. 2010; Baines et al. 2013; Baines et al. 2015; Shojania e Marang-van de Mheen 2015), a maioria dos participantes do painel achou que a assistência à saúde em geral é mais segura hoje do que já foi anteriormente.

Em uma pesquisa anônima dos membros do painel de especialistas, relativa a percepções sobre segurança do paciente, os participantes foram instados a responder se acreditavam que a assistência era mais segura hoje e por quê.* A maioria respondeu afirmativamente e indicou vários avanços positivos para apoiar sua afirmativa, como a criação de práticas e métricas padrão, mais organizações adotando uma teoria de alta confiabilidade, melhorias na segurança da medicação e iniciativas para melhorar a cultura. Na verdade, muita da linguagem e dos conceitos da abordagem dos sistemas agora permeia a assistência à saúde. Além disso, nós hoje sabemos que vários fatores são fundamentais para a concretização da segurança do paciente, inclusive transparência, comunicação, trabalho em equipe, engenharia de fatores humanos, engajamento do paciente e cultura de segurança organizacional.

Boa parte da linguagem e dos conceitos da abordagem de sistemas agora permeiam a assistência à saúde.

Além das melhorias específicas, o pensamento geral também evoluiu. A segurança do paciente agora recebe maior atenção dos líderes organizacionais, de pacientes, profissionais de assistência à saúde, legisladores e da mídia – uma realização notável em si mesma, levando em conta a multiplicidade de prioridades concorrentes na assistência à saúde. Como disse um dos participantes da pesquisa: “A segurança está agora firmemente acomodada no léxico de todos os cuidadores. As pessoas entendem os fatores humanos e o treinamento da equipe e a necessidade de usar listas de verificação, outros auxiliares e a tecnologia.”

* Um resumo das respostas da pesquisa do painel está disponível em <http://www.npsf.org/free-from-harm>.

Além disso, aspectos de segurança anteriormente sub-reconhecidos estão agora recebendo mais atenção, por exemplo, a importância de abordar a segurança em ambientes ambulatoriais, onde a maioria da assistência é fornecida; a importância de considerar a subutilização e a superutilização de tratamento, diagnóstico errado e complicações da assistência; e a necessidade de abordar o apoio da força de trabalho como componente integrante da segurança da assistência à saúde. Além disso, a importância de incorporar a segurança do paciente à educação é mais bem reconhecida, com os requisitos de segurança do paciente sendo cada vez mais incluídos no currículo de todas as disciplinas e em vários níveis de treinamento.

A busca por segurança não é antiética para a adoção de aspectos de qualidade ou eficiência de custos – segurança é um componente essencial para obter alto desempenho em outras áreas. A conexão entre segurança e outras dimensões de qualidade, por exemplo, eficácia, foco na família, oportunidade, eficiência e equidade é agora mais apreciada (IOM 2001). Essa interconexão reflete outra lição importante dos últimos quinze anos: as várias dimensões da qualidade se interconectam, e abordar uma pode afetar as outras. Por exemplo, algumas melhores práticas de segurança podem levar a compromissos entre segurança e eficiência.

O uso aumentado de assistência baseada em evidência marca outra melhoria notável. As intervenções reduziram com sucesso as infecções hospitalares (HAIs) e os eventos adversos relacionados com medicamentos e procedimentos cirúrgicos. O código de barras provou reduzir os erros de administração de medicamentos (Poon et al. 2010). O treinamento de equipe em cirurgia mostrou reduzir a mortalidade em 50%, em comparação com sites de controle (Neily et al. 2010). O processo de troca de comunicações reduziu os erros médicos em 23% e os eventos adversos evitáveis em 30% (ambos $P < 0,001$) (Starmer et al. 2014). Um relatório recente sobre a iniciativa de segurança em larga escala “Parceria para Pacientes” mostrou que ela reduziu as infecções hospitalares em 1,3 milhão* (US DHHS 2014).

Esse ritmo de progresso é notável, principalmente para um campo com apenas quinze anos, que ainda está desenvolvendo suas bases científicas e recebeu investimento limitado em comparação com outros empreendimentos biomédicos importantes, como por exemplo, “Combate ao Câncer”, doenças cardíacas, diabetes, genômica e medicina personalizada, entre outros. Esses outros exemplos tiveram melhorias modestas, incrementais durante décadas de pesquisa bem apoiada, com uma fundamentação científica bem definida – o produto de décadas de pesquisa básica e trabalho por instituições e cientistas. Não é de admirar que o progresso no campo da segurança do paciente não tenha sido mais completo e generalizado, sendo embora talvez decepcionante. O campo de segurança do paciente ainda está no início da sua evolução, e aumentar a segurança do paciente é um problema complexo que exige trabalho de diversas disciplinas para ser solucionado.

* Algumas pessoas questionaram a metodologia desse estudo e a falta de análise externa, apontando incerteza quanto à validade dos resultados (Pronovost e Jha 2014).

Enquanto o sistema de assistência à saúde é reformado, a segurança do paciente deve continuar como prioridade principal. Em algumas situações, a segurança pode interagir com outros elementos de qualidade. É indispensável reconhecer e entender essas inter-relações, assim como priorizar questões não reconhecidas anteriormente, por exemplo, os erros de diagnóstico. Além disso, novos fatores contribuintes agora precisam de atenção, por exemplo, como o potencial de introduzir erros através de históricos eletrônicos de saúde (EHRs) (IOM 2012) e fadigas de alarme de inúmeros sinais de equipamentos (ECRI 2013, Joint Commission 2013).



O progresso futuro depende de uma abordagem global de sistemas de segurança

Nos primeiros anos logo após o aparecimento do documento *To Err Is Human*, foram desenvolvidas visões díspares sobre a melhor abordagem de melhoria. Alguns especialistas no comitê do IOM invocaram processos e filosofias de imitação que funcionaram em outras indústrias, por exemplo, informação de incidentes, listas de verificação, trabalho em equipe, engenharia de fatores humanos e uma abordagem de sistemas (Leape et al. 2002). Outros argumentaram que uma estratégia melhor seria caracterizar problemas de segurança específicos e identificar mecanismos para evitá-los (Shojania et al. 2002, Brennan et al. 2005).

A última abordagem inaugurou uma era em que os médicos clínicos e os pesquisadores focalizaram na redução ou eliminação de danos específicos, por exemplo, tromboembolismo venoso (VTE), complicações cirúrgicas e infecções associadas a cateter venoso central (CLABSIs). Apesar de essa abordagem ter sido aplicada com sucesso a algumas situações (Pronovost et al. 2006, Haynes et al. 2009), ela não obteve frutos em outras situações (Urbach 2014, Reames 2015). Além do mais, essa abordagem projeto a projeto não levou à mudança holística e generalizada.

Para gerar essa mudança holística, precisamos abraçar uma abordagem de segurança mais ampla em vez de focalizar em iniciativas de segurança específicas e circunscritas. Para obter sucesso, algumas iniciativas baseadas em projeto, por exemplo a lista de verificação CLABSI, exigiram mudanças importantes no trabalho de equipe e na cultura (Pronovost et al. 2006). Está dizendo que a maioria das iniciativas só são bem-sucedidas quando implementam táticas que usam uma abordagem mais ampla. Na verdade, um achado fundamental dos últimos quinze anos é que as iniciativas de segurança do paciente só podem avançar se fizerem do trabalho de equipe, cultura e engajamento do paciente um foco essencial. Considerando o design de sistemas, as falhas humanas, a engenharia de fatores humanos, a cultura de segurança, a análise e o relatório de erros, a abordagem de sistemas engloba uma visão mais abrangente.

Ao abraçar a segurança como um valor central, outras indústrias foram além da concorrência para um estágio de cooperação. Organizações de assistência à saúde devem também fazer essa mudança.

Ao abraçar a segurança como um valor central, outras indústrias foram além da concorrência para um estágio de cooperação. Organizações de assistência à saúde devem também fazer essa mudança. Enquanto algumas organizações de assistência à saúde começaram a trabalhar

cooperativamente entre si para promover a segurança do paciente, um compromisso de compartilhar dados de segurança e melhores práticas é mais evidente nos hospitais pediátricos. Por exemplo, a rede Solutions for Patient Safety (SPS) do Children's Hospitals mostrou melhorias nas métricas de segurança do paciente como resultado da colaboração (Lyren et al. 2013). Infelizmente, muitas outras organizações de assistência à saúde parecem acreditar que devem se diferenciar com base em seu registro de segurança. As organizações não devem competir por segurança. Essa concorrência reduz o progresso da segurança do paciente bloqueando o fluxo livre de informação, fundamental para evitar danos.

Promover a segurança do paciente exige uma mudança global, de intervenções pontuais e reativas para uma abordagem global de sistemas de segurança, em que a segurança é sistemática e uniformemente aplicada em todo o processo (Pronovost et al. 2015). Essa mudança teria efeitos sísmicos. Uma abordagem global de sistemas significaria uma priorização constante da cultura de segurança pela liderança. Significaria levar em conta a segurança em todo o universo da assistência à saúde e tratar o aumento da mortalidade e a substancial morbidade que as falhas de segurança provocam. Significaria priorizar o bem-estar e a segurança da força de trabalho da assistência à saúde.

Significaria evitar o amontoamento de outras iniciativas potencialmente desarticuladas em um sistema de distribuição e cuidadores já estressados. O avanço significativo

O avanço da segurança do paciente exige uma mudança abrangente das intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas de segurança.

da segurança do paciente só pode ocorrer quando uma abordagem global de sistemas sustentar as iniciativas de melhoria.

Para avançar mais eficientemente para uma abordagem global de sistemas de segurança, fazemos oito recomendações direcionadas com etapas de ação específicas (vide fig. 2 e o resumo no apêndice). O restante desse relatório apresenta essas recomendações e as táticas associadas necessárias para promover uma melhoria fundamental e ampla da segurança do paciente.

Recomendações:

- 1. Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança**
- 2. Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente**
- 3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos**
- 4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação**
- 5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde**
- 6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde**
- 7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura**
- 8. Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente**



Figura 2.

OITO RECOMENDAÇÕES PARA OBTER SEGURANÇA TOTAL DE SISTEMAS



1. GARANTIR QUE OS LÍDERES ESTABELEÇAM E MANTENHAM UMA CULTURA DE SEGURANÇA

Melhorar a segurança exige uma cultura organizacional que habilite e priorize a segurança. A importância da mudança cultural precisa ser levada ao primeiro plano, em vez de ser tratada como suporte para várias outras atividades de segurança.



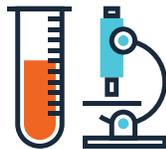
2. CRIAR SUPERVISÃO CENTRALIZADA E COORDENADA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A otimização das iniciativas de segurança do paciente exige envolvimento, coordenação e supervisão de órgãos dirigentes nacionais e outras organizações de segurança.



3. CRIAR UM CONJUNTO COMUM DE MÉTRICAS DE SEGURANÇA QUE REFLITAM RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Medição é fundamental para promover melhorias. Para promover a segurança, precisamos estabelecer métricas padrão em todo o universo da assistência à saúde e criar formas para identificar e medir os riscos e perigos proativamente.



4. AUMENTAR O FINANCIAMENTO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE E NA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

Para promover avanços substanciais na segurança do paciente, tanto a ciência da segurança quanto a ciência da implementação devem ser desenvolvidas para que se entenda mais completamente os perigos da segurança e as melhores maneiras de preveni-los.



5. ABORDAR A SEGURANÇA EM TODO O UNIVERSO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os pacientes merecem assistência segura em todos os ambientes. As organizações de assistência à saúde precisam de melhores ferramentas, processos e estruturas para oferecer assistência com segurança e avaliar a segurança da assistência em vários ambientes.



6. APOIAR A MÃO DE OBRA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Segurança da mão de obra, ânimo e bem-estar são absolutamente necessários para fornecer assistência segura. Enfermeiros, médicos, médicos assistentes, farmacêuticos, técnicos e outros precisam de apoio para desenvolver seu potencial mais alto como curadores.



7. ASSOCIAR-SE A PACIENTES E FAMÍLIAS PARA PROMOVER UMA ASSISTÊNCIA MAIS SEGURA

Pacientes e famílias precisam estar ativamente engajados em todos os níveis da assistência à saúde. Na sua essência, o engajamento do paciente tem a ver com o livre fluxo de informações de e para o paciente.



8. GARANTIR QUE A TECNOLOGIA SEJA SEGURA E OTIMIZADA PARA AUMENTAR A SEGURANÇA DO PACIENTE

Otimizar os benefícios da segurança e minimizar as consequências involuntárias da TI na saúde é fundamental.

Recomendação 1: Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança

Melhorar a segurança exige uma cultura organizacional que habilite e priorize a segurança. Desde o lançamento de *To Err Is Human*, os especialistas vêm pedindo uma ampla mudança cultural em todas as organizações de assistência à saúde (Sexton et al. 2006, Singer et al. 2007, Sorra e Dyer 2010). O conceito de cultura de segurança foi criado fora do setor de assistência à saúde, em estudos de organizações de alta confiabilidade, e indica uma cultura que “minimiza consistentemente os eventos adversos, mesmo ao realizar um trabalho intrinsecamente perigoso e complexo. Organizações de alta confiabilidade mantêm um compromisso com a segurança em todos os níveis, de provedores de vanguarda a gerentes e executivos”, com um compromisso da liderança de realizar operações consistentemente seguras (AHRQ PSNet Safety Culture 2014).

Melhorar a segurança exige uma cultura organizacional que habilite e priorize a segurança.

Na assistência à saúde, uma forte cultura de segurança é uma cultura em que líderes e profissionais de assistência à saúde são responsabilizados por conduta não profissional ainda não punida por erros humanos; erros são identificados e reduzidos antes de causarem danos aos pacientes, e fortes ciclos de feedback permitem que a equipe de vanguarda aprenda com erros anteriores e modifique os processos de assistência para evitar recorrências. Na verdade, “melhorar a cultura de segurança na assistência à saúde é um componente essencial da prevenção ou redução de erros e da melhoria geral da qualidade da saúde” (AHRQ PSNet Safety Culture 2014).

A importância da mudança cultural precisa ser levada ao primeiro plano, em vez de ser tratada como uma entre várias atividades de segurança. O painel de especialistas achou que essa era a recomendação mais importante desse relatório: que a liderança (conselhos/órgãos dirigentes e executivos) devem estabelecer uma cultura de

segurança como a base para obter a segurança global dos sistemas. Gerar e manter a necessária mudança de cultura em larga escala exige forte liderança. Há alguns dados sobre estratégias eficazes para promover normas organizacionais que impulsionam maior segurança do paciente, e liderança distribuída e forte apoio da equipe foram identificados como fundamentais para estabelecer uma sólida cultura de segurança (McKee et al. 2013, Dixon-Woods et al. 2014).

Os líderes devem ser educados sobre a importância da cultura de segurança, e precisam de ferramentas para ajudar a criar essa cultura. Há ferramentas disponíveis para efetivar a mudança de cultura, por exemplo, compactos organizacionais, treinamento de respeito, estratégias para abordar comportamentos perturbadores, pesquisas culturais e WalkRounds™ executivos (IHI 2004, Joint Commission 2008, Kaplan 2013). No entanto, essas ferramentas não são simples de implementar. Em algumas circunstâncias, WalkRounds executivos não foram eficazes para melhorar a segurança (Martin et al. 2014, Rotteau et al. 2014, Singer e Tucker 2014). Além disso, muitas organizações agora usam pesquisas padrão para medir a cultura, apesar de muitas lutarem com a forma de promover melhorias em áreas de baixa pontuação.

Apesar de haver ferramentas disponíveis para desenvolver uma cultura de segurança, é necessário um conjunto comum de melhores práticas. Pode-se prever o desenvolvimento de um “pacote cultural”, análogo ao pacote de intervenções que reduziu drasticamente a pneumonia associada ao ventilador (Resar et al. 2005). Esse pacote cultural incluiria estratégias baseadas em evidências que a liderança e as equipes de uma organização poderiam implementar para conduzir uma mudança cultural significativa.

Para ajudar a iniciar o processo de transformação, os conselhos hospitalares devem estar engajados para exigir que os líderes reconheçam uma cultura de segurança

Uma cultura aprimorada não é o meio para um fim, mas um fim em si mesma.

Cultura ampliada: um fim em si mesma

O conhecimento geralmente passa por três fases: primeiro, simplicidade superficial, seguida de uma complexidade confusa, como uma superfície de problemas subjacentes, previamente não identificados e, finalmente, simplicidade profunda (Schutz 1982). A simplicidade superficial da segurança do paciente começou como a noção de que devemos imitar a aviação e outras indústrias de alto risco com informação de incidentes, mudança cultural e atenção à comunicação e ao trabalho de equipe. A confusa complexidade representa o estado atual: iniciativas de segurança são concentradas em um grande conjunto de metas de segurança específicas com intervenções de cada uma – listas de verificação para cirurgia, pacotes de cateteres venosos centrais, entradas de pedidos de médicos computadorizadas (CPOE) e códigos de barras. Nesta fase, trabalho de equipe, comunicação e cultura são os meios usados para um fim, como a implementação bem-sucedida da lista de verificação cirúrgica ou pacotes de cateteres venosos centrais.

Agora estamos começando a realizar a fase de profunda simplicidade: a cultura aprimorada não é o meio para um fim, mas um fim em si mesma. Por exemplo, sabemos que a implementação superficial de uma lista de verificação cirúrgica não funciona (Urbach et al. 2014). No entanto, um trabalho de equipe e uma intervenção cultural importante que também incluiu listas de verificação (em vez de fazer o contrário) reduziram a mortalidade em 50% mais do que tendências seculares (Neily et al. 2010). Assim, de acordo com esse exemplo de lista de verificação, um foco central na cultura (com listas de verificação como ferramenta) pode melhorar os resultados. Esse exemplo explica porque o painel achou que liderança e cultura são fundamentais para acelerar o progresso da segurança do paciente.

como prioridade e uma atividade pela qual sejam responsáveis. A função de líderes eficientes é estabelecer uma cultura de segurança, definindo as metas e os valores da organização – os líderes de assistência à saúde devem informar clara e incansavelmente que a assistência à saúde é uma meta principal e não negociável (Leonard e Frankel 2012).

Recomendamos que os líderes e outros interessados essenciais utilizem as táticas abaixo para desenvolver e sustentar uma cultura de segurança.

Recomendação 1: Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança

Tática	Fundamentação	Público
1.1 Renovar o foco dos conselhos das organizações para guiarem e serem responsáveis pela segurança do paciente através de governança, definição de metas e garantir que os executivos e todos os níveis da administração valorizem e deem prioridade à segurança (por exemplo, garantir que os dados e as histórias de segurança sejam apresentados em todas as reuniões do conselho).	Uma cultura de segurança é fundamental para conduzir melhorias na segurança do paciente, e é preciso mais atenção para promover a melhoria.	Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança
1.2 Garantir que a liderança e os órgãos de governança desenvolvam e implementem processos sólidos para iniciar e sustentar a transformação para uma cultura de segurança e respeito, especificamente uma cultura que incentive a honestidade, impulse a aprendizagem e equilibre a responsabilidade organizacional e individual.		Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança
1.3 Desenvolver e implementar “cartilhas” de mudança de cultura operacional baseadas nas práticas existentes e na experiência operacional com iniciativas de mudança cultural bem-sucedidas.	Líderes precisam de estratégias práticas, táticas para realmente mudar a cultura.	Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança Organizações de segurança
1.4 Criar uma nova norma para que todos os depositários, líderes e reguladores completem um programa fundamental em ciência de segurança do paciente (por exemplo, cultura justa, sistemas).	Conselhos, líderes e reguladores (por exemplo, agências estaduais) precisam de educação suficiente sobre os fundamentos de ciência de segurança para incentivar as iniciativas culturais.	Conselhos/Órgãos dirigentes Educadores Liderança Legisladores



Recomendação 2: Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente

Apesar de os autores de *To Err Is Human* reclamarem a coordenação de iniciativas de segurança do paciente em nível nacional há quinze anos, sua recomendação continua por satisfazer. A otimização das iniciativas de segurança do paciente exige envolvimento, coordenação e supervisão de órgãos dirigentes nacionais e outras organizações de segurança. Muitos especialistas destacaram exemplos em outras indústrias de alto risco como modelos que a assistência à saúde deve imitar. Um elemento de segurança comum em vários campos é uma agência independente central responsável pela condução de investigações de incidentes. A agência central emprega ou consulta vários especialistas que observam os incidentes para desenvolver recomendações, que podem, pelo menos algumas delas, tornar-se obrigatórias na indústria.

Nos EUA, a Federal Aviation Administration (FAA) supervisiona a indústria da aviação dessa maneira; a

Nuclear Regulatory Commission (NRC) tem uma função semelhante para a indústria de energia nuclear. Essas agências centrais investigam as questões de segurança e criam e disseminam melhores práticas para conduzir uma melhoria eficaz.

A otimização das iniciativas de segurança do paciente exige envolvimento, coordenação e supervisão de órgãos dirigentes nacionais e outras organizações de segurança.

Um tipo semelhante de compartilhamento, coordenação e supervisão interorganizacional é necessário para a segurança do paciente em nível nacional. Para evitar duplicação desnecessária e garantir que lições valiosas sejam compartilhadas por todos os interessados, uma abordagem coordenada deve incluir colaboração entre agências públicas e organizações privadas cujas atividades apoiem a segurança do paciente. Essa colaboração incluiria definição de prioridades, identificação de riscos e criação e disseminação de melhores práticas.

Além de incentivar uma maior colaboração e coordenação, a designação de uma agência central forneceria também maior liderança centralizada e responsabilidade pelo trabalho em curso no campo. Uma lição importante tirada dos eventos que ocorreram em Mid-Staffordshire, no National Health System (NHS), na Inglaterra, quando a oferta de assistência de saúde abaixo do padrão contribuiu para a morte de pacientes, é que quando a responsabilidade é dividida entre grupos, ela não é de ninguém (National Advisory Group 2013). Especificamente, o National Advisory Group on the Safety of Patients da Inglaterra descobriu que “a responsabilidade por supervisionar e remediar as preocupações de qualidade e segurança foi, e ainda é em certa medida, difusa no NHS, dividida entre várias agências e com linhas de coordenação, comunicação, reconhecimento de padrões e acompanhamento de ações confusas ou às vezes inexistentes”. O grupo consultor concluiu que “quando tantas pessoas são encarregadas, ninguém é” (National Advisory Group 2013).

Vários órgãos introduziram iniciativas nacionais que provaram ser de valor. Nos EUA, no nível federal, o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) demonstraram uma liderança ativa em várias iniciativas de segurança do paciente. Por exemplo, em 2008, o CDC lançou a iniciativa PROTECT para reduzir o risco de superdosagem involuntária de medicação entre crianças (CDC 2012). Em 2010, o CMS lançou a Partnership for Patients, uma parceria público-privada voltada para a redução de infecções hospitalares evitáveis e a melhoria das transições de assistência. Dados preliminares demonstraram que a colaboração foi eficiente, atingindo uma redução de 17% das infecções hospitalares entre 2010 e 2013* (CMS 2013).

Outros exemplos de colaboração para promover a segurança do paciente incluem grupos regionais, nacionais e internacionais. Algumas organizações de assistência à saúde estão se unindo para melhorar a assistência, inclusive organizações que operam nos mesmos segmentos de mercado e algumas concorrentes potenciais. A SPS, uma colaboração de hospitais pediátricos em Ohio, habilitou o compartilhamento de dados e de melhores práticas, e documentou as melhorias na segurança, por exemplo, a redução do número de paradas cardiopulmonares fora da unidade de terapia intensiva (UTI) em 46% (Children’s Hospitals’ Solutions for Patient Safety [nd]).

Organizações de segurança do paciente (PSOs), que são regulamentadas pela US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), foram criadas para promover a aprendizagem compartilhada e aumentar a qualidade e a segurança em nível nacional conferindo proteções de confidencialidade (AHRQ PSO [nd]). A intenção dessas organizações é que elas capturem dados do relatório de incidentes usando formatos comuns, para informar uma iniciativa do governo centralizado e também auxiliar na medição. Enquanto leva a informação de volta para os seus clientes, as PSOs podem também servir como ligações entre a iniciativa central e seus clientes. No entanto, a atual eficácia das PSOs para comunicar informações sobre segurança do paciente para clientes e trabalhar com eles para reduzir erros exige um rigoroso exame (Frankel 2011).

A coordenação central pode também agregar valor significativo ao relatório de incidentes. Na aviação e em outras indústrias, os incidentes e acidentes mais graves são informados e investigados por uma equipe de segurança inteiramente independente

* No entanto, algumas pessoas questionaram a metodologia desse estudo e a falta de análise externa, apontando incerteza quanto à validade dos resultados (Pronovost et al. 2014).

para garantir que causas em todo o sistema e melhorias exigidas possam ser imparcialmente identificadas (Macrae 2015). O NHS da Inglaterra está trabalhando atualmente para implementar um modelo semelhante. Relatórios de profissionais voluntários de certos tipos de eventos para organizações externas, como a US Food and Drug Administration (FDA), o independente Institute for Safe Medication Practices (ISMP), sem fins lucrativos, o CDC e outros, são uma abordagem importante para capturar e aplicar centralmente as informações sobre eventos adversos e desenvolver estratégias para abordá-los. Esses relatórios têm também um amplo efeito sobre as normas da FDA, as práticas da indústria, os padrões de assistência à saúde, as metas nacionais de segurança do paciente e as melhores práticas visadas de segurança de medicação (comunicação pessoal de Michael Cohen, novembro de 2015).

Além dessas organizações e colaborações de segurança, a assistência à saúde inclui vários órgãos reguladores envolvidos na supervisão e nas atividades de segurança do paciente. Esses grupos são a FDA; US Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC); US Department of Health and Human Services (HHS), que inclui AHRQ, CMS, CDC e o Office of the Inspector General (OIG); e o National Quality Forum (NQF), entre outros. Além disso, vários grupos de defesa dos pacientes se concentram na segurança do paciente, bem como organizações de segurança sem fins lucrativos, como a National Patient Safety Foundation, o Leapfrog Group e o Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Nos EUA, no entanto, não há grupo central dedicado e nenhuma estratégia nacional para alinhar todas as organizações envolvidas na segurança do paciente. Sem um grupo principal para galvanizar a disposição e agir como ponto focal de coordenação e priorizar as iniciativas de segurança do paciente, os pacientes e os profissionais de assistência à saúde sofrem com fragmentação e duplicação de esforços, ausência de defesa efetiva, falta de responsabilidade final e competição para financiamento.

Para preencher essa lacuna, a solução preferida seria formar uma nova organização, análoga à FAA e à NRC, para atuar como ponto focal para as iniciativas de segurança e desenvolver uma estratégia nacional para alinhar e coordenar essas iniciativas nas organizações públicas e privadas. No atual clima político, parece improvável atingir essa solução. Uma alternativa potencial seria expandir a função de uma organização existente para atuar na principal função de coordenação. Considerando as taxas conhecidas de danos ao paciente na assistência à saúde, precisamos elevar a conversa sobre segurança do paciente para fazer dela prioridade da saúde pública. Precisamos da mesma coordenação e foco que outras iniciativas de saúde pública têm – por exemplo, o uso de cintos de segurança e a redução do uso do cigarro, onde legisladores, a indústria e as organizações de vanguarda trabalham juntos. Uma estrutura nacional de supervisão de segurança do paciente pode representar os grupos díspares mencionados anteriormente e tornar-se uma interface eficiente entre o governo, outros interessados em segurança e o público em relação a todos os aspectos de segurança da assistência à saúde.

Recomendamos que os interessados apliquem as táticas abaixo para facilitar a coordenação nacional e a supervisão das atividades de segurança do paciente.

Recomendação 2: Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente

Tática	Fundamentação	Público	
2.1	Alinhar e harmonizar atividades nacionais de segurança designando ou criando um órgão de coordenação central.	A falta de coordenação entre várias agências federais e organizações de segurança leva a uma falta de estratégia nacional e de uma harmonização de iniciativas sobre a segurança do paciente.	Congresso HHS
2.2	Expandir e acelerar as iniciativas de melhoria colaborativa (por exemplo, coalizões regionais ou específicas de especialidades) em segurança do paciente em todo o universo de assistência à saúde.	A falta de dados de compartilhamento e melhores práticas limita as iniciativas de impulsionar uma melhoria efetiva.	Organizações de assistência à saúde HHS Sociedades profissionais Parcerias público-privadas Organizações de segurança



Recomendação 3: Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos

Medição é fundamental para promover melhorias. Ajuda a esclarecer metas, estabelecer um senso compartilhado de finalidade e confirmar se as organizações estão caminhando na direção certa com o tempo. No entanto, a medição também carrega o potencial para efeitos negativos involuntários. A medição incorreta obscurece o verdadeiro estado das coisas, levando a complacência imprudente ou iniciativas voltadas desproporcionalmente para problemas menores. A quantidade de medidas agora exigidas por diferentes órgãos reguladores pode distrair a atenção de metas importantes, e a tarefa de coletar e analisar dados é impressionante. Outro problema é o uso não intencional de métricas (por exemplo, indicadores de segurança do paciente da AHRQ, usados como ferramenta de triagem, usados para penalidades por falta de pagamento) e consequências involuntárias de métricas atualmente em uso (por exemplo, sanções financeiras para hospitais de poucos recursos como consequência de medidas de reinternações) (Joynt e Jha 2012), que podem ter consequências nocivas.

Medição é fundamental para promover melhorias.

Alguns progressos vêm sendo feitos na medição nos quinze anos anteriores. A medição é agora considerada rotina em muitas áreas de assistência à saúde, de forma diversa do que acontecia anteriormente. Organizações de todo o país agora medem regularmente HAIs usando definições confiáveis, validadas, que têm consenso nacional (Yokoe 2014, CDC Identifying 2015). Muitos estados agora exigem relatórios de HAIs (CDC State-Based 2015). Um número crescente de medidas avaliam agora o que importa para os pacientes: a experiência do paciente. A pesquisa Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems e as ferramentas correlatas fornecem medidas padronizadas da experiência de assistência do paciente, incluindo alguns itens diretamente relacionados com a segurança do paciente, por exemplo, comunicação de alta. Essas ferramentas são amplamente usadas e estão agora ligadas ao reembolso do Medicare, aumentando sua visibilidade e sua importância (CMS 2013, CMS 2014). Os últimos quinze anos também testemunharam o aumento da transparência e da medição. As taxas de mortalidade e complicação de muitos hospitais são agora anunciadas publicamente – uma atividade muito menos comum antes do relatório do IOM (Ryan 2012).

Inúmeros desafios de medição são, no entanto, muito específicos da segurança do paciente. Primeiro, diferentemente de outros aspectos de qualidade, não há medidas de segurança amplamente usadas. Dados administrativos não funcionam bem para medidas de segurança. A atual metodologia de medição, que geralmente depende de vigilância retrospectiva através de dados de reivindicações ou análise de gráficos, deixa de detectar todas as instâncias de erros, danos e “nunca eventos” (Thomas e Classen 2014). Medidas de segurança intersetoriais não estão disponíveis a partir de dados de rotina. É difícil usar grandes bases de dados para encontrar ADEs ou erros de diagnóstico.

A métrica indicou que “eventos totalmente adversos” é heterogênea demais para fornecer dados significativos para melhoria, mas ainda é geralmente usada como métrica primária para avaliar a segurança do paciente (Vincent e Amalberti 2015, Shojanian e Marang-van de Mheen 2015). Medir eventos adversos oferece um reconhecimento geral do terreno, indicando os tipos de problemas de segurança que surgem comumente e um sentido aproximado da sua frequência relativa. No entanto, para qualquer tipo de evento adverso (HAIs, ADEs, complicações cirúrgicas, erros de diagnóstico), nós geralmente não medimos com confiabilidade suficiente para conseguir mostrar melhoria com o tempo. Outro problema é que a classificação de eventos adversos pode mudar com o tempo; com novos danos ou mudanças no que os analistas veem como evitável, ainda que os hospitais reduzam com sucesso vários eventos adversos evitáveis conhecidos, a taxa de eventos adversos evitáveis pode parecer inalterada (Vincent e Amalberti 2015). Além disso, as categorias de evento adverso têm tantas causas heterogêneas que uma determinada intervenção pode não reduzir suficientemente a taxa para indicar que uma mudança foi detectada. Mesmo para as medidas de resultado que parecem relativamente diretas, como as taxas de VTE, podem haver incorreções (por exemplo, hospitais que selecionam e testam mais podem parecer piores apesar de oferecer melhor assistência) (Bilimoria et al. 2013).

A análise de gráficos é uma alternativa para os dados administrativos, mas exige muita mão de obra. Mesmo quando simplificado pelo uso de instrumentos, como a IHI Global Trigger Tool, essas ferramentas podem ser bruscas demais para detectar melhoria (Shojanian e Marang-van de Mheen 2015, Wong et al. 2015). Essas ferramentas só podem identificar os eventos adversos específicos na ferramenta e só podem detectar eventos que sejam realmente documentados.

Um esforço significativo foi feito com os sistemas de informação organizacional, que foi uma recomendação central do relatório original do IOM, mas esses esforços sempre ofereceram pouco valor para as organizações em termos de melhorias reais. Um estudo recente identificou cinco barreiras que impedem a eficácia da informação de incidentes: processamento de má qualidade dos relatórios de incidentes, engajamento inadequado do médico, ação subsequente insuficientemente visível, financiamento inadequado e apoio institucional dos sistemas de informação de incidentes, e uso inadequado da emergente tecnologia de informação de saúde (TI na saúde) (Mitchell et al. 2015). De acordo com outro relatório, “nós cobramos demais e fazemos demasiado pouco”, e devemos renovar o foco dos esforços para garantir que os relatórios levem a melhoria real (Macrae 2015). A informação voluntária para organizações centrais como a ISMP e a FDA tem sido mais eficiente. Por exemplo, a ISMP opera um programa de informação de erro voluntária e centralizada para o qual qualquer profissional ou organização pode informar erros de medicação. A ISMP então usa seu conhecimento especializado para compartilhar feedback, melhores práticas e lições aprendidas com esses erros muito amplamente

através de alertas e boletins informativos. Ainda é preciso mais trabalho para otimizar o relatório organizacional e determinar como ampliar programas centralizados eficientes.

Finalmente, todos esses métodos (reivindicações, análise de gráficos, relatórios) são retrospectivos e reativos. Ao pensar em prevenção, precisamos de mais e melhores formas de identificar e medir os riscos e perigos em tempo real, ou proativamente, para intervir potencialmente antes que um evento adverso ocorra. Por exemplo, identificar pacientes em risco de um ADE baseado no número de medicamentos tomados e outros fatores permitiria a intervenção com um farmacêutico antes que o evento ocorra.

Para inverter a maré, o campo da segurança precisa estabelecer métricas padrão que cubram todo o universo da assistência à saúde. Processos e ferramentas também precisam ser desenvolvidos para identificar riscos e administrar perigos proativamente (por exemplo, identificar os primeiros sinais de deterioração clínica). Os sistemas de informação de segurança devem ser melhorados para garantir que melhorias apropriadas dos sistemas sejam implementadas como resultado desses relatórios. Melhores estratégias são necessárias para aumentar a medição dos resultados que importam para os pacientes, através de resultados informados do paciente ou preocupações com a segurança. Finalmente, quando as métricas padrão são instaladas em todo o universo da assistência à saúde, os incentivos devem ser desenvolvidos para inovação e maior aprimoramento.

Recomendamos que os interessados usem as táticas abaixo para acelerar o progresso da medição da segurança do paciente.

Recomendação 3: Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos

Tática	Fundamentação	Público	
3.1	Criar um portfólio de métricas padrão nacionais de resultados e processos de segurança do paciente em todo o universo da assistência e aposentar as medidas inválidas.	Faltam medidas relevantes de danos e segurança do paciente e algumas medidas atuais são ineficientes.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Pesquisadores
3.2	Desenvolver processos e ferramentas para identificar e medir os riscos em tempo real para administrar proativamente os perigos (por exemplo, identificar os primeiros sinais de deterioração clínica).	Boa parte da medição de segurança é retrospectiva em vez de prospectiva.	Pesquisadores Fornecedores
3.3	Melhorar os sistemas de informação de segurança para garantir que melhorias adequadas dos sistemas sejam implementadas e que um feedback oportuno seja fornecido para todos os envolvidos.	Apesar de esforços significativos terem sido gastos em sistemas de informação, em geral pouco valor é agregado em termos de melhorias reais. É preciso ainda mais trabalho para identificar e entender que formas de informação funcionam melhor para aumentar a segurança.	Organizações de assistência à saúde HHS Fornecedores
3.4	Desenvolver medidas de segurança em ambientes do universo de assistência à saúde e desenvolver incentivos financeiros e não financeiros para inovação e melhoria.	Há muito poucas medidas de segurança do paciente para ambientes fora do hospital.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Pesquisadores



Recomendação 4: Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação

Para promover avanços substanciais na segurança do paciente, tanto a ciência da segurança quanto a ciência da implementação devem ser desenvolvidas mais completamente, de forma que se entenda mais sobre os perigos da segurança e as melhores maneiras de preveni-los. A ciência da segurança investiga os fatores contribuintes e as causas de risco e dano subjacentes, incluindo erros e fatores humanos. Inclui muitas disciplinas não consideradas comumente como parte da assistência à saúde. Pesquisa da ciência da segurança reconhece a importância fundamental do design do sistema para impulsionar o comportamento da mão de obra. Em outras indústrias, como a aviação e a manufatura, os especialistas em segurança aceitam o princípio de que o erro humano é esperado, portanto, deve ser previsto, e seus efeitos mitigados. Além de desenhar sistemas para evitar erros, a assistência à saúde deve entender melhor e aplicar mais ativamente os princípios da ciência da segurança e a engenharia dos fatores humanos para identificar e mitigar erros antes que provoquem danos.

Em outras indústrias, os especialistas em segurança aceitam que o erro humano é esperado e, portanto, deve ser previsto, e seus efeitos mitigados.

A ciência da implementação complementa a ciência da segurança focalizando a execução, o escalonamento, a tradução e aplicando as lições aprendidas no laboratório ou no ambiente piloto. Identificar práticas valiosas e efetivamente implementá-las é fundamental para o sucesso no mundo real.

O progresso da ciência da segurança e da implementação inclui aumentar o reconhecimento de que a ciência da segurança existe, e os clínicos e os líderes organizacionais estão abertos a oportunidades para melhorar através de parceria com disciplinas fora da assistência à saúde. Por exemplo, equipes cirúrgicas aplicaram abordagens de segurança da aviação e da corrida de automóveis para melhorar a

assistência pós-operatória (Catchpole et al. 2007). Surgiram fóruns que incentivam o trabalho interdisciplinar e as colaborações em larga escala, em que as organizações congêneres trabalham juntas para aprender e melhorar (Berwick et al. 2006, IHI 2015). Adicionalmente, algumas organizações de assistência à saúde demonstraram que aplicar estratégias e ferramentas criteriosamente para projetar e construir automóveis pode melhorar a qualidade, segurança e eficiência da oferta de assistência à saúde (McCulloch et al. 2010, Meyer 2010, Kaplan 2013).

Em muitos ambientes, no entanto, líderes e clínicos de pronto atendimento não foram expostos e não aplicam eficientemente as lições selecionadas da ciência da segurança. Em outras instâncias, as lições sobre o que funciona para remover defeitos em outras indústrias são algumas vezes simplificadas demais, perdendo elementos essenciais na sua tradução para a assistência à saúde e condenando algumas ao fracasso. Algumas vezes, uma organização de assistência à saúde consegue obter melhoria significativa, por exemplo, reduzindo a mortalidade com listas de verificação de segurança cirúrgica (Haynes et al. 2009, Weiser et al. 2010), enquanto outros não conseguem replicar tais resultados (Urbach et al. 2014, Reames et al. 2015). Um ponto adicional é que algumas organizações podem obter ganhos em uma área, mas, na mesma organização, não obtêm ganhos positivos em outras áreas.

Treinamento focalizado especificamente em segurança e qualidade é essencial. Entre os exemplos estão o programa Fellowship Program in Patient Safety e o programa Chief Residents in Quality and Safety desenvolvidos pela US Veterans Administration (VA) (Chang e Williams 2013, Watts et al. 2013). O primeiro foi elaborado como base no Programa VA Quality Scholars Fellowship Program, que efetivamente prepara médicos para liderar iniciativas de qualidade (Splaine et al. 2009). Educação e prática interprofissional são também necessárias para mudar a forma como treinamos os futuros clínicos (University of Minnesota [nd]). Além disso, há necessidade de treinar pesquisadores para conduzir pesquisa de segurança do paciente e educar uma mão de obra em ciência da implementação para conduzir iniciativas de melhoria operacional.

Algumas vezes o ambiente regulatório é lento para adaptar-se às novas estratégias e tecnologias de assistência à saúde. Por esta razão, o campo não tem um número suficiente de histórias de sucesso transformadoras para informar e inspirar a replicação. Finalmente, a natureza em constante evolução da ciência contribui inadvertidamente para a não aceitação da segurança e da ciência da implementação. Por exemplo, quando uma inovação mostra uma promessa inicial mas estudos posteriores deixam de reproduzir resultados positivos, o público, os legisladores e os médicos podem não só duvidar da eficácia da intervenção específica mas também da abordagem mais ampla. É importante destacar e incentivar a aceitação desse aspecto do processo científico para garantir que a disposição de melhorar possa ser sustentada.

Uma pesquisa substancial em segurança e ciência da implementação vai exigir o compromisso de recursos financeiros sustentados. No entanto, o orçamento estimado para 2015 do National Institutes of Health (NIH) para pesquisa de segurança do paciente foi de US\$ 1,01 bilhão, que representa 3,4% do orçamento anual total para pesquisa médica (US\$ 30,1 bilhões) (NIH 2015). Nos últimos anos, o orçamento de AHRQ, a importante fonte de financiamento federal dos EUA para pesquisa de segurança e

qualidade da assistência à saúde, esteve em risco por estar gravemente reduzida. A falta de fundos disponíveis para pesquisa e a precariedade dos fundos disponíveis são sérios obstáculos à melhoria da segurança do paciente.

Recomendamos que os interessados recorram às práticas abaixo para promover a pesquisa sobre segurança do paciente e a ciência da implementação.

Recomendação 4: Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação

Tática	Fundamentação	Público	
4.1	Apoiar a colaboração entre pesquisadores de segurança do paciente e pesquisadores de ciências de segurança em outras indústrias e setores.	É necessário que haja um método formal de aprendizagem e inovação na assistência à saúde em torno da segurança do paciente.	HHS (AHRQ) Pesquisadores
4.2	Identificar e disponibilizar fontes de financiamento sustentável para pesquisa de implementação e segurança, inclusive financiamento federal e parcerias público-privadas.	A segurança do paciente não tem financiamento suficiente no que se refere ao impacto sobre os pacientes.	HHS (NIH, AHRQ) Congresso Fundações/Outros financiadores Organizações de segurança
4.3	Ampliar os programas acadêmicos de segurança na assistência à saúde para treinar pesquisadores com especialização em ciência de segurança e treinar líderes operacionais e de implementação.	É necessária uma mão de obra altamente treinada para conduzir pesquisas em segurança do paciente e dirigir iniciativas de melhoria operacional.	HHS (AHRQ) Fundações/Outros financiadores
4.4	Incentivar as organizações que tenham inovações de segurança implementadas com sucesso para estabelecer laboratórios de aprendizagem e colaboradores para estendê-las a outras organizações.	Disseminar e sustentar inovações é essencial para a melhoria significativa da segurança do paciente.	Fundações/Outros financiadores Organizações de assistência à saúde HHS Parcerias público-privadas Organizações de segurança



Recomendação 5: Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde

Os pacientes merecem assistência segura em todos os ambientes. Basicamente, um bilhão de consultas ambulatoriais ocorrem anualmente nos EUA, em comparação com 35 milhões de hospitalizações (NCHS 2015). No entanto, *To Err Is Human* focalizou principalmente a assistência fornecida dentro dos hospitais, e a maior parte da pesquisa de segurança do paciente ocorreu no ambiente de hospitalização (Gandhi e Lee 2010). Menos pesquisa focalizou os ambientes de não internação, incluindo: consultórios médicos, farmácias comunitárias, clínicas, centros médicos, cirúrgicos e de imagiologia ambulatoriais e ambientes de assistência domiciliar, asilos e de longo prazo. Uma análise de pesquisa de segurança do paciente ambulatorial preparada pela American Medical Association (AMA) considerou o trabalho como “extremamente limitado, tanto em quantidade quanto na capacidade de generalizar a partir de estudos que foram informados” (Lorincz et al. 2011). Produzido dez anos depois da publicação de *To Err Is Human*, o relatório da AMA observa lacunas contínuas no conhecimento em relação à magnitude das questões de segurança e dos danos que ocorrem fora dos hospitais. Uma sequência do relatório se refere a esse tempo como uma “década perdida” (Wynia e Classen 2011).

Os pacientes merecem assistência segura em todos os ambientes.

Os riscos à segurança do paciente são substanciais em ambientes ambulatoriais. Em um estudo, mais da metade das indenizações pagas anualmente por negligência médica foi por eventos ocorridos em ambiente ambulatorial, e dois terços levaram a lesões graves ou morte (Bishop et al. 2011). Um estudo separado concluiu que um quarto dos pacientes de cuidados primários sofreu um evento medicamentoso adverso (ADE) e 11% era evitável (Gandhi et al. 2003). ADEs ocorreram em cerca de 11% dos pacientes que tiveram alta em um estudo separado, e 25% desses eventos eram evitáveis (Forster et al. 2005). A falta de coordenação entre os ambientes de assistência à saúde é também uma importante fonte de problemas de segurança, especialmente nas transições. Um relatório documentou que cerca de um terço dos beneficiários de Medicare em unidades de enfermagem qualificadas sofreram um evento adverso. Metade deles foi considerada evitável (OIG 2014). É essencial ter um melhor entendimento dos riscos ao fazer a transição da assistência e identificar as ferramentas de prevenção eficientes. Finalmente, os erros de diagnóstico são outra importante fonte de danos evitáveis para os pacientes em ambiente ambulatorial (Singh et al. 2014), conforme destacado em um relatório recente do Institute of Medicine (National Academies 2015).

Pagadores, legisladores, líderes organizacionais e profissionais de assistência à saúde agora reconhecem a necessidade de maior coordenação na assistência à saúde e melhor comunicação em todo o universo da assistência (Craig et al. 2011, Naylor et al. 2011). No entanto, incentivos financeiros significativos impedem atualmente uma colaboração efetiva durante as transições. Muitos hospitais não apoiam adequadamente os profissionais de assistência à saúde para se comunicarem confiavelmente com instalações de cuidados pós-agudos, como casas de repouso ou centros de reabilitação, ou remunerá-los pelo tempo necessário.

Muito pouco se sabe sobre a epidemiologia da segurança do paciente em ambientes fora de hospitais e sobre estratégias potenciais de melhoria. Além disso, a infraestrutura está muito mais limitada nesses ambientes; os hospitais têm pessoal dedicado à qualidade e à segurança, sistemas de informação, conferências de análise de colegas e outros recursos que podem não existir em outros ambientes. As organizações de assistência à saúde precisam de melhores ferramentas, processos e estruturas para oferecer assistência com segurança e avaliar a segurança da assistência em vários ambientes. É necessária pesquisa adicional para caracterizar mais completamente os riscos em todos os ambientes do universo da assistência à saúde.

Recomendamos que os interessados utilizem as táticas abaixo para facilitar a coordenação e a comunicação e, em última instância, aumentar a segurança do paciente em todo o universo da assistência à saúde.

Erros de diagnóstico reexaminados

Improving Diagnosis in Health Care (Melhorar o diagnóstico em assistência à saúde), um novo relatório do Institute of Medicine, conclui que “a maioria das pessoas vai enfrentar, no mínimo, um erro de diagnóstico durante a vida, algumas vezes com consequências devastadoras”. Para os objetivos do relatório, erros de diagnóstico são definidos como diagnósticos incorretos, falhos ou inadequadamente retardados. A pesquisa indica que tais erros são generalizados e são mais comuns em ambientes ambulatoriais (56% de todos os diagnósticos de erros) do que no setor de emergências (28%) ou em ambiente de internação (16%). O relatório enfatiza que uma colaboração mais estreita entre profissionais de assistência à saúde, pacientes e famílias, em conjunto com uma educação clínica ampliada e treinamento no processo de diagnóstico, será fundamental para a melhoria (National Academies 2015).

Recomendação 5: Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde

Tática	Fundamentação	Público	
5.1	Aumentar o financiamento de pesquisa para entender a epidemiologia da segurança do paciente em ambientes do universo de assistência à saúde (por exemplo, cuidados primários, práticas especializadas, centros cirúrgicos ambulatoriais, centros de diálise, casas de repouso).	Pouco se sabe sobre a epidemiologia da segurança do paciente em ambientes fora de hospitais e sobre estratégias potenciais de melhoria, apesar da maioria da assistência ser oferecida nesses ambientes.	Congresso Fundações/Outros financiadores HHS (AHRQ, NIH)
5.2	Ampliar a infraestrutura em todo o universo de assistência à saúde (por exemplo, conhecimento especializado de segurança, mecanismos de informação, colaboradores) para identificar e implementar melhores práticas para melhoria da segurança.	Muitos ambientes do universo da assistência à saúde não têm a devida infraestrutura para melhoria.	Ambientes e práticas ambulatoriais Organizações de assistência à saúde Liderança



Recomendação 6: Apoiar a mão de obra de assistência à saúde

Segurança da mão de obra, ânimo e bem-estar são absolutamente necessários para fornecer assistência segura. Conforme discutido em *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care* (Criando alegria, significado e uma assistência à saúde mais segura através dos olhos da mão de obra), “a segurança do local de trabalho está... inexoravelmente ligada à segurança do paciente. Se os cuidadores não recebem a proteção, o respeito e o apoio que precisam, eles têm mais probabilidade de cometer erros, deixar de seguir práticas seguras e não trabalhar bem em equipes” (LLI 2013).

Os membros da mão de obra dedicada de assistência à saúde – enfermeiros, médicos, médicos assistentes, farmacêuticos, técnicos e outros – precisam de apoio para desenvolver seu potencial mais alto como curadores. Esse apoio deve incluir atenção a danos físicos (por exemplo, lesão corporal, violência no local de trabalho, doenças relacionadas com estresse) e danos emocionais (por exemplo, comportamento desrespeitoso, intimidação e agressão verbal) (LLI 2013).

Os membros da dedicada força de trabalho de assistência à saúde precisam de apoio para preencher seus mais altos potenciais como curadores.

Em 2011, os hospitais dos EUA informaram cerca de sete doenças e lesões relacionadas com o trabalho para cada cem funcionários trabalhando em tempo integral, quase o dobro da taxa de toda a indústria privada (OSHA 2013). Em termos de dias de trabalho perdidos por causa de lesões, os hospitais estão entre os locais mais perigosos dos EUA. Os trabalhadores do setor de assistência à saúde correm risco de sofrer lesões físicas no trabalho, algumas vezes provocadas por pacientes ou famílias violentas.

O comportamento de bullying entre os profissionais de assistência à saúde tem efeito direto sobre a segurança da mão de obra e a segurança do paciente. Muitas organizações não abordam o comportamento desrespeitoso decididamente; quase sempre as pessoas em funções de poder ou influência não são corrigidas ou repreendidas quando intimidam outras pessoas (Joint Commission 2008). Os trabalhadores do setor de assistência à saúde que sofrem

bullying podem ficar intimidados e não falar quando observam violações à segurança ou falhas em completar tarefas relativas à segurança. As organizações de assistência à saúde devem tomar medidas para eliminar o comportamento de bullying e abordar a segurança da mão de obra.

Bolsões de conscientização sobre apoio à mão de obra estão surgindo, como se vê no aumento da pesquisa sobre esgotamento da mão de obra e ambientes de trabalho saudáveis (Sainfort et al. 2001, Carayon et al. 2006, Linzer et al. 2014, Ulrich et al. 2014). Desgaste profissional é comum. Quase metade dos médicos envolvidos em cuidados primários e algumas especialidades informa sintomas de desgaste (Shanafelt et al. 2012, Roberts et al. 2014, Shanafelt et al. 2014). Um estudo demonstrou que o desgaste da equipe afetou mais da metade da equipe da unidade neonatal de tratamento intensivo em algumas organizações; unidades com maiores proporções de desgaste obtiveram piores pontuações de cultura de segurança (Profit et al. 2014).

A função importante de ter alegria e significado no trabalho para produzir resultados na assistência ao paciente não foi amplamente reconhecida há quinze anos; o reconhecimento disso como tópico válido para pesquisa e subsequente discussão representa progresso (LLI 2013). Para encontrar alegria e significado no seu trabalho diário, os funcionários devem ser capazes de responder a três perguntas afirmativamente todos os dias: (1) Sou tratado com dignidade e respeito por todos? (2) Tenho o que preciso para dar uma contribuição que dê significado à minha vida? (3) Sou reconhecido e agradecido pelo que faço? (LLI 2013) Além disso, um artigo recente citou a necessidade de desenvolver um “objetivo quádruplo”, através da ampliação da experiência de *fornecer* assistência agregada ao chamado objetivo triplo de melhorar a experiência individual de assistência, melhorar a assistência da população e reduzir o custo per capita (Sikka et al. 2015).

Iniciativas recentes para nutrir ambientes de trabalho saudáveis representam avanços importantes. A Joint Commission e associações profissionais, como a American Association of Critical-Care Nurses (AACN), divulgaram instruções para criar ambientes de trabalho saudáveis, especialmente no que se refere à comunicação e às relações interpessoais (AACN 2005, Joint Commission 2012). A American Nurses Association anunciou recentemente a iniciativa HealthyNurse™, que enfatiza o completo bem-estar das enfermeiras e a função básica que as enfermeiras têm na modelagem de comportamentos de promoção da saúde (ANA [nd]). Internacionalmente, o Royal College of Physicians (Reino Unido) publicou recentemente um relatório delineando a ligação entre o bem-estar da equipe e a assistência ao paciente de alta qualidade e especificando as recomendações de promover a segurança e o bem-estar da mão de obra de assistência à saúde (RCP 2015).

Alegria no trabalho e maior segurança são possíveis, se os profissionais de assistência à saúde forem suficientemente apoiados nos seus esforços para fornecer assistência segura e eficiente.

Os vários custos da falha em apoiar a mão de obra de assistência à saúde.

Through the Eyes of the Workforce Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care (Criando alegria, significado e uma assistência à saúde mais segura através dos olhos da mão de obra), um relatório do Instituto Lucian Leape (LLI) da National Patient Safety Foundation, descreve como deixar de apoiar uma mão de obra saudável na assistência à saúde resulta em dano físico e emocional. Esse dano é associado a várias consequências adversas que se propagam pelo sistema de assistência à saúde. “Os custos do esgotamento, litígios, horas de trabalho perdidas, rotatividade dos funcionários e a incapacidade de atrair iniciantes para profissões de assistência de saúde são um desperdício e só aumentam o peso da doença” (LLI 2013). O relatório enfatiza que a falta de apoio à mão de obra tem efeitos adversos sobre todo mundo que toca o sistema de assistência à saúde: pacientes, famílias, profissionais de assistência à saúde, administradores, e todos que pagam por assistência à saúde.

O apoio deve incluir oportunidades de treinamento contínuo relativo a ferramentas e métodos de melhoria da qualidade, cultura de segurança e ciência da implementação, além de resiliência e lidar com comportamentos perturbadores. Há um claro apetite por educação de segurança e qualidade entre a mão de obra, e as organizações devem abraçar e incentivar isso. Por exemplo, a IHI Open School oferece treinamento e ferramentas on-line para os profissionais de assistência à saúde e já teve mais de dois milhões de cursos on-line baixados nos últimos quatro anos. Além disso, faculdades de medicina e enfermagem e programas de residência estão aumentando o foco no treinamento de segurança e qualidade (QSEN [nd], ACGME [nd]). Desenvolvendo essas habilidades, as linhas de frente terão o conhecimento e as ferramentas de que precisam para criar sistemas mais seguros.

O apoio à mão de obra deve também incluir fornecer treinamento abrangente e tratar o baixo ânimo, o esgotamento profissional e a falta de engajamento. As organizações devem se empenhar para fornecer apoio constante e eficiente depois de eventos adversos ou críticos para reduzir o sofrimento de cuidadores e equipes que sofrem danos psicológicos depois de serem envolvidos em erros (Wu 2000, Seys et al. 2013). As organizações de assistência à saúde devem sempre oferecer apoio para todos os cuidadores, tanto rotineiramente quanto depois de eventos adversos (Hu et al. 2012).

Recomendamos que os interessados usem as táticas abaixo para melhor apoiar a força de trabalho.

Recomendação 6: Apoiar a mão de obra de assistência à saúde

Tática	Fundamentação	Público	
6.1	As organizações devem adotar ferramentas e métodos modernos de melhoria de qualidade e treinar todos os profissionais em cultura de segurança e ciência da implementação durante toda a sua trajetória profissional.	Fornecer o conhecimento e as habilidades para melhorar a segurança pode melhorar a satisfação profissional, o engajamento, a resiliência e a segurança do paciente.	Agências de credenciamento Educadores Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Profissionais de saúde Organismos de acreditação Associações profissionais Organizações de segurança
6.2	Expandir ou desenvolver recursos que apoiem a mão de obra, incluindo iniciativas para melhorar as condições de trabalho e estabelecer um ambiente de respeito; programas para apoiar a equipe e aumentar a resiliência; sistemas de gestão de fadiga e programas de comunicações, apologia e resolução.	A segurança da mão de obra é uma pré-condição da segurança do paciente, mas dano físico e psicológico e esgotamento são altamente predominantes na assistência à saúde.	Conselhos/Órgãos dirigentes Educadores Mão de obra de assistência à saúde Liderança Associações profissionais
6.3	Envolver a mão de obra na identificação de domínios de medição e na criação de painéis de controle de bem-estar e segurança da mão de obra para serem analisados pela liderança e pelos conselhos.	Medidas padronizadas de segurança física e psicológica não estão disponíveis para análise dos líderes sênior.	Conselhos/Órgãos dirigentes Mão de obra de assistência à saúde HHS (AHRQ) Liderança NQF



Recomendação 7: Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura

Pacientes e famílias precisam estar ativamente engajados em todos os níveis da assistência à saúde. O termo “engajamento do paciente” pode indicar coisas diferentes para diferentes interessados da assistência à saúde e pode ser entendido de várias maneiras (Batalden et al. 2015). Comuns à maioria das definições são as ideias de parceria, comunicação, troca de informações e respeito. A pesquisa recente focaliza o dano emocional do paciente, que pode resultar de desrespeito. Particularmente, o dano emocional é visto como uma coisa que afeta a dignidade do paciente “através do fracasso em demonstrar ‘respeito’ adequado ao paciente como pessoa” (Sokol-Hessner et al. 2015), e alguns hospitais estão começando a medir o dano emocional como parte das suas iniciativas de segurança. Na sua essência, o engajamento do paciente tem a ver com o livre fluxo de informações de e para o paciente. Sua base é um ambiente onde os pacientes e as famílias sejam sempre tratados com respeito, e sua dignidade é honrada (Sokol-Hessner et al. 2015). Considerando que, em décadas passadas, os pacientes podem ter sido desencorajados de serem participantes ativos da sua assistência, hoje entendemos que a assistência ideal *depende* de um envolvimento ativo dos pacientes e das suas famílias.

Pacientes e famílias precisam estar ativamente engajados em todos os níveis da assistência à saúde.

Nos últimos anos, a consciência do público sobre a necessidade do envolvimento do paciente e da família na assistência à saúde cresceu. O relatório do Instituto Lucian Leape da NPSF *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care* (Segurança é pessoal: uma parceria com os pacientes e as famílias por uma assistência mais segura) destaca o conceito de que o engajamento do paciente é fundamental para a segurança do paciente em todos os níveis da assistência à saúde (NPSF LLI 2014). Um relatório do grupo consultivo sobre segurança do paciente no NHS, na Inglaterra, destacou a importância do verdadeiro engajamento do paciente: “Envolvimento do paciente significa mais do que simplesmente engajar as pessoas em uma discussão sobre serviços. Envolvimento significa ter a voz do paciente ouvida em todos os níveis do serviço, mesmo quando essa voz for um sussurro” (National Advisory Group 2013).

Alguns estados dos EUA tomaram medidas para incentivar o engajamento do paciente. Massachusetts exige que os hospitais criem conselhos consultivos do paciente e da família (HCFA 2012); Washington incentiva a tomada de decisão compartilhada, e outros estados estão começando a seguir o exemplo (NASHP 2012, IMDF [nd]). No nível federal, tanto a Lei HITECH, de 2009, e a Lei Affordable Care, de 2010, incentivam e apoiam muito mais engajamento significativo de pacientes, famílias e comunidades na tomada de decisão e no design da sua assistência. Entre os mecanismos estão, por exemplo, transparência, novas funções de governança, medidas de resultados informados pelo paciente, medidas de experiência informadas pelo paciente e inovações de pagamento que redirecionam a atenção para toda a experiência de assistência.

Alguns legisladores já até pediram a parceria do sistema de assistência à saúde com os pacientes, como *coprodutores* de saúde (Batalden et al. 2015, Berwick et al. 2015). Essa mudança é importante para garantir segurança e exige funções alteradas para pacientes e profissionais de assistência à saúde. “O que precisa acontecer é que os médicos desçam do seu pedestal e os pacientes não fiquem de joelhos” (WHO 2012).

O nível de compartilhamento de informações com pacientes aumentou substancialmente nos EUA nos últimos quinze anos. A tomada de decisão compartilhada é um processo de mão dupla cada vez mais visto como o padrão de assistência e uma alavanca poderosa para aumentar a segurança. Garantir que os pacientes tenham todas as informações sobre suas escolhas de tratamento e os profissionais de assistência à saúde tenham um completo entendimento dos valores e das preferências do paciente pode reduzir os erros (Elwyn et al. 2012). A falta de tomada de decisão informada pode fazer os pacientes passarem por testes e tratamentos que não teriam escolhido se tivessem sido integralmente informados sobre os riscos e benefícios (Sokol-Hessner et al. 2015). Na verdade, expor pacientes a tratamentos não desejados por eles se tivessem sido mais bem informados pode ser visto como evento adverso evitável (Brownlee et al. 2014, Stacey et al. 2014, Wynia et al. 2014, Wolfson e Mende 2015).

Além disso, houve um avanço significativo na promoção de divulgação de erros para os pacientes e na administração dos processos subsequentes (Studdert et al. 2007, Mello et al. 2014). Alguns grupos estudaram a melhor forma de divulgar erros, inclusive a NQF, que endossou a divulgação integral de “resultados graves imprevistos” como uma prática segura em 2006 (AHRQ PSNet Error Disclosure 2014). A medida inclui padrões relativos aos componentes centrais de divulgação para os profissionais.

Algumas organizações de assistência à saúde estão fornecendo cada vez mais acesso à informação sobre sua saúde e à assistência à saúde através de portais do paciente, registros de saúde acessíveis, inclusive notas do clínico, rondas na cabeceira da cama, e outras iniciativas (Delbanco et al. 2012). Estão também oferecendo aos consumidores mais informações que nunca através de relatório público de métricas de qualidade e segurança (por exemplo, Leapfrog, Hospital Compare). (O relatório do LLI *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency* (Lançando uma luz: assistência mais segura à saúde através da transparência) oferece mais informação sobre a função da transparência na segurança do paciente.)

As organizações de assistência à saúde estão buscando cada vez mais o comentário do paciente num nível nunca visto. Em ambientes de internação, estratégias de engajamento do paciente e da família incluem equipes de resposta rápida ativadas pelo paciente (Winters et al. 2013), políticas de visita aberta e rondas multidisciplinares na cabeceira da cama. No nível organizacional, muitos promovem o envolvimento de pacientes em comitês e iniciativas de melhoria de qualidade e segurança além de criação de conselhos consultivos do paciente e da família (NPSF LLI 2014). Há também um apoio crescente para o envolvimento dos pacientes em análises de causa principal (Etchegaray et al. 2014).

Recomendações para engajar pacientes e famílias

O Instituto Lucian Leape (LLI) da National Patient Safety Foundation convocou duas mesas redondas para desenvolver recomendações para engajar pacientes e famílias na melhoria da segurança do paciente. O relatório LLI de 2014 produzido a partir dessa iniciativa, *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care* (Segurança é pessoal: uma parceria com os pacientes e as famílias por uma assistência mais segura) informa: “Engajar pacientes e famílias na melhoria da segurança da assistência à saúde significa criar parcerias eficazes entre quem oferece assistência e quem recebe – em todos os níveis, inclusive encontros clínicos individuais, comitês de segurança, suítes executivas, salas de reuniões, equipes de pesquisa e órgãos nacionais de definição de políticas” (NPSF LLI 2014). O relatório recomenda ações para os líderes de assistência à saúde, legisladores e provedores de primeira linha para promover o engajamento do paciente em todos os níveis da assistência à saúde.

Um relatório recente da NPSF destacou a importância de entrevistar pacientes e famílias durante a análise da causa principal e fornecer a eles comentários sobre seus resultados (NPSF 2015).

Certas questões impedem o engajamento do paciente. Em um número excessivo de instâncias, a assistência é apressada, fragmentada e indiferente às necessidades de pacientes individuais. Muito frequentemente falta transparência sobre opções do paciente, danos médicos e resultados de desempenho. Pacientes e famílias precisam ser ouvidos através de acesso ao histórico médico completo (e a capacidade de anotá-lo), ciclos centrados na família, presença familiar de 24 horas, e capacidade dos pacientes de alertar os provedores quando observam uma situação urgente. Pacientes e famílias devem ser incentivados mais frequentemente a participar ativamente do planejamento, da execução e da avaliação da assistência à saúde. Em alguns casos, são criados conselhos consultores da família e do paciente, mas não são convidados ou habilitados a fazer trabalho significativo. O envolvimento do paciente precisa ser autêntico. Devem ser desenvolvidas medidas significativas de engajamento do paciente para garantir que a participação não seja simplesmente superficial.

Recomendamos que os interessados recorram às táticas abaixo para melhor apoiar e promover o engajamento e a parceria do paciente e da família.

Recomendação 7: Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura

Tática	Fundamentação	Público
7.1 Fornecer treinamento de comunicação para todos os trabalhadores de assistência à saúde, que inclua conceitos de tomada de decisão compartilhada, sensibilidade cultural, literacia linguística, escuta eficiente e respeito nas interações pessoais.	O engajamento do paciente é fundamental para a sua segurança, e o treinamento e as ferramentas para pacientes, famílias e mão de obra de assistência à saúde são limitados.	Educadores Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.2 Garantir que os pacientes e suas famílias tenham acesso oportuno a ferramentas, recursos, resultados de testes e seus históricos médicos completos.		Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.3 Garantir que os comitês e órgãos dirigentes incluam membros da comunidade local do paciente e da família (representante da população de pacientes), e esses membros estejam significativamente envolvidos no design da assistência e nas iniciativas de qualidade e segurança.	O engajamento do paciente deve ocorrer em todos os níveis do sistema de assistência à saúde.	Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde HHS ONC Pacientes/Famílias
7.4 Engajar pacientes ativamente em assistência (por exemplo, tomada de decisões compartilhadas, papel ativo em reuniões ao pé do leito, remoção de limites das horas de visita da família, disponibilização de equipes de resposta rápida ativadas pelo paciente) e nas análises das causas principais.		Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.5 Desenvolver medidas significativas de engajamento do paciente, resultados informados pelo paciente relativos a segurança, e desenvolver sistemas para capturar relatórios de incidentes de segurança do paciente.	O engajamento do paciente é uma prioridade básica e não podemos melhorar o que não medimos.	HHS (AHRQ) NQF Pacientes/Famílias



Recomendação 8: Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente

A tecnologia demonstrou potencial para melhorar a segurança do paciente, mas só se pudermos minimizar os riscos. A TI na saúde, que inclui EHRs, portais do paciente, trocas de informação sobre saúde, e software de dispositivos médicos “inteligentes”, foi recomendada como uma poderosa alavanca da reforma da assistência à saúde. Quando bem projetada e implementada, a TI na saúde pode facilitar o engajamento do paciente e a coordenação da assistência. Desde a emissão do relatório do IOM há quinze anos, as organizações de assistência à saúde vêm adotando cada vez mais essas novas tecnologias, e esse desenvolvimento tem implicações para a segurança do paciente.

O amplo uso da TI na saúde levou a reduções comprováveis de erros médicos. As entradas computadorizadas do médico (CPOE) demonstraram reduzir os erros de medicação por cerca de 50% em ambientes de assistência aguda (Bates et al. 1998, Radley et al. 2013). Como a CPOE virtualmente elimina pedidos feitos à mão, ela remove a escrita ilegível como fonte de erros e atrasos na assistência à saúde. Mais importante, os pedidos computadorizados podem reduzir drasticamente a dosagem de erros e os erros conhecidos de alergia à medicação. Os sistemas eletrônicos de administração de medicação com verificação por códigos de barras mostraram reduzir os erros de medicação em mais de 50% e eliminar erros de transcrição (Poon et al. 2010). A tecnologia também reduziu erros diretamente relacionados com os cuidados clínicos, por exemplo, com transfusão por bombas inteligentes e códigos de barras (Fanikos et al. 2007, Askeland et al. 2009). A TI na saúde pode também melhorar os resultados do paciente. Por exemplo, a implementação de EHRs avançados foi associada a reduções da mortalidade entre pacientes hospitalizados (Amarasigham et al. 2009, Parente e McCullough 2009, Banger e Graber 2015).

A tecnologia demonstrou potencial para melhorar a segurança do paciente, mas só se pudermos minimizar os riscos.

A TI na saúde não é, no entanto, uma panaceia para os erros da assistência à saúde. A implementação da TI na saúde tem efeitos a jusante sobre o fluxo de pacientes, a qualidade da comunicação entre pacientes e profissionais de assistência à saúde, o tempo dos profissionais de assistência e o contato direto com pacientes. A TI na saúde pode potencialmente introduzir novos eventos adversos, como erros de fadiga de alarmes, identificação errônea de paciente, copiar e colar, ou defeito de software. Um estudo recente confirmou a existência de eventos adversos relacionados com o uso de sistemas médicos eletrônicos que ocorrem em todo o universo da assistência à saúde e descobriu que tais eventos estão associados a “um apreciável incidente de danos e mortes” (Graber 2015). Além disso, alguns sistemas podem estar defeituosos. Um estudo de simulação de um sistema CPOE em 62 hospitais descobriu que o sistema não identificou 52% de erros potencialmente fatais (Metzger et al. 2010). Outro estudo analisou milhares de incidentes envolvendo CPOE, classificou os erros, criou pedidos errados de amostras envolvendo temas identificados e observou usuários tentando inserir esses pedidos em dezesseis sites de estudo (Schiff et al. 2015). Em geral, foram inseridos 79,5% dos pedidos errados, sendo 28% colocados facilmente, outros 28,3% colocados apenas com soluções alternativas menores e sem alertas.

Uma interoperabilidade fraca entre sistemas produz falta de integração de dados em todo o universo da assistência à saúde. Uma pesquisa de 63 organizações de assistência confiáveis descobriu que mais de 95% citaram falta de interoperabilidade de TI na saúde como um problema significativo (Premier 2014). Alguns sistemas também têm uma fraca usabilidade, que podem induzir a novos erros (Harrington 2013, Kellermann e Jones 2013). A TI na saúde mostrou contribuir para o esgotamento do médico clínico. Os médicos que se ocupam de cuidados primários usando os sistemas EHR (histórico médico eletrônico) com funções mais complexas tiveram taxas de exaustão mais altas do que usando sistemas com menos funções complexas (Babbott et al. 2014).

Subjacentes a essas questões está a falta de padrões claros, executáveis para o desenvolvimento e uso de TI na saúde e outras formas de tecnologia, incluindo portais e aplicativos de paciente, telemedicina e novas ferramentas de testes e diagnósticos. Mesmo quando existem normas, elas podem não ser seguidas. Uma carta de pesquisa recente documenta o quase total fracasso de muitos dos cinquenta fornecedores (fornecedores com o mais alto número de clientes fornecedores e todos certificados pela ONC) para se engajar em testes básicos de usabilidade (Ratwani et al. 2015).

Otimizar os benefícios e minimizar as consequências involuntárias da TI na saúde é fundamental. A ONC e outros grupos estão agora concentrados em identificar perigos relacionados com a TI na saúde. Há instruções disponíveis para promover o uso da TI na saúde, como os guias SAFER, que identificam práticas de segurança recomendadas para implementação de EHR (Sittig et al. 2014). Além disso, fornecedores e implementadores devem compartilhar informações sobre os perigos da segurança de TI na saúde e melhores práticas potenciais. Essa necessidade foi destacada em um relatório da FDA, que recomendou a criação de um centro nacional de segurança de TI na saúde que serviria a essa finalidade (ONC 2014).

Uma organização, o ECRI Institute, criou uma Parceria para a Segurança do Paciente de TI de Saúde. Essa colaboração obtém informações e comentários dos desenvolvedores de TI na saúde, PSOs, provedores participantes e outros, em uma iniciativa de reduzir os riscos, promover a segurança do paciente e aprimorar a inovação de TI na saúde em um ambiente não punitivo de compartilhamento e aprendizagem (ECRI 2015). Muitas dessas iniciativas colaborativas podem facilitar a transparência junto com melhores práticas de compartilhamento e desenvolvimento, para otimizar o design e a implementação da TI na saúde para aumentar a segurança do paciente.

Recomendamos que os interessados impulsionem as táticas abaixo para desenvolver o progresso do uso seguro da tecnologia em assistência à saúde.

Recomendação 8: Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente

Tática	Fundamentação	Público	
8.1	Estabelecer mecanismos para fornecedores e usuários serem transparentes sobre as melhores práticas e os perigos de segurança da TI na saúde.	A transparência das questões de segurança é a chave para a melhoria.	Organizações de assistência à saúde ONC Parcerias público-privadas Organizações de segurança Fornecedores
8.2	Identificar e medir os efeitos adversos e as consequências involuntárias da TI na saúde e implementar melhores práticas de mitigação de riscos.	A TI na saúde tem potencial para aumentar a segurança do paciente, mas até hoje design e implementação deficientes limitam esse potencial.	Organizações de assistência à saúde HHS (AHRQ, FDA) NQF ONC Parcerias público-privadas Fornecedores
8.3	Estabelecer expectativas de desempenho de segurança de TI na saúde, por exemplo, testes de rotina para pedidos inseguros.	Falta ainda muito trabalho para otimizar os sistemas existentes.	Agências de credenciamento Organizações de assistência à saúde Pesquisadores Fornecedores
8.4	Projetar a TI na saúde para facilitar a comunicação e a coordenação com o paciente e a família.	TI na saúde pode facilitar o engajamento do paciente.	Organizações de assistência à saúde Pacientes/Famílias Fornecedores



Conclusão: Chamada para a ação

Apesar de muita coisa ter melhorado desde a publicação do relatório do IOM *To Err is Human*, em 1999, muita coisa ainda continua inalterada. Nós, da assistência à saúde, somos mais conscientes da complexidade dos problemas inerentes à eliminação dos danos ao paciente relacionados com a assistência. Fizemos melhorias valiosas em ambientes circunscritos específicos. Vimos que é possível progredir.

Os participantes do painel sentem que não tivemos um progresso substancial, mensurável, em todo o sistema na melhoria da segurança do paciente. Outras prioridades ofuscaram a agenda de manter os pacientes livres de danos resultantes da assistência. Colaboração insuficiente e talvez falta de disposição protelaram o progresso. Deixamos de adotar uma abordagem global de sistemas de segurança e uma agenda única, coordenada.

A segurança do paciente é uma questão de saúde pública que exige total atenção do sistema de assistência à saúde. Não devemos competir na área de segurança, mas sim trabalhar de forma coesa, coordenada, para acelerar o progresso na busca de segurança total dos sistemas.

Para conduzir essa aceleração, fizemos oito recomendações básicas:

- 1. Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança.**
- 2. Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente.**
- 3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos.**
- 4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação.**
- 5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde.**
- 6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde.**
- 7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura.**
- 8. Garantir que a tecnologia é segura e otimizada para melhorar a segurança do paciente.**

Táticas de ação específicas, justificativas para a importância dessas ações e os públicos a quem essas ações devem ser endereçadas são explicadas no relatório e estão resumidas no apêndice.

A segurança deve ser uma prioridade principal, e as oito recomendações delineiam uma estrutura para avançar de uma abordagem pontual, de projeto a projeto, para um sistema que tem uma cultura de segurança abrangente e uma abordagem rigorosa para abordar a segurança. Não foi por acaso que listamos primeiro liderança e cultura nas nossas recomendações – essa foi a área de mudança avassaladora e a mais crítica a ser abordada, de acordo com os nossos panelistas. Não obstante, a cultura é necessária, mas não suficiente, e essa estrutura destaca também outras áreas centrais de prioridade.

Na assistência à saúde, não podemos deixar que essas barreiras bloqueiem nosso sucesso por mais tempo. É fundamental que trabalhem juntos para adotar uma abordagem de sistemas para a segurança, criar uma agenda coordenada, e garantir uma liderança organizacional forte que dê prioridade à segurança. A segurança do paciente é um campo relativamente novo, e já houve progresso, mas muito mais lento do que gostaríamos. Devemos acelerar nossas iniciativas para criar um mundo onde pacientes e quem cuida deles estejam livres de danos.



Anexo: Resumo de recomendações e táticas

Recomendação 1: Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança

Tática	Fundamentação	Público
1.1	Uma cultura de segurança é fundamental para conduzir melhorias na segurança do paciente, e é preciso mais atenção para promover a melhoria.	Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança
1.2		Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança
1.3	Líderes precisam de estratégias práticas, táticas para realmente mudar a cultura.	Conselhos/Órgãos dirigentes Liderança Organizações de segurança
1.4	Conselhos, líderes e reguladores (por exemplo, agências estaduais) precisam de educação suficiente sobre os fundamentos de ciência de segurança para incentivar as iniciativas culturais.	Conselhos/Órgãos dirigentes Educadores Liderança Legisladores

Recomendação 2: Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente

Tática	Fundamentação	Público
2.1	A falta de coordenação entre várias agências federais e organizações de segurança leva a uma falta de estratégia nacional e de uma harmonização de iniciativas sobre a segurança do paciente.	Congresso HHS
2.2	A falta de dados de compartilhamento e melhores práticas limita as iniciativas de impulsionar uma melhoria efetiva.	Organizações de assistência à saúde HHS Sociedades profissionais Parcerias público-privadas Organizações de segurança

Recomendação 3: Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos

Tática	Fundamentação	Público	
3.1	Criar um portfólio de métricas padrão nacionais de resultados e processos de segurança do paciente em todo o universo da assistência e aposentar as medidas inválidas.	Faltam medidas relevantes de danos e segurança do paciente e algumas medidas atuais são ineficientes.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Pesquisadores
3.2	Desenvolver processos e ferramentas para identificar e medir os riscos em tempo real para administrar proativamente os perigos (por exemplo, identificar os primeiros sinais de deterioração clínica).	Boa parte da medição de segurança é retrospectiva em vez de prospectiva.	Pesquisadores Fornecedores
3.3	Melhorar os sistemas de informação de segurança para garantir que melhorias adequadas dos sistemas sejam implementadas e que um feedback oportuno seja fornecido para todos os envolvidos.	Apesar de esforços significativos terem sido gastos em sistemas de informação, em geral pouco valor é agregado em termos de melhorias reais. É preciso ainda mais trabalho para identificar e entender que formas de informação funcionam melhor para aumentar a segurança.	Organizações de assistência à saúde HHS Fornecedores
3.4	Desenvolver medidas de segurança em ambientes do universo de assistência à saúde e desenvolver incentivos financeiros e não financeiros para inovação e melhoria.	Há muito poucas medidas de segurança do paciente para ambientes fora do hospital.	HHS (AHRQ, CDC, CMS) NQF Pesquisadores

Recomendação 4: Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação

Tática	Fundamentação	Público	
4.1	Apoiar a colaboração entre pesquisadores de segurança do paciente e pesquisadores de ciências de segurança em outras indústrias e setores.	É necessário que haja um método formal de aprendizagem e inovação na assistência à saúde em torno da segurança do paciente.	HHS (AHRQ) Pesquisadores
4.2	Identificar e disponibilizar fontes de financiamento sustentável para pesquisa de implementação e segurança, inclusive financiamento federal e parcerias público-privadas.	A segurança do paciente não tem financiamento suficiente no que se refere ao impacto sobre os pacientes.	HHS (NIH, AHRQ) Congresso Fundações/Outros financiadores Organizações de segurança
4.3	Ampliar os programas acadêmicos de segurança na assistência à saúde para treinar pesquisadores com especialização em ciência de segurança e treinar líderes operacionais e de implementação.	É necessária uma mão de obra altamente treinada para conduzir pesquisas em segurança do paciente e dirigir iniciativas de melhoria operacional.	HHS (AHRQ) Fundações/Outros financiadores
4.4	Incentivar as organizações que tenham inovações de segurança implementadas com sucesso para estabelecer laboratórios de aprendizagem e colaboradores para estendê-las a outras organizações.	Disseminar e sustentar inovações é essencial para a melhoria significativa da segurança do paciente.	Fundações/Outros financiadores Organizações de assistência à saúde HHS Parcerias público-privadas Organizações de segurança

Recomendação 5: Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde

Tática	Fundamentação	Público	
5.1	Aumentar o financiamento de pesquisa para entender a epidemiologia da segurança do paciente em ambientes do universo de assistência à saúde (por exemplo, cuidados primários, práticas especializadas, centros cirúrgicos ambulatoriais, centros de diálise, casas de repouso).	Pouco se sabe sobre a epidemiologia da segurança do paciente em ambientes fora de hospitais e sobre estratégias potenciais de melhoria, apesar da maioria da assistência ser oferecida nesses ambientes.	Congresso Fundações/Outros financiadores HHS (AHRQ, NIH)
5.2	Ampliar a infraestrutura em todo o universo de assistência à saúde (por exemplo, conhecimento especializado de segurança, mecanismos de informação, colaboradores) para identificar e implementar melhores práticas para melhoria da segurança.	Muitos ambientes do universo da assistência à saúde não têm a devida infraestrutura para melhoria.	Ambientes e práticas ambulatoriais Organizações de assistência à saúde Liderança

Recomendação 6: Apoiar a mão de obra de assistência à saúde

Tática	Fundamentação	Público	
6.1	As organizações devem adotar ferramentas e métodos modernos de melhoria de qualidade e treinar todos os profissionais em cultura de segurança e ciência da implementação durante toda a sua trajetória profissional.	Fornecer o conhecimento e as habilidades para melhorar a segurança pode melhorar a satisfação profissional, o engajamento, a resiliência e a segurança do paciente.	Agências de credenciamento Educadores Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Profissionais de saúde Organismos de acreditação Associações profissionais Organizações de segurança
6.2	Expandir ou desenvolver recursos que apoiem a mão de obra, incluindo iniciativas para melhorar as condições de trabalho e estabelecer um ambiente de respeito; programas para apoiar a equipe e aumentar a resiliência; sistemas de gestão de fadiga e programas de comunicações, apologia e resolução.	A segurança da mão de obra é uma pré-condição da segurança do paciente, mas dano físico e psicológico e esgotamento são altamente predominantes na assistência à saúde.	Conselhos/Órgãos dirigentes Educadores Mão de obra de assistência à saúde Liderança Associações profissionais
6.3	Envolver a mão de obra na identificação de domínios de medição e na criação de painéis de controle de bem-estar e segurança da mão de obra para serem analisados pela liderança e pelos conselhos.	Medidas padronizadas de segurança física e psicológica não estão disponíveis para análise dos líderes sênior.	Conselhos/Órgãos dirigentes Mão de obra de assistência à saúde HHS (AHRQ) Liderança NQF

Recomendação 7: Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura

Tática	Fundamentação	Público
7.1	O engajamento do paciente é fundamental para a sua segurança, e o treinamento e as ferramentas para pacientes, famílias e mão de obra de assistência à saúde são limitados.	Educadores Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.2		Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.3	O engajamento do paciente deve ocorrer em todos os níveis do sistema de assistência à saúde.	Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde HHS ONC Pacientes/Famílias
7.4		Organizações de assistência à saúde Mão de obra de assistência à saúde Pacientes/Famílias
7.5	O engajamento do paciente é uma prioridade básica e não podemos melhorar o que não medimos.	HHS (AHRQ) NQF Pacientes/Famílias

Recomendação 8: Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente

Tática	Fundamentação	Público
8.1	A transparência das questões de segurança é a chave para a melhoria.	Organizações de assistência à saúde ONC Parcerias público-privadas Organizações de segurança Fornecedores
8.2	A TI na saúde tem potencial para aumentar a segurança do paciente, mas até hoje design e implementação deficientes limitam esse potencial.	Organizações de assistência à saúde HHS (AHRQ, FDA) NQF ONC Parcerias público-privadas Fornecedores
8.3	Falta ainda muito trabalho para otimizar os sistemas existentes.	Agências de credenciamento Organizações de assistência à saúde Pesquisadores Fornecedores
8.4	TI na saúde pode facilitar o engajamento do paciente.	Organizações de assistência à saúde Pacientes/Famílias Fornecedores



Referências

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). [nd]. *Clinical Learning Environment Review (CLER) Program*. <https://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/436/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/ClinicalLearningEnvironmentReviewProgram.aspx>. Acessado em 13 de novembro de 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2014. *Efforts To Improve Patient Safety Result in 1.3 Million Fewer Patient Harms: Interim Update on 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 15-0011-EF. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=28573>. Acessado em 08 de junho de 2015.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [nd]. About the PSO Program. <https://www.pso.ahrq.gov/about>. Acessado em 19 de novembro de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Error Disclosure. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2>. Acessado em 19 de novembro de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). 2014. Patient Safety Primer: Safety Culture. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>. Acessado em 07 de novembro de 2015.
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). [nd]. Glossary. <http://www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>. Acessado em 23 de setembro de 2015.
- Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, Gaskin D, Powe N. 2009. Clinical information technologies and inpatient outcomes: a multiple hospital study. *Arch Intern Med* 169(2):108–114.
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). 2005. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 14(3):187–197.
- American Nurses Association (ANA). [nd]. Nursing World. HealthyNurse™. <http://www.nursingworld.org/healthynurse>. Acessado em 05 de junho de 2015.
- Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. 2009. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthc Q* 12(Spec No Patient):85–89.
- Babbott S, Manwell LB, Brown R, et al. 2014. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *J Am Med Assoc* Feb;21(e1):e100–106.
- Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC, et al. 2013. Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf* 22:290–298.
- Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C. 2015. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf* pii: bmjqs-2014-003702.
- Banger A, Graber ML. 2015. *Recent Evidence That Health IT Improves Patient Safety: Issue Brief*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. http://www.healthit.gov/sites/default/files/brief_1_final_feb11t.pdf. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Batalden M, Batalden P, Margolis P et al. 2015. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. [publicação eletrônica antes da impressão] 16 de setembro. <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/16/bmjqs-2015-004315.full>. Acessado em 16 de novembro de 2015.
- Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. 1998. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA* 280(15):1311–1316.
- Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. 2006. The 100,000 Lives Campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* 295(3):324–327.
- Berwick DM, Feeley D, Loehrer S. 2015. Change from the inside out: health care leaders taking the helm. *JAMA* 313(17): 1707–1708.
- Bilimoria KY, Chung J, Ju MH, et al. 2013. Evaluation of surveillance bias and the validity of the venous thromboembolism quality measure. *JAMA* Oct 9;310(14):1482–1489.
- Bishop TF, Ryan AM, Casalino LP. 2011. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient settings. *JAMA* Jun 15;305(23):2427–2431.
- Brennan TA, Gawande A, Thomas E, Studdert D. 2005. Accidental deaths, saved lives, and improved quality. *N Engl J Med* 353:1405–1409.
- Brownlee S, Saini V, Cassel C. 2014. When less is more: issues of overuse in health care. *Health Affairs Blog*. 25 de abril. <http://healthaffairs.org/blog/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care>. Acessado em 27 de julho de 2015.
- Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Anest JL. 2006. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 296:1858–1866.
- Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B-T, et al. 2006. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 15:50–58.
- Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, et al. 2007. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 17:470–478.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. The PROTECT initiative: advancing children's medication safety. http://www.cdc.gov/MedicationSafety/protect/protect_Initiative.html. Acessado em 08 de maio de 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. *Identifying Hospital-Associated Infections*. http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC_IdentifyingHAIs_NHSNcurrent.pdf. Acessado em 15 de maio de 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. State-based HAI prevention. <http://www.cdc.gov/hai/stateplans/required-to-report-hai-NHSN.html>. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2013. *Hospital Value-Based Purchasing Program*. http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf. Acessado em 15 de maio de 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2014. HCAHPS: patients' perspectives of care survey. 2014. <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>. Acessado em 15 de maio de 2015.
- Chang BK, Williams LC. 2013. Meaningfully teaching patient safety to physician residents. *Focus on Patient Safety* 16(1):1–2,7–9.
- Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety. [nd]. How it all started. <http://www.solutionsforpatientsafety.org/about-us/how-it-all-started/>. Acessado em 16 de novembro de 2015.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. 2011. "Global trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 30(4):581–589.
- Craig C, Eby D, Whittington J. 2011. *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Delbanco T, Walker J, Bell SK, et al. 2012. Inviting patients to read their doctors' notes: a quasi-experimental study and a look ahead. *Ann Intern Med* 157(7):461–470.
- Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al. 2014. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* 23(2):106–115.
- ECRI. 2013. Healthcare risk, quality, and safety guidance: clinical alarms. <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/CritCare5.aspx>. Acessado em 12 de novembro de 2015.
- ECRI. 2015. The Partnership for Health IT Patient Safety. <https://www.ecri.org/resource-center/Pages/HITPartnership.aspx>. Acessado em 18 de agosto de 2015.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. 2012. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361–1367.
- Etchegaray JM, Ottosen MJ, Burrell L, et al. 2014. Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. *Health Aff (Millwood)* 33(1):46–52.
- Fanikos J, Fiumara K, Baroletti S, et al. 2007. Impact of smart infusion technology on administration of anticoagulants (unfractionated Heparin, Argatroban, Lepirudin, and Bivalirudin). *Am J Cardiol* 99(7):1002–1005.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. 2005. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med* 20(4):317–323.
- Frankel AS. 2011. Patient safety organizations are step 1; data sharing is step 2. *Virtual Mentor* Sep 1;13(9):642–646. <http://journalofethics.ama-assn.org/2011/09/pfor1-1109.html>. Acessado em 19 de novembro de 2015.
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. 2003. Patient safety: adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 348:1556–1564.
- Gandhi TK, Lee TH. 2010. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med* 363(11):1001–1003.
- Graber ML, Siegal D, Riah H, Johnston D, Kenyon K. 2015. Electronic health record-related events in medical malpractice claims. *J Patient Saf* 06 de novembro [publicação eletrônica antes da impressão]. http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Electronic_Health_Record_Related_Events_in_Medical.99624.aspx. Acessado em 24 de novembro de 2015.
- Groves PS. 2014. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *West J Nurs Res* Jan;36(1):66–83.
- Harrington L. 2013. Making health information technology usable. *Health Aff (Millwood)* 32(3):629.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. 2009. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360:491–499.
- Health Care For All (HCFA). 2012. *Patient and Family Advisory Councils: A Review of 2011 PFAC Reports*. <http://www.ipfcc.org/advance/topics/Review-of-PFAC-2011-Reports.pdf>. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Health and Safety Commission. 1993. *Third Report: Organizing for Safety*. ACSNI Study Group on Human Factors. Londres: HMSO.
- Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, et al. 2012. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg* 147(3):212–217.
- Informed Medical Decisions Foundation (IMDF). [nd]. Shared decision making policy. <http://www.informedmedicaldecisions.org/shared-decision-making-policy>. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2004. Patient Safety Leadership WalkRounds™. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2015. State action on avoidable rehospitalization. <http://www.ihl.org/engage/Initiatives/completed/STAAR/Pages/default.aspx>. Acessado em 06 de maio de 2015.

- Institute of Medicine (IOM). 2000. Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press. [Relatório emitido em 1999, publicado em 2000].
- Institute of Medicine (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). 2012. *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*. Washington, DC: National Academies Press.
- James JT. 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf Sep*;9(3):122–128.
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf Oct*;22(10):809–815.
- The Joint Commission. 2008. Behaviors that undermine a culture of safety. *Sentinel Event Alert* 40:1–3. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF. Acessado em 11 de junho de 2015.
- The Joint Commission. 2012. *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>. Acessado em 15 de maio de 2015.
- The Joint Commission. 2013. Medical device alarm safety in hospitals. *Sentinel Event Alert* 50:1–3. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF. Acessado em 20 de novembro de 2015.
- Joynt KE, Jha AK. 2012. Thirty-day readmissions—truth and consequences. *N Engl J Med* 366(15):1366–1369.
- Kaplan GS. 2013. Respect: the foundation for quality care. Hospital Impact [blog]. http://www.hospitalimpact.org/index.php/2013/06/10/respect_the_foundation_for_quality_care. Acessado em 11 de junho de 2015.
- Kellermann AL, Jones SS. 2013. What it will take to achieve the as-yet-unfulfilled promises of health information technology. *Health Aff (Millwood)* 32:63–68.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363(22):2124–2134.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. 2002. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 288:501–507.
- Leonard M, Frankel A. 2012. *How Can Leaders Influence a Safety Culture?* Londres: The Health Foundation.
- Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 2014. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med* 29(1):18–20.
- Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE, et al. 2011. *Research in Ambulatory Patient Safety 2000–2010: A 10-Year Review*. Chicago: American Medical Association. https://npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf. Acessado em 17 de agosto de 2015.
- Lucian Leape Institute (LLI). 2013. *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=throughtheeyes>. Acessado em 15 de maio de 2015.
- Lyren A, Brill R, Bird M, Lashutka N, Muething S. 2013. Ohio Children’s Hospitals’ Solutions for Patient Safety: a framework for pediatric patient safety improvement. *J Healthc Qual*. doi: 10.1111/jhq.12058.
- Macrae C. 2015. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf* 0:1–5.
- Martin G, Ozieranski P, Willars J, et al. 2014. Walkrounds in practice: corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 40(7):303–310.
- McCulloch P, Kreckler S, New S, Sheena Y, Handa A, Catchpole K. 2010. Effect of a “Lean” intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *BMJ* 341:c5469.
- McKee L, Charles K, Dixon-Woods M, Willars J, Martin G. 2013. “New” and distributed leadership in quality and safety in health care, or “old” and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *J Health Serv Res Policy* 18(2 Suppl):11–9.
- Mello MM, Boothman RC, McDonald T, et al. 2014. Communication-and-resolution programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Aff (Millwood)* Jan;33(1):20–29.
- Metzger J, Welebob E, Bates DW, Lipsitz S, Classen DC. 2010. Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Aff (Millwood)* 29(4):655–663.
- Meyer H. 2010. Life in the “Lean” lane: performance improvement at Denver Health. *Health Aff (Millwood)* 29(11):2054–2060.
- Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. 2015. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after “To Err is Human.” *BMJ Qual Saf pii*: bmjqs-2015-004405.
- Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. 2015. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events. *Anesthesiology*. 24 de outubro [publicação eletrônica antes da impressão]. <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2466532>. Acessado em 24 de novembro de 2015.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. <http://iom.nationalacademies.org/reports/2015/improving-diagnosis-in-healthcare>. Acessado em 20 de novembro de 2015.

- National Academy for State Health Policy (NASHP). 2012. *Shared Decision Making: Advancing Patient-Centered Care Through State and Federal Implementation*. <http://www.nashp.org/sites/default/files/shared.decision.making.report.pdf>. Acessado em 11 de junho de 2015.
- National Advisory Group on the Safety of Patients in England. 2013. *A Promise to Learn—A Commitment to Act: Improving the Safety of Patients in England*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf. Acessado em 07 de novembro de 2015.
- National Center for Health Statistics (NCHS). 2015. FastStats A to Z. Veja em: Ambulatory Care, and Hospital Utilization. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats>. Acessado em 11 de maio de 2015.
- National Institutes of Health (NIH). 2015. Estimates of funding for various research, condition, and disease categories (RCDC). http://report.nih.gov/categorical_spending.aspx. Acessado em 27 de julho de 2015.
- National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (NPSF LLI). 2014. *Safety Is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <http://www.npsf.org/?page=safetyispersonal>. Acessado em 20 de novembro de 2015.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). 2015. *RCA²: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation. <https://npsf.site-ym.com/?RCA2>. Acessado em 20 de novembro de 2015.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. 2011. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)* 30(4):746–754.
- Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH. 2010. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 304(15):1693–1700.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). 2013. *Worker Safety in Your Hospital: Know the Facts*. https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1_Data_highlights_508.pdf. Acessado em 17 de agosto de 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2010. *Adverse Events in Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>. Acessado em 15 de maio de 2015.
- Office of the Inspector General (OIG), US Department of Health and Human Services. 2014. *Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>. Acessado em 27 de julho de 2015.
- Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), US Department of Health and Human Services. 2014. *FDASIA Health IT Report: Proposed Strategy and Recommendations for a Risk-Based Framework*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology. https://www.healthit.gov/sites/default/files/fdasiahealthitreport_final.pdf. Acessado em 05 de novembro de 2015.
- Parente ST, McCullough JS. 2009. Health information technology and patient safety: evidence from panel data. *Health Aff (Millwood)* 28(2):357–60. doi: 10.1377/hlthaff.28.2.357.
- Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, et al. 2010. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med* 362(18):1698–1707.
- Premier. 2014. Premier, Inc., eHealth Initiative survey suggests many ACOs lack mobile applications and face high costs [comunicado à imprensa em 24 de setembro]. <https://www.premierinc.com/aco-interopability-survey-9-24-14/>. Acessado em 14 de maio de 2015.
- Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, et al. 2014. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* 23(10):806–813.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. 2006. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355(26):2725–2732.
- Pronovost P, Jha AK. 2014. Did hospital engagement networks actually improve care? *N Engl J Med* 371:691–693.
- Pronovost P, Ravitz A, Stoll R, Kennedy S. 2015. *Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach*. Relatório do 10th Patient Safety Forum 2015. <http://dpnfts5nbdps.cloudfront.net/app/media/1430>. Acessado em 19 de novembro de 2015.
- Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute. [nd]. *QSEN Initiative Project Overview*. <http://qsen.org/about-qsen/project-overview/>. Acessado em 13 de novembro de 2015.
- Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. 2013. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Assoc* May 1;20(3):470–476.
- Ratwani RM, Benda NC, Hettinger AZ, Fairbanks RJ. 2015. Electronic health record vendor adherence to usability certification requirements and testing standards. *JAMA* 314(10):1070–1071.
- Reames BN, Krell RW, Campbell DA, Jr, Dimick JB. 2015. A checklist-based intervention to improve surgical outcomes in Michigan: evaluation of the Keystone Surgery Program. *JAMA Surg* 150(3):208–215.
- Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T. 2005. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31(5):243–248.
- Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. 2014. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med* 9(3):176–181.
- Rotteau L, Shojania KG, Webster F. 2014. “I think we should just listen and get out”: a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf* Oct;23(10):823–829.

- Royal College of Physicians (RCP). 2015. *Work and Wellbeing in the NHS: Why Workforce Health Matters to Patient Care*. <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/work-and-wellbeing-in-the-nhs.pdf>. Acessado em 16 de setembro de 2015.
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. 2009. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 21(1):18–26.
- Ryan AM, Nallamothu BK, Dimick JB. 2012. Medicare’s public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Aff (Millwood)* 31(3):585–592.
- Sainfort F, Karsh BT, Booske BC, Smith MJ. 2001. Applying quality improvement principles to achieve healthy work organizations. *Jt Comm J Qual Improv* 27(9):469–483.
- Schiff GD, Amato MG, Egual T, et al. 2015. Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of reported errors and vulnerability testing of current systems. *BMJ Qual Saf* Apr;24(4):264–271
- Schutz W. 1982. *Profound Simplicity: Foundations for a Social Philosophy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 6:44.
- Seys D, Scott S, Wu A, et al. 2013. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* May;50(5):678–687.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 172(18):1377–1385.
- Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. 2014. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol* 32(7):678–86.
- Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. 2002. Safe but sound: patient safety meets evidence-based medicine. *JAMA* 288:508–513.
- Shojania KG, Marang-van de Mheen PJ. 2015. Temporal trends in patient safety in the Netherlands: reductions in preventable adverse events or the end of adverse events as a useful metric? *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):541–544. pii: bmjqs-2015-004461.
- Sikka R, Morath JM, Leape L. 2015. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* Oct;24(10):608–610. pii: bmjqs-2015-004160.
- Singer SJ, Meterko M, Baker L, Gaba G, Falwell A, Rosen A. 2007. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations survey. *Health Services Research* 42(5):1999.
- Singer SJ, Tucker AL. 2014. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 23(10):789–800.
- Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. 2014. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf* Sep;23(9):727–731.
- Sittig DF, Ash JS, Singh H. 2014. The SAFER guides: empowering organizations to improve the safety and effectiveness of electronic health records. *Am J Manag Care* 20(5):418–423.
- Sokol-Hessner L, Folcarelli PH, Sands KE. 2015. Emotional harm from disrespect: the neglected preventable harm. *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):550–553.
- Sorra J, Dyer N. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 10:199.
- Splaine ME, Ogrinc G, Gilman SC, et al. 2009. The Department of Veterans Affairs National Quality Scholars Fellowship Program: experience from 10 years of training quality scholars. *Acad Med* 84(12):1741–1748.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD001431.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. 2014. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 371(19):1803–1812.
- Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. 2007. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)* Jan–Feb;26(1):215–226.
- Thomas EJ, Classen DC. 2014. Patient safety: let’s measure what matters. *Ann Intern Med* 160:642–643.
- Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. 2014. Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Crit Care Nurse* 34(4):64–79.
- University of Minnesota. [nd]. National Center for Interprofessional Practice e Education. <http://www.ahceducation.umn.edu/about/national-center-interprofessional-practice-and-education> Acessado em 19 de novembro de 2015.
- Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. 2014. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* 370:1029–1038.
- US Department of Health and Human Services (US DHHS). 2014. *New HHS Data Shows Major Strides Made in Patient Safety, Leading to Improved Care and Savings*. <http://innovation.cms.gov/Files/reports/patient-safety-results.pdf>. Acessado em 05 de junho de 2015.
- Vincent C, Amalberti R. 2015. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf* Sep;24(9):539–540. pii: bmjqs-2015-004403.
- Watts BV, Williams L, Mills PD, et al. 2013. Inter-professional fellowship in patient safety: curriculum and outcomes. *J Patient Saf*.

- Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. 2010. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 251:976–980.
- Winters BD, Weaver S, Dy S. 2013. Rapid-Response Systems (NEW). Em: *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Evidence Reports/Technology Assessments, No. 211. Chapter 24. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133377>. Acessado em 13 de maio de 2015.
- Wolfson D, Mende S. 2015. To reduce unnecessary care, Choosing Wisely moves from awareness to implementation. Health Affairs Blog. 30 de junho <http://healthaffairs.org/blog/2015/06/30/to-reduce-unnecessary-care-choosing-wisely-moves-from-awareness-to-implementation>. Acessado em 27 de julho de 2015.
- Wong BM, Dyal S, Etchells EE, et al. 2015. Application of a trigger tool in near real time to inform quality improvement activities: a prospective study in a general medicine ward. *BMJ Qual Saf* Apr24(4):272–281.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). 2012. Empowering patients. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/news/news/2012/5/empowering-patients>. Acessado em 10 de junho de 2015.
- Wu AW. 2000. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320(7237):726–727.
- Wynia MK, Classen DC. 2011. Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next. *JAMA* 306(22):2504–2505.
- Wynia M, Moulton B, Elwyn Glyn. 2014. Shared decision making and the use of patient decision aids. Health Affairs Blog. 17 de Dezembro. <http://healthaffairs.org/blog/2014/12/17/shared-decision-making-and-the-use-of-patient-decision-aids>. Acessado em 13 de maio de 2015.
- Yokoe DS, Anderson DJ, Berenholtz SM, et al. 2014. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates. *Infect Control Hosp Epidemiol* 35 Suppl 2:S21–31.

