



Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Edição Multiprofissional





Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde:

**Edição
Multiprofissional**

Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016.

270 p.

Vários colaboradores
ISBN 978-85- 5526-850- 2.

1. Assistência ao Paciente-educação. 2. Currículo. 3. Competência Clínica. 4. Pessoal de Saúde- educação. 5. Gestão da Segurança. 6. Guia de Prática Clínica. I. Marra, Vera Neves. II. Sette, Maria de Lourdes. III. Organização Mundial da Saúde. Segurança do Paciente. IV. Título.

CDD: 610.289
NLM: WX 167

Este trabalho foi originalmente publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011, com o título *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition - Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional* © Organização Mundial da Saúde (2011). ISBN 978 92 4 150195 8

A Organização Mundial da Saúde (OMS) concedeu o direito de tradução e publicação da sua versão na língua portuguesa à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-Rio, que é a única responsável pela qualidade da tradução e por sua fidedignidade ao texto original. Se inconsistências forem encontradas entre as versões em inglês e português, a versão autêntica e autorizada continua a ser a original em inglês.

Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional © Organização Mundial da Saúde (2016)

ISBN 978-85-5526-850-2

A versão em Português está disponível nos formatos PDF e E-Book, no site da Organização Mundial da Saúde, <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>

Prefácio da versão na língua portuguesa:

O *Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional* corresponde à tradução do *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, publicado em 2011, pela OMS.

Esse trabalho foi orientado por técnicas, conceitos e diretrizes utilizados na tradução de textos da área de saúde e de educação, e teve a supervisão estreita de profissionais médicos especializados em formação docente em medicina e ciências da saúde, os quais acompanharam cada decisão tradutória tomada, tanto em relação à terminologia quanto às eventuais modificações gramaticais necessárias para abranger grande parte dos leitores interessados nessas áreas. Essa foi uma preocupação constante da equipe de tradução e das coordenadoras as quais tiveram como objetivo atender às premissas estipuladas pela OMS.

O processo de trabalho da versão brasileira foi realizado em duas etapas. Na primeira, foi feita a tradução por uma equipe de tradutores pós-graduandos do Departamento de Letras da PUC-Rio, coordenada pela Professora Maria de Lourdes Sette, utilizando técnicas específicas para a tradução de textos técnico-científicos. Esse tipo de tradução se caracteriza por precisão terminológica, uniformidade linguística e controle rigoroso de cada unidade de tradução, e objetiva assegurar que o texto traduzido seja a versão mais próxima possível, em língua portuguesa, do original em inglês.

Uma vez vertido para o português, uma equipe técnica, formada por médicos educadores e coordenada por um

especialista em segurança do paciente, Dra. Vera Neves Marra, se incumbiu de verificar os termos médicos e pedagógicos, dando assim o formato linguístico final dessa obra. Este processo de trabalho, nos pareceu apropriado, tendo em vista o objeto central do Guia Curricular, o qual trata de dois temas relativamente novos que correspondem à introdução dos princípios de segurança do paciente nas graduações da área da saúde e na prestação dos cuidados em saúde.

Estamos certos de que este Guia vai contribuir para os necessários avanços nessas áreas, tendo como seus principais usuários, os profissionais de saúde, educadores e alunos de países lusófonos.

Os autores deste trabalho o dedicam ao Professor Walter Vieira Mendes Junior, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ - Rio de Janeiro, por sua decisiva contribuição para este tema no Brasil.

Responsáveis pela versão na língua portuguesa:

Coordenação geral do trabalho:

Vera Neves Marra - Médica, Livre-Docente em Hematologia, Assessora de Ensino e Pesquisa - Fundação Saúde, Rio de Janeiro, Especialista em Segurança do Paciente (FIOCRUZ-RJ), Membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ) e do Sub-comitê Estadual de Ensino e Pesquisa do CESP-RJ, Especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde (PUC-Rio).

Coordenação da equipe de tradutores:

Maria de Lourdes Sette - Professora do Departamento de Letras da PUC-Rio, Coordenadora do curso de Especialização em Tradução do Departamento de Letras/CCE da PUC-Rio, Doutora e Mestre em Estudos da Linguagem (PUC-Rio).

Comitê Científico:

Jorge Biolchini - Professor, Médico e Coordenador do Curso de Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias (PUC-Rio).

Flavio Maciel Marra - Médico e Especialista em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias (PUC-Rio).

Tradutores: Lais Curvão, Leila Dalia, Luiza Elias, Luiza Leite Ferreira, Marcos Branco, Rosemary Timpone e Vicente Pithan Burzlaff

Copidesques: Cristiane Orfalais e Maria Paula Autran

Revisão: Michelle Rossi

Contato: Vera Neves Marra - Fundação Saúde do Rio de Janeiro - Avenida Padre Leonel Franca, 248 - Rio de Janeiro/RJ, CEP 22451-000, Tel: +55(21)98224-1293 vera.marra@fs.rj.gov.br e vera.marra@gmail.com

Sumário

Abreviações	5
Prefácios	8
Introdução	18
Parte A: Guia do Professor	
1. Contexto histórico	22
2. Como os tópicos do Guia Curricular foram selecionados?	25
3. Objetivos do Guia Curricular	34
4. Estrutura do Guia Curricular	36
5. Implementação do Guia Curricular	37
6. Como integrar o aprendizado sobre segurança do paciente ao seu currículo	41
7. Princípios pedagógicos essenciais para o ensino e a aprendizagem de segurança do paciente	51
8. Atividades para ajudar a entender a segurança do paciente	56
9. Como avaliar a segurança do paciente	61
10. Como avaliar os planos curriculares de segurança do paciente?	69
11. Ferramentas e recursos on-line	74
12. Como promover uma abordagem internacional para o ensino de segurança do paciente	75

Parte B: Tópicos do Guia Curricular

Definições dos conceitos-chaves	80
Chave para entender os símbolos	82
Introdução aos tópicos do Guia Curricular	83
Tópico 1: O que é segurança do paciente?	92
Tópico 2: Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?	111
Tópico 3: A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente	121
Tópico 4: Atuar em equipe de forma eficaz	133
Tópico 5: Aprender com os erros para evitar danos	151
Tópico 6: Compreender e gerenciar o risco clínico	162
Tópico 7: Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados	176
Tópico 8: Envolver pacientes e cuidadores	192
Introdução aos Tópicos 9 a 11	209
Tópico 9: Prevenção e controle de infecções	210
Tópico 10: Segurança do paciente e procedimentos invasivos	227
Tópico 11: Melhorar a segurança no uso de medicação	241

Anexos

Anexo 1: Link para o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente	260
Anexo 2: Exemplos de Métodos de Avaliação do Aluno	261

Agradecimentos	268
----------------	-----

Abreviações

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos)	Mini-CEX	Mini clinical evaluation exercise (Miniexercício clínico avaliativo)
AMR	antimicrobial resistance	MRI	magnetic resonance imaging (imagem por ressonância magnética)
(RAM)	(resistência antimicrobiana)	MRSA	meticilin resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilina)
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework (Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente)	MSF	multiple source feedback (<i>feedback</i> de múltiplas fontes)
ARCS	accelerated recovery colectomy surgery (colectomia com recuperação acelerada)	NASA	National Aeronautics and Space Agency (Agência Nacional da Aeronáutica e do Espaço dos Estados Unidos)
CBD	case-based discussion (discussão de caso clínico)	NCPS	National Patient Safety Framework (Marco Nacional sobre Educação em Segurança do Paciente)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)	NPSEF	National Center for Patient Safety (Centro Nacional de Segurança do Paciente)
CPI	clinical practice improvement (melhoria da prática clínica)	NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drugs (anti-inflamatórios não esteroidais)
CR-BSI	catheter-related bloodstream infection (infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso)	OR	operating room (sala cirúrgica)
CRM	crew resource management (gestão de recursos de tripulação - termo da aeronáutica)	OSCE	objective structured clinical examination (exame clínico objetivo estruturado)
ECG	electrocardiogram (eletrocardiograma)	OTC	over the counter (medicamentos isentos de prescrição)
EMQ	extended matching question (pergunta de correspondência estendida)	PBL	Problem-Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas)
FMEA	failure and mode effect analysis (análise de modo e efeito de falha)	PDSA/ PDCA	plan-do-study-act/plan-do-check-act (planejar-fazer-quecar-agir)
HCAI	health care-associated infection	PPE	personal protective equipment
(IRCS)	(infecção relacionada aos cuidados à saúde)	(EPI)	(equipamento de proteção individual)
HBV	hepatites B vírus (vírus da hepatite B)	RCA	root cause analysis (análise da causa raiz)
HIV	human immunodeficiency vírus (vírus da imunodeficiência humana)	RLS	reporting and learning system (sistema de notificação e aprendizagem)
HRO	high reliability organization	RPN	risk priority number (índice de prioridade de risco)
(OAC)	(organização de alta confiabilidade)	SBA/ BAQ	short best answer/best answer question (pergunta breve de melhor resposta possível/ melhor resposta possível)
ICU	intensive care unit	SSI	surgical site infection (infecção de sítio cirúrgico)
(UTI)	(unidade de terapia intensiva)	TB	tuberculosis (tuberculose)
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Instituto de Melhoria da Saúde)	UK	Reino Unido
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)	USA	Estados Unidos da América
IPE	interprofessional education (educação interprofissional)	VA	Veterans Affairs (Departamento de Assuntos de Veteranos dos Estados Unidos)
IV	intravenous (intravenoso)	VRE	vancomycin-resistant <i>Enterococcus</i> (<i>Enterococcus</i> resistente a vancomicina)
MCQ	multiple choice question (pergunta de múltipla escolha)		
MEQ	modified essay questions (questão dissertativa modificada)		





Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde:

**Edição
Multiprofissional**



Organização Mundial da Saúde

Os cuidados à saúde evoluíram muito nos últimos 20 anos. O conhecimento sobre doenças e as inovações tecnológicas contribuíram para melhorar a expectativa de vida durante o século XX. Porém, um dos maiores desafios hoje não é se manter atualizado a respeito dos procedimentos clínicos mais recentes ou dos equipamentos de última geração. Mais que isso, é oferecer o tratamento mais seguro em ambientes complexos, pressurizados e dinâmicos. Em tais ambientes, as chances de erro são enormes. Eventos adversos acontecem. Danos involuntários, porém sérios, acontecem com os pacientes durante a prática clínica de rotina, ou como resultado de uma decisão clínica.

Muitos países já reconheceram que a segurança do paciente é importante e estão desenvolvendo maneiras e abordagens para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados. Eles também admitiram a importância de instruir os profissionais de saúde sobre os princípios e os conceitos em segurança do paciente. É necessário fortalecer tais competências para que acompanhem as complexidades do sistema e as exigências dos requisitos da força de trabalho.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lidera uma iniciativa global com o objetivo de melhorar a educação em segurança do paciente, seus princípios e abordagens, que promovam uma futura força de trabalho capacitada para exercer os cuidados centrados no paciente em qualquer lugar no mundo. Dessa forma, a OMS embarcou na elaboração de um guia curricular de segurança do paciente com uma perspectiva multiprofissional e com uma abordagem dos sistemas de saúde de âmbito global. Dessa forma, ela acelerou os esforços para ajudar as universidades e as escolas de ciências da saúde a construir e integrarem a seus currículos o ensino de segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde, em parceria com governos, universidades e escolas de todo o mundo, associações internacionais de profissionais nas disciplinas de odontologia, medicina, obstetrícia, enfermagem e farmácia, e suas respectivas associações de estudantes, tornou relevante a educação sobre segurança do paciente para as necessidades e exigências contemporâneas dos ambientes de força de trabalho. A combinação de energia, recursos e saberes foi essencial para o desenvolvimento da edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente. Os frutos da aplicação de suas recomendações serão imediatos e mensuráveis em termos de construção do conhecimento e das habilidades dos alunos das ciências da saúde, que estarão mais bem preparados para uma prática mais segura.

Dra. Margaret Chan
Diretora-Geral
Organização Mundial da Saúde



Organização Mundial da Saúde

O compromisso com a segurança do paciente em todo o mundo tem crescido desde a década de 1990. Esse crescimento foi motivado por dois relatórios decisivos: “To Err is Human”, elaborado em 1999 pelo Institute of Medicine nos EUA, e “An Organization with a Memory”, publicado em 2000 pelo Chief Medical Officer do Reino Unido. Ambos os relatórios reconheceram que o erro é rotina durante os cuidados à saúde e ocorre em cerca de 10% das internações hospitalares. Em alguns casos, o dano causado é grave e até fatal.

Desde a publicação desses dois relatórios decisivos, a busca por melhorar a segurança dos cuidados com os pacientes tornou-se um movimento global, o que fomentou uma transformação significativa no modo de ver a segurança do paciente. O que inicialmente era assunto de pouco interesse acadêmico, agora é uma prioridade absoluta para a maioria dos sistemas de saúde.

Entretanto, a situação atual da segurança do paciente no mundo ainda é fonte de grande preocupação. À medida que mais dados sobre a dimensão e a natureza dos erros e eventos adversos foram sendo reunidos, tornou-se evidente que a falta de segurança é uma característica de praticamente todos os aspectos dos cuidados à saúde.

A educação e a formação de dentistas, médicos, obstetrias, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde têm sido a base dos cuidados à saúde seguros e de qualidade. Contudo, esses cuidados têm sido subutilizados e subvalorizados enquanto ferramenta vital para enfrentar os desafios de melhorar a segurança do paciente. E, para que esse papel seja plenamente desempenhado, é notória a necessidade de uma nova abordagem.

Nos últimos três anos, a Organização Mundial da Saúde tem pesquisado as ligações entre o ensino e a prática na área da saúde - entre a educação dos profissionais dos cuidados à saúde e a segurança do sistema de saúde. Como resultado, a OMS desenvolveu este Guia Curricular Multiprofissional de Segurança do Paciente, que aborda uma variedade de ideias e métodos para ensinar e avaliar, de maneira mais eficaz, a segurança do paciente.

O Guia Curricular da OMS é um programa abrangente, para o aprendizado eficaz do estudante, sobre segurança do paciente, que destaca os principais riscos à saúde e as maneiras de gerenciá-los e mostra como reconhecer, relatar e analisar os riscos e as reações adversas. Ele também traz ensinamentos sobre trabalho em equipe e sobre a importância de uma comunicação clara em todos os níveis dos cuidados à saúde, ao mesmo tempo que enfatiza a importância de se preocupar com pacientes e cuidadores para desenvolver e sustentar uma cultura de segurança do paciente.

Espero que este guia curricular inspire as futuras gerações de profissionais de saúde a embarcar em uma jornada, ao longo da vida, que forneça a seus pacientes os cuidados mais seguros e de melhor qualidade que merecem.

Sir Liam Donaldson

Representante do Programa de Segurança do Paciente
da Organização Mundial da Saúde



FDI Federação Dentária Internacional

Atualmente, a consciência e o reconhecimento de que a segurança do paciente é um fator vital nos cuidados em saúde aumentam a cada dia. Há também uma necessidade clara de se observar com atenção os procedimentos adotados com êxito em outros ambientes profissionais, sobretudo o de segurança empresarial, para ver como podem ser adaptados a situações de cuidados em saúde. Com isso, surge uma necessidade premente de que estudantes, em todas as formas práticas dos cuidados em saúde, aprendam e entendam como gerenciar e lidar com eventos adversos, garantindo, ao mesmo tempo, elevado grau de segurança do paciente.

O Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional é um recurso importante, e não somente despertará a consciência global para a necessidade de se promover ensino-aprendizagem em segurança do paciente, mas também ajudará os educadores a integrarem o conceito de segurança aos programas curriculares já existentes na área de cuidados em saúde.

Esta contribuição servirá para estabelecer os conhecimentos e habilidades para melhor preparar os alunos para a prática clínica, bem como para o desenvolvimento de uma futura mão de obra de profissionais da saúde formados em segurança do paciente e capazes de atender às demandas dos complexos ambientes atuais.

No ano passado, a FDI, Federação Dentária Internacional, procurou rever suas estratégias globais sobre saúde bucal e identificar as principais questões globais e prioridades regionais. Uma das questões levantadas foi a garantia de qualidade e melhoria da segurança, da comunicação e da informação ao paciente. Dessa forma, é animador ver que as questões levantadas imediatamente se traduzem em materiais educativos, práticos e eficazes, com base em conceitos derivados da prática utilizada pela indústria.

O conceito de segurança do paciente é um dos princípios que a FDI defende, há muito tempo, como atitude “básica” a ser introduzida nos primeiros anos da formação de odontologia. O destaque que este programa da OMS dá ao treinamento de futuros dentistas nas técnicas de prática de segurança do paciente em todos os aspectos de seu trabalho é um bom prenúncio para suas futuras carreiras e para o futuro da odontologia no mundo.

A FDI se orgulha de ter participado deste projeto em colaboração com a OMS: ele é parte do processo que desenvolvemos para promover a causa da saúde bucal e procurar atingir as metas de uma educação contínua. Ela também integra a odontologia às demais profissões da saúde, destacando os princípios comuns que regem sua abordagem sobre segurança do paciente.

Dr. Roberto Vianna

Presidente

FDI - Federação Dentária Internacional





Federação Internacional Farmacêutica



A segurança do paciente é uma questão prioritária para todos os profissionais – como os farmacêuticos – que se preocupam com a saúde e com o bem-estar geral das pessoas. Por séculos, os farmacêuticos têm nos defendido e protegido dos “venenos”, substâncias que podem causar danos à população. Agora, mais do que nunca, os farmacêuticos têm a responsabilidade de assegurar que, quando o paciente recebe um medicamento, ele não lhe cause danos.

A recente mudança do paradigma da prática farmacêutica, de um foco no produto para um no paciente, tem levado ao desenvolvimento da assistência farmacêutica, que se concentra em prevenir ou resolver os problemas reais e potenciais no tratamento medicamentoso, mediante a prestação integral de serviços aos pacientes.

Os farmacêuticos também contribuem para a prática colaborativa em ambulatórios e ambientes hospitalares, e há fortes evidências de que se pode melhorar a segurança do paciente por meio da participação ativa desses profissionais em equipes multidisciplinares de cuidados. Confiantes de que a consolidação da segurança do paciente nos programas curriculares dos farmacêuticos poderia melhorar ainda mais sua capacidade de contribuir para a segurança do paciente, a FIP colaborou com este documento e saúda este valioso instrumento.

Ton Hoek
Secretário Geral
FIP - Federação Internacional Farmacêutica



Confederação Internacional das Parteiras*

Membros da Confederação Internacional de Parteiras* (ICM) têm dedicado tempo e colocado sua experiência a serviço da Organização Mundial da Saúde e de outras profissões da área de saúde a fim de criar um Guia Curricular de Segurança do Paciente verdadeiramente multidisciplinar e multiprofissional que ensine os princípios de segurança do paciente para uma ampla gama de profissionais da área de saúde. Os estudos de caso neste guia ajudarão os alunos não somente a reconhecer o papel da segurança do paciente em diferentes situações que envolvam os cuidados com ele, como também destacarão a necessidade de que haja uma melhor comunicação e colaboração interprofissional, visando evitar erros relacionados à saúde.

Como presidente da ICM, felicito os inúmeros profissionais da área da saúde e da OMS, que, juntos, criaram este guia. É evidente que estou orgulhosa, em especial, das contribuições dos membros da ICM, que trabalharam de maneira incansável e colaborativa para tornar realidade este guia curricular. Ele servirá à comunidade da área de saúde internacional e terá como proposta responder às necessidades de saúde do mundo.

Frances Day-Stirk

Presidente

Confederação Internacional de Parteiras



* N.T.: O termo "parteiras" foi mantido, aqui, por corresponder à tradução literal de midwives. No entanto, deve-se observar que, no Brasil, coexistem as parteiras e as obstetizas. É chamada de obstetiza a profissional de saúde graduada no Curso de Obstetrícia, que atua no acompanhamento de gestantes, partos naturais de risco habitual e no pós-parto. As parteiras tradicionais são pessoas da comunidade, cuja atividade é informal e que ocorre principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo em locais de difícil acesso, como regiões rurais, ribeirinhas e em populações tradicionais quilombolas e indígenas.



Conselho Internacional de Enfermeiros



O Conselho Internacional de Enfermeiros tem o prazer de ter contribuído para o desenvolvimento do Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional, que fornece uma plataforma comum para que os profissionais da área de saúde abordem essa importante questão.

Enfermeiros em todo o mundo têm um papel fundamental a desempenhar na melhoria da segurança do paciente. Embora cada profissional deva se certificar de que sua prática não cause danos ao paciente, os cuidados em saúde estão, cada vez mais, sendo dispensados por equipes. Lançar mão desse recurso integrado facilita o trabalho em grupo e fornece uma base comum de conhecimentos que, por sua vez, proporciona flexibilidade para que cada disciplina dê sua contribuição singular. Além disso, este Guia chama a atenção para a necessidade de integrar a segurança do paciente aos currículos de todos os profissionais da área de saúde.

Dra. Rosemary Bryant

Presidente

Conselho Internacional de Enfermeiros



Associação Médica Internacional

A segurança é um pilar da qualidade dos cuidados à saúde, e seu sucesso exige comprometimento individual e coletivo. Os indivíduos e os processos raramente são as únicas causas de erros. Em vez disso, a combinação de elementos separados produz situações de alto risco. Entender os riscos em processos complexos de saúde e de cuidados médicos requer informações sobre os erros e os chamados *near misses* (quase erros). Com eles, podemos aprender a eliminar as lacunas de segurança, a reduzir a morbidade e a mortalidade, e a melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

Portanto, é fundamental que exista uma cultura de segurança não punitiva para lidar com erros, além de mecanismos de notificação que ajudem a prevenir e a corrigir as falhas do sistema e os erros humanos em vez de procurar a culpa de indivíduos ou organizações. Essa cultura livre de culpa ainda precisa ser desenvolvida na maioria das áreas da saúde. Um passo muito importante nesse processo é ensinar aos alunos da área de saúde o conceito de segurança na prática colaborativa dos cuidados em saúde e sua implementação no futuro trabalho cotidiano.

A assistência em saúde está se tornando mais complexa e especializada, o que requer mais atenção da equipe de profissionais com o trabalho integrado. Uma prática verdadeiramente colaborativa exige excelente comunicação, transferência precisa de tarefas e de resultados, além de funções e responsabilidades claramente definidas. A compreensão realista dos riscos inerentes à medicina moderna torna imperativo que todos os profissionais de saúde sejam capazes de cooperar com todas as partes envolvidas, adotar uma abordagem proativa de sistemas de segurança e executar suas funções com responsabilidade profissional. Essa perspectiva inclui, sobretudo, o diálogo com nossos pacientes, demonstrando respeito a seus medos e às suas necessidades, expectativas e esperanças.

A Associação Médica Internacional encoraja os profissionais de saúde a reconhecerem a segurança como um dos principais elementos para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Facilitar o desenvolvimento do conhecimento coletivo sobre situações e práticas inseguras e adotar medidas preventivas para evitar riscos desnecessários são a chave para o sucesso.

O Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS oferece uma ferramenta educativa para que estudantes das profissões de saúde entendam os conceitos de segurança do paciente e de prática colaborativa. Ele também orienta professores sobre como ensinar esse tópico com métodos modernos de ensino.

Wonchat Subhachaturas

Presidente

Associação Médica Internacional





Associação Internacional de Estudantes de Odontologia
Conselho Internacional de Enfermeiros - Rede Estudantil
Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina
Federação Internacional dos Estudantes de Farmácia

Dada a importância de se oferecer cuidados seguros no perfil atual de assistência, é cada vez mais necessário e urgente para os pacientes que os alunos aprendam o tema eventos adversos nos cuidados em saúde e segurança do paciente. A introdução deste assunto na formação de profissionais de saúde contribuirá para a construção de uma base de conhecimentos e habilidades que poderá preparar melhor os alunos para a prática clínica. Ajudará também na criação de uma futura força de trabalho, formada em segurança do paciente, capaz de atender às demandas dos ambientes complexos de hoje.

A Associação Internacional de Estudantes de Odontologia (IADS), o Conselho Internacional de Enfermeiros - Rede Estudantil (ICN-SN), a Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) e a Federação Internacional dos Estudantes de Farmácia (IPSF), juntos, saúdam o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional como um recurso importante, não somente por despertar a consciência global sobre a necessidade de se promover ensino-aprendizagem em segurança do paciente, mas também por auxiliar educadores na introdução dessa disciplina nos currículos que abordam os cuidados em saúde, além de ajudar a preparar os alunos para a prática mais segura em seus ambientes de trabalho.

ICN-SN, IADS, IFMSA e IPSF apoiam o Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional e parabenizam os esforços da OMS em apoiar as universidades e escolas de odontologia, medicina, enfermagem e farmácia em todo o mundo na incorporação da segurança do paciente ao currículo dos cuidados em saúde. As associações de estudantes agradecem a iniciativa da OMS de consultar os alunos como parte igualmente interessada, garantindo que suas sugestões e opiniões fossem incorporadas ao Guia Curricular. As associações apoiam fortemente a edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente e felicitam a OMS por tornar possível que todas as partes interessadas no projeto sigam nessa direção.

Ionut Luchian
Presidente
Associação Internacional de
Estudantes de Odontologia

Chijioke Chikere Kadure
Presidente
Federação Internacional das
Associações de Estudantes de
Medicina

Yasmin Yehia
Presidente
Conselho Internacional de Enfermeiros
- Rede Estudantil

Jan Roder
Presidente
Federação Internacional dos
Estudantes de Farmácia





A voz do paciente na formação profissional

O projeto Pacientes pela Segurança do Paciente esteve envolvido com a elaboração e a preparação do Guia Curricular de Segurança do Paciente para Escolas de Medicina e, por essa razão, é natural que o projeto fizesse parte da adaptação do Guia Curricular ao uso multidisciplinar. Festejamos esta oportunidade de colaborar com mais um programa da OMS.

Na prática, nossa interação com os alunos de todas as disciplinas e em todos os níveis reforçou uma convicção muito forte de que, como parte de sua formação, os estudantes devem experimentar e desenvolver, por si próprios, uma reflexão quanto ao valor da experiência do paciente. Quando esta reflexão estiver ligada a uma consciência acerca do que realmente se constitui a assistência centrada no paciente, os estudantes, invariavelmente, reunirão paixão, conhecimento e habilidades para o benefício dos pacientes e de seus resultados clínicos.

Incorporar formalmente as perspectivas do paciente à formação nos cuidados em saúde é fundamental, tanto para a segurança do paciente, quanto para uma mudança cultural duradoura e também para a melhoria dos cuidados em saúde. Uma pesquisa realizada na University of British Columbia, no Canadá, destaca que “os alunos se lembram do que aprendem com os pacientes. A voz autêntica e autônoma do paciente promove a aprendizagem da assistência centrada no paciente”.

O novo Guia Curricular da OMS produzirá as já aguardadas mudanças que garantirão cuidados mais seguros, o que inclui tanto os pacientes quanto seus familiares. É uma realidade incontestável que os alunos de hoje serão os profissionais de saúde de amanhã – homens e mulheres que terão nossas vidas em suas mãos, e a quem nós, pacientes, desejamos manter em alta consideração.

Margaret Murphy

Líder Externa

Programa Pacientes pela Segurança do Paciente



Atendendo às necessidades de nossos futuros profissionais de saúde

Diante da crescente preocupação com os danos involuntários causados pelos cuidados em saúde, surge a necessidade de que os alunos da área de saúde aprendam a oferecer um tratamento mais seguro. No entanto, a formação dos profissionais de saúde não tem acompanhado o ritmo acelerado dos diversos desafios do setor e nem as exigências de mudança da força de trabalho. Dos US\$ 5,5 trilhões gastos com saúde no mundo, apenas 2% são destinados à formação dos profissionais. Para que eles ofereçam cuidados centrados no paciente, é extremamente necessário que recebam uma formação inovadora. Para tanto, precisam de um currículo baseado em competência e que tenha uma perspectiva multiprofissional, além de uma abordagem de sistemas e de um alcance global.

A edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS é uma versão atualizada do Guia Curricular para as Escolas de Medicina, publicado em 2009 pela OMS. Esta nova edição abrange a formação de odontólogos, médicos, obstetras, enfermeiros, farmacêuticos e outras profissões da área de saúde. Esperamos que este Guia promova e melhore a segurança do paciente em todo o mundo e, por fim, prepare os alunos para uma prática segura.

Na qualidade de um guia integrado, ele contém informações para todos os níveis educacionais de conhecimento e estabelece as bases para a capacitação em conceitos e princípios essenciais sobre segurança do paciente, servindo como um guia completo para implementar o processo de ensino-aprendizagem desse tema em universidades e escolas de formação de profissionais de saúde. O Guia Curricular é um recurso valioso para os principais responsáveis pelo desenvolvimento dos currículos de assistência em saúde.

Escrito em uma linguagem de fácil compreensão e para um público internacional, o Guia Curricular é composto por duas partes: Parte A: Guia do Professor e Parte B: Tópicos de Segurança do Paciente. O Guia do Professor apresenta princípios e conceitos sobre segurança do paciente e fornece informações fundamentais sobre a melhor forma de ensinar segurança do paciente. A Parte B inclui onze tópicos de segurança do paciente, elaborados para apresentar uma variedade de ideias e métodos de ensino e avaliação, de modo que os educadores possam adaptar o material de acordo com seus próprios recursos, contextos e necessidades.

Portanto, recomendamos esta publicação. O que poderia ser mais importante do que ensinar profissionais da área de saúde a serem competentes nos cuidados com o paciente? O Guia Curricular Multiprofissional ajuda a desenvolver o potencial para alcançar esse objetivo. Estamos ansiosos por sua ampla difusão.

Professor Bruce Barraclough
Especialista Externo Principal
Guia Curricular de Segurança do
Paciente

Professor Merrilyn Walton
Autora Principal
Guia Curricular de Segurança do
Paciente

Introdução

A Edição Multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente é um guia completo que visa auxiliar as instituições acadêmicas da área de saúde no ensino deste tema. Por ser um tema relativamente novo para a maioria dos educadores da área, o Guia Curricular fornece abordagens educacionais e uma variedade de conceitos e métodos de ensino e de avaliação da segurança do paciente, numa única publicação.

O presente Guia Curricular, que tem uma abordagem versátil, foi desenvolvido para ser facilmente integrado aos currículos de graduação de profissionais da área de saúde já existentes, atender a necessidades específicas e poder ser aplicado a diferentes culturas e contextos. Embora ofereça às escolas e universidades da área de saúde recomendações sobre abordagens e recursos materiais, é recomendável que sejam feitas adaptações específicas a exigências e parâmetros locais, assim como aos recursos e às necessidades pedagógicas dos estudantes.

A elaboração do Guia Curricular Multiprofissional teve início em janeiro de 2010 e tomou como base o Guia Curricular para Escolas de Medicina, publicado em 2009. Um grupo principal de trabalho composto por especialistas membros de associações profissionais internacionais em odontologia, medicina, obstetrícia, enfermagem e farmácia, e também por membros regionais da OMS coordenou o trabalho de revisão do Guia Curricular de 2009, avaliou as evidências científicas disponíveis e reescreveu seções, de modo que se aplicassem a dentistas, obstetizes, enfermeiros e farmacêuticos. A equipe também forneceu estudos de casos multiprofissionais para auxiliar na aprendizagem interdisciplinar e promoveu ativamente o debate entre especialistas e autores. Mais de 50 especialistas internacionais contribuíram para a elaboração deste documento. Autores, colaboradores, especialistas e outros profissionais que participaram intensamente e facilitaram o processo do trabalho são mencionados na seção de agradecimentos, no final do documento.

Seções do Guia Curricular

Este documento é composto por duas partes: Parte A: Guia do Professor e Parte B: Tópicos de Segurança do Paciente. Para comodidade do leitor, as tabelas e figuras estão numeradas de acordo com a parte e a seção em que são apresentadas.

A Parte A é destinada aos educadores em cuidados em saúde. Funciona como um auxílio, fornecendo conhecimentos e ferramentas que ajudem a desenvolver as habilidades necessárias para implementar a aprendizagem sobre segurança do paciente em suas instituições. A Parte A fornece também uma abordagem sistemática para desenvolver capacidades institucionais. Esta parte oferece informações básicas sobre como selecionar e ensinar os tópicos do currículo, sugere meios de integrar o ensino de segurança do paciente e apresenta técnicas que mostram como este assunto pode ser inserido nos currículos existentes da instituição. A Parte A também destaca os princípios educacionais essenciais para o ensino-aprendizagem de segurança do paciente e propõe métodos para avaliação dos alunos e dos atuais conteúdos curriculares em segurança do paciente. Ao longo de todo o documento, enfatiza-se o envolvimento do corpo docente como parte essencial na manutenção da sustentabilidade do programa. Finalmente, nesta parte do guia, são oferecidos exemplos claros de ensino de segurança do paciente.

A Parte B é destinada tanto aos educadores quanto aos estudantes de cuidados em saúde. Contém onze programas sobre segurança do paciente com base em determinados tópicos que podem ser usados em conjunto ou de forma independente. Os tópicos abrangem uma vasta gama de contextos com os quais se pode aprender e ensinar o tema segurança do paciente.

Os 11 tópicos são:

1. O que é segurança do paciente?
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.
4. Atuar em equipe de forma eficaz.
5. Aprender com os erros para evitar danos.
6. Compreender e gerenciar o risco clínico.
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
8. Envolver pacientes e cuidadores.
9. Prevenção e controle de infecções.
10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
11. Melhorar a segurança no uso de medicação.

Os educadores podem escolher quais tópicos serão incorporados aos currículos existentes, de acordo com requisitos, necessidades, recursos e capacidades institucionais. Para um ensino eficaz, pode-se utilizar diferentes abordagens educacionais, incluindo palestras, ensino por meio de experiência clínica à beira do leito, aprendizagem em pequenos grupos, discussões de casos clínicos, estudos independentes, acompanhamento de pacientes, dramatizações, simulações e realização de projetos de melhoria. Há benefícios e desafios em cada abordagem, de modo que os educadores devem ter em mente que, ao escolherem abordagens distintas, podem alcançar objetivos de aprendizagem distintos.

Os **Anexos 1 e 2** dão exemplos de conteúdos e formatos de testes ou avaliações. Os professores podem escolher o formato, de acordo com a finalidade do teste ou da avaliação e com os objetivos da aprendizagem.

NT: A contracapa da versão impressa contém um CD-ROM com a versão eletrônica do Guia Curricular e 11 conjuntos de slides referentes ao ensino de cada tópico, além de ferramentas para divulgação. Na versão brasileira, esses 11 conjuntos de slides são disponibilizados na versão em português, pelo site da OMS.





Parte A

Guia do Professor

**Guia Curricular de Segurança
do Paciente da OMS: Edição
Multiprofissional**

1. Contexto histórico

Por que alunos da área de saúde precisam de capacitação em segurança do paciente?

Os resultados dos cuidados em saúde têm melhorado consideravelmente com as descobertas científicas da medicina moderna. No entanto, estudos de uma infinidade de países mostram que, junto com esses benefícios, surgem riscos significativos para a segurança do paciente. Percebemos que pacientes hospitalizados correm risco de sofrer um evento adverso, e aqueles em uso de medicação estão sujeitos a erros de medicação e a reações adversas. A maior consequência desse conhecimento foi o desenvolvimento da segurança do paciente como uma disciplina especializada no auxílio aos profissionais de saúde, gestores, organizações de saúde, governos (em todo o mundo) e consumidores, que devem se familiarizar com os princípios e conceitos do tema, pois todos podem ser afetados. As tarefas relacionadas à assistência à saúde são muitas e exigem que todos os envolvidos entendam a extensão dos danos aos pacientes e por que os cuidados em saúde devem promover a adoção de uma cultura de segurança. O treinamento e o ensino em segurança do paciente estão apenas começando em todos os níveis. Como futuros prestadores e líderes nos cuidados em saúde, os alunos da área devem se preparar para práticas seguras. Embora os currículos das profissões de saúde estejam em constante mudança para acomodar as mais recentes descobertas e os novos conhecimentos, o saber sobre segurança do paciente é diferente porque se aplica a todas as profissões e áreas clínicas.

Os alunos precisarão saber como os sistemas interferem na qualidade e na segurança dos cuidados em saúde, como a comunicação precária pode provocar eventos adversos e muito mais. Os alunos precisam aprender a lidar com esses desafios. A segurança do paciente não é uma disciplina autônoma tradicional; pelo contrário, é a que integra todas as áreas dos cuidados à saúde. O programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros projetos como este visam implementar a segurança do paciente em todo o

mundo. A segurança do paciente é responsabilidade de todos e engloba desde pacientes a políticos. Como futuros líderes na área da saúde, é vital que os estudantes estejam bem informados e capacitados para a prática dos conceitos e princípios. Este Guia Curricular, em sua segunda edição, cria condições para que os alunos, independentemente da profissão escolhida, comecem a entender e a praticar a segurança do paciente em todas as atividades profissionais.

A construção do conhecimento dos estudantes sobre segurança do paciente precisa ocorrer, durante toda a sua formação e treinamento. A aquisição de habilidades e atitudes acerca do assunto deve ter início assim que o aluno ingressar em um hospital, clínica ou serviço de saúde. Concentrando-se em cada paciente de forma individual, tratando cada um como único e usando cuidadosamente seus conhecimentos e habilidades, os próprios alunos podem servir de exemplo aos demais dentro do sistema de saúde. A maioria dos estudantes tem grandes aspirações quando ingressam no campo escolhido, mas a realidade dos sistemas de saúde às vezes diminui seu otimismo. Queremos que os alunos sejam capazes de manter a confiança e de acreditar que podem fazer diferença, tanto na vida de cada paciente quanto na área de saúde.

Como usar este Guia

O Guia foi desenvolvido para que instituições de ensino em saúde implementem a aprendizagem de segurança do paciente para que os estudantes se tornem profissionais qualificados. As faculdades podem introduzir todos os tópicos juntos, ou começar mais lentamente, por meio da introdução de um ou mais tópicos de cada vez. Cada tópico contém todo o conhecimento básico necessário para o ensino do assunto, incluindo sugestões para avaliação de desempenho. Acrescentamos estudos de caso para facilitar a aprendizagem e incentivar os professores e instrutores a incorporá-los em suas atividades de ensino. Propusemos, ainda, diferentes ideias sobre o ensino de algum tópico

em particular. Muitos dos tópicos são mais bem apresentados se o aluno os vivencia em seu ambiente de trabalho profissional, visto que muito do aprendizado de segurança do paciente requer uma abordagem de equipe e observação do serviço de saúde como um todo, não apenas da área em que o aluno está inserido. Os tópicos foram elaborados para que os alunos sejam responsáveis por grande parte de sua própria aprendizagem, por meio da leitura de material *on-line*, que permite acesso ao conhecimento básico necessário, e de tarefas que podem ser executadas para colocar em prática o conhecimento adquirido.

Incentivamos os diversos cursos e profissões da saúde a adicionarem dados e literatura profissional relevante aos tópicos diretamente ligados à sua carreira. Por exemplo, esperamos de que artigos e dados farmacêuticos sejam incorporados para os estudantes de farmácia. Por se tratar de um Guia Curricular Multiprofissional, incluímos inúmeros exemplos de diferentes profissões, embora não tenha sido viável fornecer exemplos para todas.

O que é o Guia Curricular?

O Guia Curricular é um programa integrado para a implementação da educação em segurança do paciente em instituições de ensino de cuidados em saúde em todo o mundo. Ele é composto por duas partes. A Parte A é um guia do professor, elaborado para ajudar os professores a aplicar o Guia Curricular. Como sabemos que se trata de uma disciplina nova e que muitos profissionais de saúde e professores não estão familiarizados com muitos conceitos e princípios, esta parte estabelece as bases para a capacitação em segurança do paciente. A Parte B fornece um programa abrangente sobre o tema, organizado em tópicos, que podem ser usados em conjunto ou de maneira independente.

Por que o Guia Curricular foi desenvolvido?

A partir de 1991, quando um estudo de Harvard [1] mostrou, pela primeira vez, a extensão dos danos aos pacientes, outros países relataram resultados semelhantes, apesar das diferenças específicas culturais e dos sistemas de saúde. A percepção de que os cuidados em saúde realmente causam danos aos pacientes fez crescer a vigilância sobre a assistência ao paciente no contexto de um sistema de saúde cada vez mais complexo. Essa complexidade foi intensificada, com a rápida mudança da tecnologia e das demandas médicas [2,3]. Espera-se que médicos, enfermeiros, obstetrias, dentistas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde sejam capazes de gerenciar essa complexidade em seu trabalho diário, prestando serviços de saúde com base em evidências e mantendo um ambiente seguro para os pacientes. No entanto, se não forem adequadamen-

te ensinados e treinados nos princípios e conceitos de segurança do paciente, enfrentarão dificuldades para agirem dessa forma.

A formação em segurança do paciente no ensino superior não tem acompanhado as exigências da força de trabalho [3-7]. Por exemplo, sistemas de notificação de incidentes para erros de medicação ou erros cirúrgicos já são usados há muitos anos em vários países, mas a existência de currículos específicos relacionados a erros ou à segurança do paciente, incorporados ao ensino de graduação de cursos de segurança do paciente, começaram a ser descritos e publicados apenas recentemente [5, 8].

Um conjunto de fatores tem dificultado a formação em segurança do paciente. Primeiramente, a falta de reconhecimento por parte de educadores da área de que o ensino e a aprendizagem desta matéria deve ser parte essencial dos currículos de graduação em saúde, e que as habilidades em segurança do paciente podem ser ensinadas [9,10]. Muitos educadores não estão familiarizados com a literatura e não sabem como incorporar o tema aos currículos já existentes [11,12]. Em segundo lugar, eles precisam estar receptivos a novas áreas de conhecimento [3]. Uma das dificuldades de se incorporar novos currículos é a relutância em abordar conhecimentos que têm origem em outras áreas que não a da saúde, tais como o método de pensamento sistêmico e de melhoria da qualidade [10]. Também tem sido sugerido que a ênfase histórica no tratamento de doenças, em detrimento de sua prevenção, cria uma cultura na qual é difícil contemplar um “não-evento”, ou seja, um evento adverso que pode ser evitado [3]. O terceiro fator refere-se a atitudes arraigadas, como a tradicional relação professor-aluno, que pode ser hierárquica e competitiva, [9] em que o “perito” transmite informações para o estudante [3,4].

Este Guia Curricular visa preencher a lacuna no ensino de segurança do paciente, fornecendo um currículo abrangente e desenvolvido para criar as bases do conhecimento e das habilidades para todos os alunos da área da saúde que estarão mais bem preparados para a prática clínica em diversos ambientes.

Referências

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370-376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:109-110

4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185-191.
5. Patey R et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256-259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195-1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Suppl. 1):S124-S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600-606.
9. Sandars J et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60-61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1-8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006, 184 (Suppl. 10):S60-S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497-505.

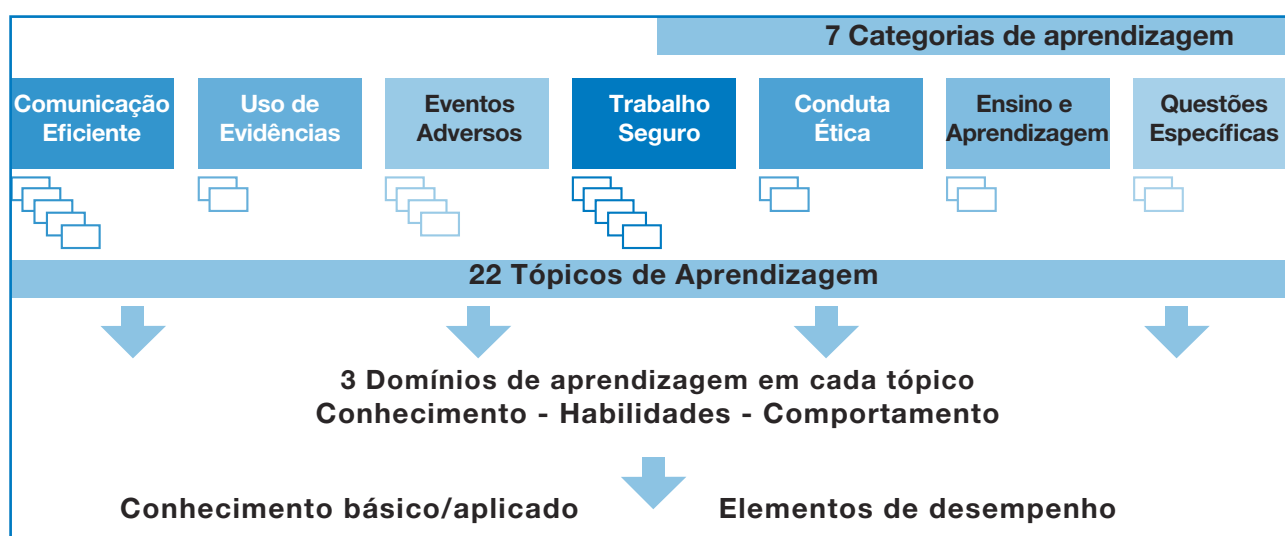
2. Como os tópicos do Guia Curricular foram selecionados?

O Guia Curricular abrange 11 tópicos, entre eles, 16 itens de aprendizagem de um total de 22, selecionados com base no Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Education Framework - APSEF*). Um tópico adicional que não está no APSEF foi escolhido para auxiliar na aprendizagem do controle de infecção, de acordo com o programa da OMS para reduzir as infecções com melhor prevenção e controle. A Figura A.2.1 ilustra a estrutura do APSEF. A Tabela A.2.1 lista os tópicos do Marco Australiano que foram incluídos e os tópicos em que ocorre a aprendizagem. A Tabela A.2.2 define os níveis de aprendizagem necessários, desde o aluno iniciante ao profissional de saúde experiente.

O que é o Marco Australiano Sobre Educação em Segurança do Paciente?

O APSEF [1] foi desenvolvido em quatro etapas: revisão da literatura especializada; desenvolvimento de áreas e tópicos de aprendizagem; classificação em domínios de aprendizagem; e conversão para o formato baseado no desempenho. Um extenso processo de consulta e validação foi realizado na Austrália e em outros países. Publicado em 2005, o Marco Australiano é um modelo simples, dinâmico e acessível, que descreve conhecimentos, habilidades e comportamentos que todos os trabalhadores de saúde devem ter para garantir atendimento seguro ao paciente. É dividido em quatro níveis de conhecimento, habilidades e comportamentos, de acordo com a categoria profissional e a sua responsabilidade no serviço ou organização de saúde. O APSEF foi elaborado para auxiliar as organizações e os profissionais de saúde na elaboração de currículos educacionais e programas de formação. O Guia Curricular foi desenvolvido usando esse Marco.

Figura A 2.1 Estrutura do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente.



Fonte: *National Patient Safety Education Framework*, Austrália, 2005 [1].

Áreas e tópicos de aprendizagem do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente. (APSEF)

Há 7 áreas de aprendizagem (categorias) e 22 tópicos de aprendizagem no APSEF. A Tabela A.2.1 descreve os tópicos do Guia Curricular e sua relação com o APSEF.

Tabela A.2.1. APSEF e os tópicos do Guia Curricular da OMS

Tópicos do APSEF	Incluídos no currículo	Tópicos da OMS
Comunicação eficiente		
Envolvimento de pacientes e cuidadores como parceiros nos cuidados em saúde	Sim	Tópico 8
Comunicação de risco	Sim	Tópico 6
Comunicação honesta com pacientes após um evento adverso (revelação aberta)	Sim	Tópico 8
Obtenção do consentimento	Sim	Tópico 8
Conhecer e respeitar as diferenças culturais	Sim	Tópico 8
Identificação, prevenção e gerenciamento de eventos adversos e <i>near misses</i> (quase erros)		
Reconhecimento, notificação e gerenciamento de eventos adversos e <i>near misses</i>	Sim	Tópico 6 e 7
Gerenciamento do risco	Sim	Tópico 6
Compreensão sobre os erros em saúde	Sim	Tópico 1 e 5
Gestão de reclamações	Sim	Tópico 6 e 8
Uso de informações e evidências		
Implementação da melhor prática baseada em evidência	Sim	Abordado nos tópicos 9, 10 e 11 (Uso de <i>guidelines</i> e protocolos).
Uso da tecnologia da informação para melhoria da segurança	Sim	Tópico 2
Trabalho seguro		
Trabalho em equipe e demonstração de liderança	Sim	Tópico 4
Compreensão de fatores humanos	Sim	Tópico 2
Compreensão sobre organizações complexas	Sim	Tópico 3
Fornecimento da continuidade dos cuidados	Sim	Tópico 1 e 8
Gerenciamento do estresse e da fadiga	Sim	Tópico 2 e 6
Conduta ética		
Manutenção das aptidões para o trabalho e para a prática	Sim	Tópico 6
Prática e comportamento éticos	Sim	Tópico 1 e 6
Aprendizagem contínua		
Aprender no local de trabalho	Sim	Indiretamente abordado nos tópicos 4 e 8
Ensinar no local de trabalho	Sim	Indiretamente abordado no tópico 4
Questões específicas		
Prevenção de procedimento errado, local errado e tratamento errado do paciente	Sim	Tópico 10
Segurança no uso de medicamentos	Sim	Tópico 11
Controle de infecção (não faz parte do APSEF)	Sim	Tópico 9

As três principais etapas no desenvolvimento da estrutura e do conteúdo do APSEF foram:

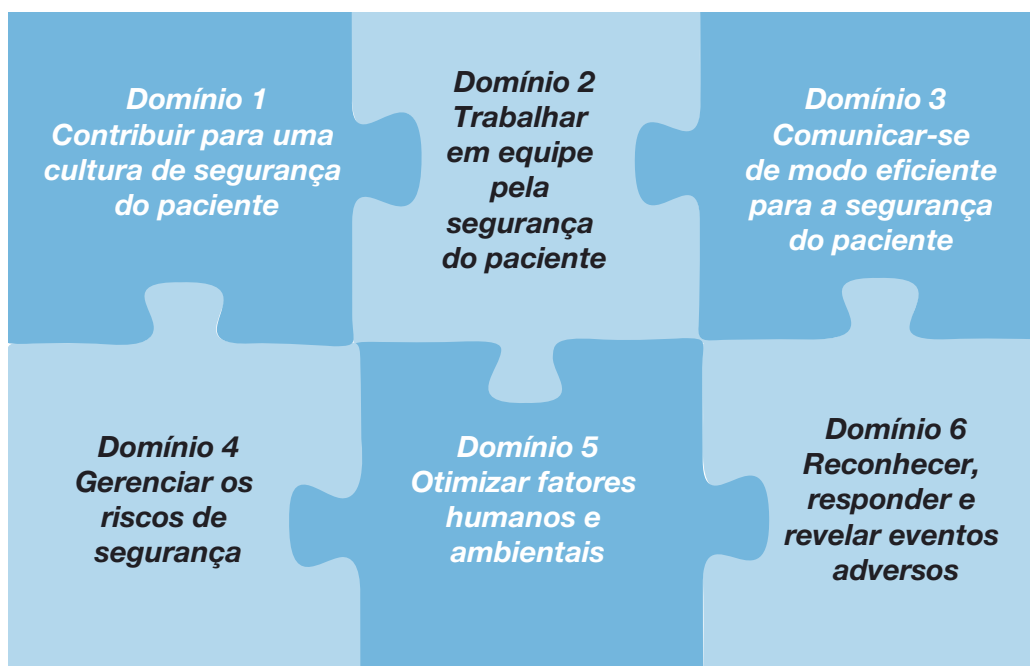
1. revisão inicial dos conhecimentos e do desenvolvimento da estrutura de tópicos do Marco;

2. pesquisas adicionais de conteúdo e de avaliação de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes;
3. desenvolvimento do formato com base no desempenho.

A partir da publicação do APSEF, em 2005, o Canadá lançou, em 2009, o documento “As Competências

de Segurança – Melhorando a Segurança do Paciente entre as profissões de saúde”, [2]. À semelhança da abordagem Australiana, o Marco Canadense oferece uma estrutura interprofissional, prática e útil sobre segurança do paciente, com a identificação dos conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários a todos os profissionais de saúde.

Figura A.2.2. O Marco Canadense
As competências de segurança – Melhorando a segurança do paciente em todas as profissões de saúde



Fonte: *The Safety Competencies*, Canadian Safety Institute, 2009 [2].

Fase 1 - Avaliação de conhecimento e desenvolvimento da estrutura do Marco Australiano

Uma pesquisa foi realizada para identificar o atual conjunto de conhecimentos relativos à segurança do paciente (conforme descrito na próxima seção). Foram reunidas e revisadas informações de livros especializados, relatórios, currículos e *websites* para identificar as principais atividades associadas à segurança do paciente que obtiveram um efeito positivo. Essas atividades foram então agrupadas em categorias denominadas “áreas de aprendizagem”. Cada área de aprendizagem foi analisada e subdividida em áreas principais, denominadas “tópicos de aprendizagem”. Veja a seguir os detalhes sobre o processo de revisão da literatura especializada e da estrutura de conteúdo do Marco Australiano.

A justificativa para a inclusão das áreas e dos tópicos de aprendizagem foi articulada no corpo do documento e encontra-se resumida a seguir.

Fase 2 - Pesquisa adicional de conteúdos e avaliações de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes

Cada tópico de aprendizagem formou a base para uma pesquisa mais abrangente, incluindo termos adicionais como: educação, programas, formação, eventos adversos, erros, enganos e organização /instituição de saúde/instalações / serviços de saúde. Todas as atividades (conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes) para cada tópico foram listadas até que não houvesse mais atividades e as fontes se esgotassem. Em seguida, essa lista foi editada para selecionar duplicações, praticidade e redundância. As atividades foram categorizadas em domínios de conhecimento, habilidades ou comportamentos.

A fase final dessa etapa foi alocar cada atividade no nível adequado e correspondente ao grau de responsabilidade dos profissionais de saúde.

Nível 1 (Básico) identifica conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes necessários a todo profissional de saúde.

Nível 2 foi desenvolvido para profissionais de saúde que prestam atendimento clínico direto aos pacientes e trabalham sob supervisão, e também para aqueles com responsabilidades clínicas avançadas, de gestão e/ou de supervisão.

Nível 3 é voltado para profissionais de saúde com responsabilidades de gestão ou supervisão, ou ainda para profissionais experientes com responsabilidades clínicas avançadas.

Nível 4 (Organizacional) identifica conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes neces-

sários a líderes clínicos e administrativos com responsabilidades organizacionais. O nível 4 não faz parte da aprendizagem progressiva que apoia os três primeiros níveis.

As áreas e os tópicos de aprendizagem foram aprovados pelo Grupo de Referência de Projeto e do Comitê Diretivo do APSEF. Abrangentes consultas ao sistema mais amplo de saúde e à comunidade da Austrália, bem como de outros países, completaram o processo de revisão e aprovação para as áreas e tópicos de aprendizagem e seus conteúdos.

O resultado dessa fase é apresentado na Tabela A.2.2. Este exemplo foi retirado do Tópico 8: *Envolver pacientes e cuidadores*.

Tabela A 2.2. Matriz de conteúdo do APSEF

	Nível 1 (Básico) <i>Para os profissionais de saúde de categorias 1-4</i>	Nível 2 <i>Para os profissionais de saúde de categorias 2 e 3</i>	Nível 3 <i>Para os profissionais de saúde de categoria 3</i>	Nível 4 (Organizacional) <i>Para os profissionais de saúde de categoria 4</i>
Objetivos pedagógicos	Fornecer as informações que pacientes e cuidadores precisam no momento em que precisam	Exercitar a boa comunicação e saber o seu papel nas relações efetivas de assistência à saúde	Potencializar as oportunidades para que a equipe envolva pacientes e cuidadores em seus cuidados e tratamentos	Desenvolver estratégias para que a equipe inclua pacientes e cuidadores no planejamento e na prestação dos serviços de saúde
Conhecimentos				
Habilidades				
Comportamentos e atitudes				

Fase 3 - Desenvolvimento de formato baseado no desempenho.

Uma vez que os conhecimentos, habilidades e comportamentos foram descritos para cada nível de profissional de saúde, as atividades foram traduzidas para um formato baseado no desempenho, que aproveita ao máximo a natureza modular do Marco Australiano. A consulta mais abrangente ocorreu nesta fase do desenvolvimento do APSEF. Diversos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentistas, entre outros) foram entrevistados individualmente sobre os aspectos de cada elemento de desempenho no APSEF, e o documento completo foi distribuído em todas as áreas de saúde australianas para apreciação. Especialistas internacionais também se engajaram no processo de validação.

Tópicos do Guia Curricular da OMS

1. O que é segurança do paciente?
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente
4. Atuar em equipe de forma eficaz.
5. Aprender com os erros para evitar danos.
6. Compreender e gerenciar o risco clínico.
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
8. Envolver pacientes e cuidadores.
9. Prevenção e controle de infecções.
10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
11. Melhorar a segurança no uso de medicação.

Justificativa para os tópicos do Guia Curricular

Profissionais de saúde que ensinam estudantes podem não compreender muito bem por que determinados tópicos estão presentes neste Guia. Muitas vezes, eles já estão ensinando um tópico específico, mas sem classificá-lo como segurança do paciente. Os professores também podem achar que muitos dos princípios e conceitos abordados neste Guia são semelhantes ao material já existente, mas com ênfase em diferentes pontos. A descrição da importância de cada tópico para o ensino-aprendizagem dos estudantes da área de saúde é apresentada a seguir:

Tópico 1: O que é segurança do paciente?

Cada vez mais, os profissionais de saúde são obrigados a incorporar os princípios de segurança do paciente e conceitos em sua prática diária. Este tópico apresenta o conteúdo de segurança do paciente. Em 2002, os Estados-Membros da OMS, durante a Assembleia Mundial da Saúde, assinaram um acordo sobre a segurança do paciente. Trata-se da necessidade de reduzir os danos e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias, bem como destacar os evidentes benefícios econômicos que a melhoria na segurança do paciente traz. Estudos mostram que hospitalização prolongada, despesas de litígio, infecções relacionadas aos cuidados à saúde, rendimentos perdidos, invalidez e despesas médicas custaram a alguns países entre US\$ 6 bilhões e US\$ 29 bilhões por ano [3, 4].

Muitos países publicaram estudos destacando provas contundentes de que a assistência clínica causa danos a um número significativo de pacientes, seja por lesões irreversíveis, internações mais longas (do inglês LOS), ou até morte. Aprendemos, ao longo da última década, que eventos adversos não ocorrem de maneira intencional. No entanto, eles ocorrem devido à complexidade dos sistemas de saúde atuais, especialmente nos países desenvolvidos, onde o sucesso do tratamento e dos resultados para cada paciente depende de uma série de fatores, e não apenas da competência individual. Quando uma extensa gama de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros) está envolvida, é muito difícil garantir a segurança da assistência, a menos que o sistema seja desenvolvido para facilitar a compreensão e a troca de informações completas e no tempo adequado para todos.

Da mesma forma, nos países em desenvolvimento, uma combinação de vários fatores desfavoráveis, como falta de pessoal, estruturas inadequadas e superlotadas, falta de produtos e equipamentos básicos, falta de higiene e saneamento – todos atribuíveis a recursos financeiros

limitados – torna o atendimento pouco seguro para o paciente.

Tópico 2: Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

A área de fatores humanos é um dos campos de especialização de engenheiros e psicólogos cognitivos. Este tópico pode fornecer alguns desafios para o corpo docente de profissionais de saúde, bem como para os alunos. Recomendamos que você convide um especialista da área para dar uma palestra para os alunos. Entende-se por engenharia ou ergonomia dos fatores humanos a ciência que estuda a relação entre os seres humanos, suas ferramentas e o ambiente onde vivem e trabalham [4]. Essa disciplina ajudará os alunos a compreender de que modo os sistemas e produtos podem ser idealizados para melhorar o desempenho das pessoas. O tópico aborda as interações homem-homem e homem-máquina, tais como comunicação, trabalho em equipe e cultura organizacional.

Outras organizações, como aviação, produção e militares, têm usado, com sucesso, seu conhecimento de fatores humanos para melhorar os serviços e sistemas. Os alunos precisam entender como essa ciência pode ser útil para reduzir erros e eventos adversos ao identificar como e por que há falhas nos sistemas e como e por que os seres humanos falham em se comunicar. Uma abordagem que leve em consideração fatores humanos pode contribuir para melhorar a interação homem-sistema ao propor processos e sistemas mais bem projetados. Muitas vezes, isso significa simplificar os processos, padronizar os procedimentos, desenvolver dispositivos de contingência para casos de falha humana, melhorar a comunicação, reestruturar o equipamento e despertar a conscientização quanto às limitações comportamentais, organizacionais e tecnológicas que levam ao erro.

Tópico 3: A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.

Os alunos são apresentados ao conceito de que um sistema de saúde não é uno, mas a soma de muitos sistemas formados por organizações, departamentos, unidades, serviços e práticas. Soma-se a essa complexidade um emaranhado de relações entre pacientes, cuidadores, prestadores de cuidados à saúde, pessoal de apoio, administradores, economistas e membros da comunidade. Há ainda as relações entre os serviços que são propriamente de saúde e os que não são. Este tópico oferece aos alunos uma compreensão básica sobre organizações complexas graças a uma abordagem sistêmica. Lições aprendidas com outras organizações são usadas para mostrar aos alunos os benefícios dessa abordagem.

Ao pensarem em termos de “sistemas”, os alunos conseguem entender melhor por que as falhas ocorrem. Só então passarão a ter um contexto para pensar em “soluções”. Os alunos da área de saúde precisam perceber que, na condição de prestadores de cuidados à saúde, trabalhando em um hospital ou clínica rural, devem dar o melhor de si no tratamento e no cuidado aos pacientes, mas que, sozinhos, eles serão incapazes de fornecer um serviço seguro e de qualidade. Isso porque os pacientes dependem de várias pessoas fazendo a coisa certa na hora certa. Em outras palavras, dependem de um sistema de cuidados.

Tópico 4: Atuar em equipe de forma eficaz

Compreender como trabalhar em equipe envolve mais do que a identificação com o grupo composto de pessoas da sua própria profissão. Exige que os alunos conheçam os benefícios de equipes multidisciplinares e como elas podem ser eficientes na melhora dos cuidados e na redução de erros. Uma equipe eficaz é aquela cujos integrantes, incluindo o paciente, se comunicam entre si, conciliam suas observações, competências e responsabilidades pela tomada de decisão com o objetivo de otimizar o atendimento ao paciente [5]. A comunicação e o fluxo de informações entre os profissionais de saúde e os pacientes podem ser tarefas complicadas, devido à propagação de responsabilidade clínica e profissional entre os diferentes membros da equipe de cuidados em saúde [6,7]. Consequentemente, os pacientes precisam repetir as mesmas informações a diferentes profissionais. Ainda mais grave do que isso, a falta de comunicação também tem sido associada a atrasos nos diagnósticos, nos tratamentos e nas altas, além de falhas no acompanhamento de resultados de exames [8-12].

Os alunos precisam saber como equipes eficazes trabalham e conhecer técnicas para incluir os pacientes e suas famílias na equipe. Há evidências de que equipes multidisciplinares melhoram a qualidade dos serviços e reduzem os custos [15-13]. Foi também provado que um bom trabalho em equipe diminui erros e melhora os cuidados aos pacientes, especificamente àqueles com doenças crônicas [16-18]. Este tópico apresenta o conhecimento básico necessário para atuar em equipe de forma eficaz. No entanto, o conhecimento em si não faz do aluno um bom profissional. Eles precisam entender a cultura de seu local de trabalho e como ela influencia na dinâmica e no funcionamento da equipe.

Tópico 5: Aprender com os erros para evitar danos

Compreender por que profissionais de saúde cometem erros é necessário para entender como sistemas mal elaborados e outros fatores contribuem para falhas no sistema de saúde. Embora os

erros ocorram inexoravelmente, seu impacto no bem-estar dos pacientes e dos funcionários pode ser devastador. Profissionais e estudantes da área de saúde precisam entender como e por que há falhas nos sistemas e por que os erros acontecem, para que possam agir para evitá-los e aprender com eles. A compreensão dos erros também oferece uma base para melhorar e implementar sistemas de informação eficientes [3]. Os alunos aprenderão que numa abordagem sistêmica dos erros procura-se compreender todos os fatores subjacentes envolvidos, sendo significativamente melhor do que a abordagem de pessoas, que procura culpar determinados indivíduos pelos erros individuais. Um artigo seminal de Lucian Leape, publicado em 1994, mostrou uma forma de avaliar erros nos cuidados à saúde centrada na aprendizagem e na correção de erros, e não na culpabilização dos envolvidos [19]. Embora sua mensagem tenha causado um profundo impacto nos profissionais de saúde, muitos ainda permanecem presos à cultura da culpa. É fundamental que os alunos iniciem sua formação entendendo a diferença entre a abordagem pela culpa e a abordagem sistêmica.

Tópico 6: Compreender e gerenciar o risco clínico

O gerenciamento do risco clínico tem como função principal manter seguros os sistemas de saúde. Geralmente envolve uma série de sistemas organizacionais e de processos elaborados para identificar, gerenciar e prevenir resultados adversos. O gerenciamento do risco clínico foca na melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde, identificando as circunstâncias que colocam os pacientes em risco e agindo para prevenir ou controlá-los.

O gerenciamento de riscos envolve todos os níveis da organização, por isso é essencial que os alunos compreendam os objetivos e a pertinência dessas estratégias de gerenciamento em seu local de trabalho. Algumas delas são: administrar reclamações e promover melhorias, compreender os principais tipos de incidentes que levam a eventos adversos, utilizar as informações oriundas de reclamações, relatórios de incidentes, litígios, relatórios de médicos legistas e relatórios para a melhoria da qualidade nos serviços, com o objetivo de controlar riscos [20].

Tópico 7: Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados

Ao longo da última década, a área de saúde adotou vários métodos de melhoria da qualidade usados por outras organizações. Esses métodos fornecem aos profissionais de saúde as ferramentas para: (i) identificar um problema; (ii) avaliar o problema; (iii) levar a cabo uma série de intervenções destinadas a resolver o problema; e (iv) testar se as ações funcionaram. Líderes da área de saúde, como Tom

Nolan, Brent James, Don Berwick e outros, usaram os princípios de melhoria da qualidade para desenvolver métodos voltados para médicos e gestores de saúde. Identificar e analisar cada etapa do processo de assistência à saúde constitui o alicerce dessa metodologia. Quando os alunos avaliam cada uma das etapas, começam a ver como cada parte está conectada às outras e como podem ser avaliadas. A avaliação é fundamental para a melhoria da segurança. Este tópico apresenta os princípios da teoria da melhoria da qualidade e as ferramentas, atividades e técnicas que podem ser incorporadas à prática clínica.

Tópico 8: Envolver pacientes e cuidadores

Os alunos são apresentados ao conceito de que a equipe de cuidados à saúde inclui também os pacientes e/ou seus cuidadores, e que estes desempenham um papel fundamental na garantia de assistência segura ao: (i) ajudar no diagnóstico; (ii) decidir sobre os tratamentos adequados; (iii) escolher um profissional experiente e seguro; (iv) garantir que os tratamentos sejam realizados adequadamente; (v) identificar eventos adversos e adotar medidas cabíveis [21, 22]. O sistema de saúde subutiliza as competências dos pacientes, como o conhecimento de seus sintomas, dores, preferências e sua postura em relação ao risco. Eles são um segundo par de olhos caso algo inesperado aconteça. Eles podem alertar o enfermeiro, o médico, o farmacêutico ou outro profissional de saúde se a medicação que estão prestes a receber não for a que estão acostumados, podendo funcionar como um alerta de que a equipe deve intensificar as checagens.

Pesquisas mostraram que há menos erros e melhores resultados de tratamentos quando a comunicação entre pacientes e seus respectivos prestadores de cuidados é boa, e quando os pacientes são amplamente informados e orientados sobre suas medicações [23-30]. A falta de comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores é motivo frequente de processos legais contra profissionais de saúde [31, 32].

Tópico 9: Prevenção e controle de infecções

Em virtude do problema mundial de prevenção e controle de infecções e dos esforços da OMS para reduzir as infecções associadas aos cuidados à saúde, este foi um tema considerado importante para ser incluído no Guia Curricular - não apenas por questão de coerência, mas também porque esse tipo de infecção corresponde a um percentual significativo de eventos adversos sofridos pelos pacientes, juntamente com cuidados cirúrgicos e medicação. A questão do controle de infecções em ambientes de saúde é indiscutível, uma vez que correspondem a uma das principais causas de morte e de invalidez em todo o mundo. Há inúmeras

diretrizes à disposição de médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais que ajudam a minimizar os riscos de infecção cruzada. Pacientes que passaram por cirurgia ou por outro procedimento invasivo são especialmente propensos a infecções e representam cerca de 40% de todas as infecções associadas à assistência clínica. Este tópico apresenta as principais causas e os tipos de infecção. Tem o objetivo de auxiliar os alunos na identificação de atividades que colocam pacientes em risco e de dar condições para que eles tomem as medidas apropriadas visando evitar a transmissão.

Tópico 10 Segurança do paciente e procedimentos invasivos

Por reconhecer os efeitos nocivos inaceitáveis das cirurgias, a OMS fez uma campanha bem-sucedida para reduzir efeitos adversos delas decorrentes. Uma das principais causas de erros em pacientes, de locais e de procedimentos inadequados é a falta de uma comunicação efetiva (processos e verificações inadequados) entre os profissionais durante os procedimentos pré-operatórios. Alguns exemplos de erros são: (i) paciente errado no centro cirúrgico; (ii) cirurgia realizada no lado ou no local errado do corpo; (iii) execução de procedimento equivocado; (iv) falta de comunicação sobre mudanças no quadro do paciente; (v) desentendimentos em relação à interrupção de procedimentos; e (vi) falha em relatar erros.

Diminuir os erros causados por falhas de identificação requer o desenvolvimento de diretrizes práticas para garantir que o paciente certo receba o tratamento certo [7, 33]. Os alunos devem aprender a importância de se certificar de que todos os pacientes sejam tratados de acordo com políticas e protocolos de local/procedimento/paciente corretos. Esses tópicos devem incluir também os benefícios do uso de *checklists* (listas de verificação) ou protocolos, bem como o conhecimento dos princípios básicos para uma abordagem uniforme do tratamento e dos cuidados aos pacientes.

Um estudo realizado por cirurgiões especialistas em cirurgia de mão constatou que 21% deles (n = 1.050) relataram já terem operado a mão errada pelo menos uma vez em sua vida profissional [34].

Tópico 11: Melhorar a segurança no uso de medicação

A OMS [35] definiu reação adversa como qualquer resposta nociva e não intencional, que pode ocorrer com as doses utilizadas para profilaxia, como também para diagnóstico ou terapia. Os pacientes são vulneráveis a erros cometidos em qualquer uma das diversas etapas do processo de prescrição, distribuição e administração de medicamentos.

Erros de medicação foram destacados em estudos realizados em muitos países. Eles mostram que

cerca de 1% de todas as internações sofre um evento adverso relacionado à administração de medicamentos [36]. As causas dos erros incluem uma variedade de fatores, entre eles: (i) conhecimento insuficiente dos doentes e de seu quadro clínico; (ii) conhecimento inadequado dos medicamentos; (iii) erros de cálculo; (iv) escrita ilegível nas prescrições; (v) confusão com o nome do medicamento; e (vi) levantamento insuficiente do histórico clínico do paciente [37].

Referências

1. Walton MM et al. *Developing a national patient safety education framework for Australia*. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437-442.
2. *The Safety Competencies, First Edition* (revised August 2009). Toronto, Canadian Patient Safety Institute, 2009 (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>; acesso em 11 de março de 2011).
3. Chief Medical Officer. *An organization with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service*. Londres, Department of Health, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin MR, Becher EC. *The wrong patient*. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826-833.
8. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Junior doctors making mistakes*. *Lancet*, 1998, 351:804-805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986-1996*. Londres, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.
10. Anderson ID et al. *Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales*. *British Medical Journal*, 1988, 296:1305-1308.
11. Sakr M et al. *Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial*. *Lancet*, 1999, 354:1321-1326.
12. Guly HR. *Diagnostic errors in an accident and emergency department*. *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263-279.
13. Baldwin D. *Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US*. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173-187.
14. Burl JB et al. *Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506-510.
15. Wagner EH et al. *Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach*. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63-80.
16. Wagner EH. *The role of patient care teams in chronic disease management*. *British Medical Journal*, 2000, 320:569-572.
17. Silver MP, Antonow JA. *Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration*. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332-340.
18. Weeks WB et al. *Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities*. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243-254.
19. Leape LL. *Error in medicine*. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851-1857.
20. Walshe K. *The development of clinical risk management*. Em Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2ª ed. Londres, British Medical Journal Books, 2001:45-61.
21. Vincent C, Coulter A. *Patient safety: what about the patient?* *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76-80.
22. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collectio ns/seven-steps-to-patient-safety/>; acesso em 16 de fevereiro de 2011).
23. Coiera EW, Tombs V. *Communication behaviours in a hospital setting: an observational study*. *British Medical Journal*, 1998, 316:673-676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
25. Lingard L et al. *Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices*. *Academic Medicine*, 2002, 77:232-237.
26. Gosbee J. *Communication among health professionals*. *British Medical Journal*, 1998, 317:316-642.

27. Parker J, Coeiro E. *Improving clinical communication: a view from psychology*. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453-461.
28. Smith AJ, Preston D. *Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital*. *Journal of Management in Medicine*, 1999, 10:31-39.
29. Britten N et al. *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study*. *British Medical Journal*, 2000, 320:484-488.
30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. *Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes*. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520-528.
31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. *A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention*. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258-266.
32. Levinson W et al. *Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:553-559.
33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003.
34. Meinberg EG, Stern PJ. *Incidence of wrong site surgery among hand surgeons*. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003;85: 193-197.
35. World Health Organization. *International drug monitoring-the role of the hospital*. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101-110.
36. Runciman WB et al. *Adverse drug events and medication errors in Australia*. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49-S59.
37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. Londres, Department of Health, 2004.

3. Objetivos do Guia Curricular

A velocidade com que novas tecnologias, assim como os medicamentos, são incorporadas aos tratamentos demonstra de forma clara a constante evolução nos cuidados à saúde. Esse avanço, por sua vez, muda a natureza do trabalho e das tarefas dos diferentes profissionais de saúde. Em alguns países, enfermeiros podem prescrever medicação, e profissionais que não são médicos podem realizar procedimentos menores. Independentemente da riqueza de um país, conceitos e princípios de segurança do paciente devem ser aplicados sem restrição, quaisquer que sejam os profissionais envolvidos, o lugar onde os cuidados são realizados e o tipo de paciente que necessita de atendimento. Alguns países em desenvolvimento carecem de recursos adequados para os cuidados em saúde. Embora alguns países em desenvolvimento careçam de recursos adequados para fornecer os cuidados à saúde e a falta de pessoal torne o ambiente ainda mais suscetível a atendimentos de má qualidade e pouco seguros, isso não significa que os profissionais de saúde não possam oferecer cuidados com mais segurança. Ainda que aumentar o pessoal e os recursos seja uma medida importante, não é a solução para diminuir danos aos pacientes. Este Guia Curricular é relevante para todos os estudantes da área de saúde, não importando os recursos disponíveis em suas instalações. Mas o contexto ambiental em que o aluno será colocado é importante para a sua aprendizagem. Considerar o contexto de trabalho é necessário para dar autenticidade à experiência de aprendizagem para preparar os alunos para o ambiente de trabalho em que serão inseridos.

Os objetivos do Guia Curricular são:

- preparar os alunos da área de saúde para a prática segura no local de trabalho;
- informar as instituições de ensino da área de saúde sobre os tópicos-chave em segurança do paciente;
- intensificar a presença da segurança do paciente como tema a ser abordado ao longo de toda a formação profissional;
- estabelecer um currículo abrangente para auxiliar o ensino e integrar o aprendizado de segurança do paciente;
- continuar a capacitar professores de segurança do paciente;
- promover um ambiente seguro e favorável para ensinar segurança do paciente;
- introduzir ou reforçar o ensino de segurança do paciente em todos os contextos de formação em assistência à saúde no mundo;
- aumentar a visibilidade internacional do ensino e da aprendizagem de segurança do paciente;
- fomentar a colaboração internacional entre pesquisas sobre educação em segurança do paciente no ensino superior.

Princípios básicos

Capacitação é parte essencial da reforma de currículo

A principal razão para a OMS embarcar nesse projeto é contribuir para o desenvolvimento do ensino de segurança do paciente na área de saúde. A necessidade de desenvolver e integrar a segurança do paciente aos currículos das diferentes profissões é um desafio para muitas instituições, principalmente porque o corpo docente tem uma formação limitada nos princípios e conceitos da disciplina. Instituições da área de saúde não podem desenvolver novos currículos ou revisar os já existentes se não estiverem familiarizadas com as exigências dessa matéria.

Educadores da área de saúde possuem trajetórias diversas. São médicos, médicos-educadores, educadores que não são médicos, gestores, profissionais de saúde. Essa experiência coletiva é necessária para que seja desenvolvido um programa rigoroso para formar qualquer profissão específica. Muitos são especialistas nas disciplinas que ministram e geralmente se mantêm atualizados pelas vias tradicionais. O conhecimento em segurança do paciente requer aprendizagem adicional que extrapola as rotas tradicionais. Para ser um professor bem-sucedido em segurança do paciente, os

profissionais de saúde precisam estar munidos de conhecimento, ferramentas e habilidades necessárias para o ensino em suas instituições. É por essa razão que foi elaborado o Guia do Professor (Parte A), juntamente com o Guia Curricular. Ele oferece conselhos práticos e informações para cada etapa do desenvolvimento e da revisão do currículo: da avaliação das capacidades ao desenvolvimento de pessoal, passando pelo planejamento e pela implementação do programa.

Um currículo flexível para atender às necessidades individuais

Reconhecemos que o currículo da maioria dos programas de formação da área de saúde já está saturado. Por essa razão, elaboramos cada tópico como uma unidade independente, permitindo, assim, diversas alternativas para a implementação do ensino de segurança do paciente. Os tópicos também foram desenvolvidos de maneira a integrar os currículos existentes, em especial no tocante à relação médico-paciente. Cada tópico do Guia Curricular tem conteúdo suficiente para uma sessão pedagógica de 60 a 90 minutos, e todos apresentam uma variedade de ideias e métodos de ensino e avaliação para que os educadores possam adaptar o material às suas necessidades específicas, aos contextos e aos recursos de que dispõem. Não há nenhuma exigência para seguir à risca o formato apresentado. Os professores precisam estar atentos ao ambiente, à cultura e às experiências de aprendizagem locais, e adotar o método de ensino mais apropriado para o conteúdo selecionado.

Linguagem de fácil compreensão para um público-alvo mundial

O Guia do Professor (Parte A) foi escrito para educadores, ou seja, aqueles capazes de apresentar ou reforçar a educação em segurança do paciente em diversos níveis. Já o Guia Curricular (Parte B: Tópicos) foi escrito para professores e alunos. Foi pensado para um público mundial, em linguagem de fácil compreensão para quem usa o inglês como primeira ou segunda língua.

Um Guia Curricular para todos os países, culturas e contextos

Foram feitos esforços para garantir que o conteúdo deste currículo leve em consideração a grande variedade de contextos em que estudantes e educadores da área de saúde ensinam e aprendem. Um grupo de especialistas, representando todas as regiões onde a OMS está presente, avaliou o documento para garantir sua adequação cultural. Embora algumas das atividades de ensino e sugestões aos alunos não estejam culturalmente ajustadas a todos os países, estamos conscientes de que temos que alterar muitos aspectos dos cuidados clínicos ao redor do mundo. Muitas condutas profissionais,

antes consideradas apropriadas, não são mais aceitáveis atualmente do ponto de vista da segurança do paciente. Por exemplo, profissionais como enfermeiros, farmacêuticos e médicos iniciantes, agora são encorajados a se manifestar quando veem um profissional mais experiente, como um médico, por exemplo, estiver prestes a cometer um erro; isso é universal e se aplica a todas as culturas em graus variados. Princípios de segurança do paciente exigem que todos sejam responsáveis pela segurança do paciente e se manifestem, mesmo se estiverem ocupando posições inferiores na hierarquia da clínica ou do hospital. Os professores precisarão avaliar o ambiente de assistência e verificar se está pronto e preparado para alguns dos desafios que enfrentarão com a introdução da segurança do paciente.

Estratégias de ensino e de avaliação foram projetadas levando em conta a diversidade dos recursos disponíveis e as diferenças de ambiente, por exemplo, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, ou entre uma sala de aula e um centro de simulação.

Um guia curricular que se baseia na aprendizagem em ambiente seguro e acolhedor

Estamos cientes de que os alunos respondem melhor quando o ambiente de aprendizagem é, ao mesmo tempo, seguro, acolhedor, desafiador e envolvente. A segurança do paciente pode ser aprendida em muitos lugares - à beira do leito ou da maca, nas clínicas e na comunidade, na farmácia, em ambientes simulados e na sala de aula. É essencial que os alunos se sintam motivados durante a aprendizagem e não humilhados ou incapazes. As atividades do Guia Curricular são projetadas para serem implementadas em um ambiente de aprendizagem acolhedor, onde os alunos se sintam confortáveis para tirar dúvidas, perguntar o que não entenderam e compartilhar o que compreenderam de forma honesta e aberta.

4. Estrutura do Guia Curricular

Guia do Professor (Parte A)

Esta parte contempla a capacitação para o ensino de segurança do paciente, bem como para o planejamento e a concepção de um programa. São sugeridas diferentes maneiras de abordar e implementar a instrução em segurança do paciente fazendo uso do material na Parte B. Na Parte A, objetivamos guiar o leitor por etapas importantes, que foram elaboradas para dar-lhe suporte e levá-lo ao êxito na implementação do currículo.

Tópicos do Guia Curricular (Parte B)

Os tópicos compõem o currículo de formação em segurança do paciente propriamente dito.

5. Implementação do Guia Curricular

Como usar este Guia Curricular

Este Guia fornece os recursos para ensinar segurança do paciente aos estudantes da área da saúde. Ele aponta os tópicos a serem ensinados, como ensiná-los e como se pode avaliá-los nos currículos.

Relatos de pacientes e estudos de caso estão disponíveis no início e no final de cada tópico. Esses casos podem ser usados para demonstrar um aspecto específico do tópico em discussão. Reconhecemos que a aprendizagem é mais efetiva quando o estudo de caso reflete experiências locais e, por isso, incentivamos os professores a modificar os casos de modo que eles reflitam as experiências dos profissionais de saúde e os recursos do local.

Este Guia destina-se a todos os estudantes das carreiras da saúde e, portanto, os professores de áreas específicas deverão incluir a literatura pertinente à área, sempre que possível, a fim de reforçar a aprendizagem do aluno.

A Parte A do Guia visa auxiliar professores a se familiarizarem com os princípios e os conceitos de segurança do paciente, de modo que comecem a integrar a aprendizagem da segurança do paciente a todas as atividades educacionais. A capacitação do corpo docente exige tempo e compromisso. A Figura A.5.1 descreve as principais etapas desse processo.

Figura A.5.1 Integrar formação em segurança do paciente aos currículos das profissões de saúde



Fonte: cedido pelo Professor Merylyn Walton, Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Austrália, 2010.

Como retificar seu currículo para incluir a aprendizagem de segurança do paciente

Identifique os resultados da aprendizagem

Para iniciar o processo de desenvolvimento ou atualização curricular, é importante identificar primeiro os resultados da aprendizagem de segurança do paciente. A Parte B contém os tópicos escolhidos para este Guia Curricular, incluindo os resultados da aprendizagem; estes, por sua vez, serão mais bem discutidos nesta seção (Parte A).

Saiba o que já está no currículo

O termo “currículo” se refere à ampla gama de práticas de ensino e aprendizagem, que incluem estratégias para o desenvolvimento de técnicas e comportamentos, bem como a utilização de métodos de avaliação adequados para testar os resultados de aprendizagem alcançados. Os alunos são guiados em sua aprendizagem por um currículo que define os conhecimentos, as técnicas e os comportamentos necessários para demonstrar competência na área profissional escolhida.

Antes que o novo material seja incluído no currículo, é importante conhecer o conteúdo do que já existe e as experiências dos alunos nos hospitais e/ou diferentes ambientes de trabalho. Pode ser que os alunos já venham tendo experiências educacionais de segurança do paciente não registradas em hospitais e clínicas. Pode ser ainda que o currículo já englobe alguns aspectos do programa de segurança do paciente, tais como a importância dos protocolos de higiene das mãos para evitar risco de infecções ou a verificação de sistemas

para garantir a identificação correta dos pacientes. Faz-se necessário conhecer o material já existente para detectar oportunidades de aprimoramento do ensino de segurança do paciente.

O currículo de segurança do paciente é descrito na Parte B deste documento. Identificamos tópicos, recursos, estratégias de ensino e métodos de avaliação que poderão facilitar a introdução e a integração do currículo de segurança do paciente.

Criar a partir do que já está no currículo

Uma boa maneira de abordar o ensino de segurança do paciente é aprimorar as partes existentes de um currículo, em vez de considerar o tema como um assunto novo. Há elementos de segurança do paciente verdadeiramente novos e que deverão ser acrescentados ao currículo existente, mas já há muitos aspectos da disciplina que podem ser simplesmente adicionados ou aprofundados a partir de um assunto ou tópico já existente.

Descobrimos que mapear os tópicos ou as áreas no currículo existente ajuda a identificar as oportunidades para incluir os princípios e conceitos de segurança do paciente. Desenvolvimento de competências, desenvolvimento pessoal e profissional, regulamentação da saúde, ética e comunicação são áreas que podem incluir princípios e conceitos de segurança do paciente. A Tabela A.5.1 mostra um modelo desenvolvido pela University of Sydney Medical School (Austrália) que serve para avaliar onde a aprendizagem de segurança do paciente pode ser inserida no currículo de graduação do médico e oferecê-la como um exemplo que pode ser seguido.

Tabela A.5.1. Exercício de mapeamento: identificação do conteúdo de segurança do paciente no programa de formação médica existente

Sessão / área do currículo	Ano	Onde está o conteúdo de segurança do paciente?	Aprendizagem potencial de segurança do paciente	Como a segurança do paciente está sendo ensinada?	Como a segurança do paciente está sendo avaliada?	Comentários
Ética	1	Respeito pela autonomia do paciente	Honestidade após um evento adverso	Aula expositiva	Dissertação sobre ética, questões de múltipla escolha (MCQ), exame clínico objetivo estruturado por estações (OSCE)	Muitos princípios de segurança têm uma base ética que pode ser usada para explicitar que se trata de uma aula de segurança do paciente

Mapear seu currículo também ajudará a identificar as oportunidades para incorporar os conceitos de segurança do paciente de forma integrada.

Como avaliar a capacidade do corpo docente para integrar o ensino de segurança do paciente ao currículo já existente

Um dos maiores desafios enfrentados por todas as profissões de saúde é a crescente escassez de professores no local de trabalho. Raros são os que sabem como integrar os princípios e conceitos de segurança do paciente ao ensino estruturado de uma nova área e muitos não estão familiarizados com o conteúdo. Muitos profissionais de saúde, de modo intuitivo, adotam métodos de segurança do paciente em sua prática cotidiana, mas podem não saber explicitar o que fazem. Isso acontece porque eles geralmente consideram quaisquer discussões sobre “sistemas” como de responsabilidade exclusiva de administradores e gestores. Outros podem pensar que o ensino de segurança do paciente não seja importante ou relevante para sua área de atuação, mas a verdade é que ela diz respeito a todos. Hoje, a maioria dos profissionais de saúde já está ciente da necessidade de segurança do paciente. No entanto, como se trata de um assunto novo nos currículos, o seu primeiro desafio será mobilizar profissionais de saúde. Capacitar o corpo docente pode levar tempo, mas há uma série de etapas que podem ser realizadas para envolver os profissionais no ensino de segurança do paciente.

Pesquisa de opinião

Uma forma de descobrir quem está interessado em ensinar segurança do paciente é realizar uma pesquisa de opinião com os professores. Em algumas instituições, pode haver centenas de professores, em outras, nem tantos. Identifique os que estão em melhor posição para assimilar o ensino de segurança do paciente e garanta que eles sejam incluídos na pesquisa. Esse exercício de mapeamento ajudará a identificar os professores em atividade que estão em condições de incluir conceitos de segurança do paciente. A pesquisa pode incluir questões relacionadas ao interesse ou ao conhecimento de segurança do paciente e à prática de seus métodos. Esse processo também pode levar a identificar pessoas interessadas em formar um grupo ou uma comissão para supervisionar o desenvolvimento do currículo de segurança do paciente dentro de sua profissão específica.

Grupo focal

Organize um grupo de análise composto por profissionais de saúde de uma área específica para descobrir qual é o atual nível de conhecimento em segurança do paciente. Essa análise fornecerá informações sobre a conduta deles com relação à aprendizagem de segurança do paciente.

Reuniões presenciais

Reuniões individuais com professores e profissionais competentes ajudarão a transmitir uma mensagem clara sobre a educação em segurança

do paciente. Elas são o ambiente propício para explicar as bases e a urgência do tema, bem como estabelecer uma futura relação de trabalho.

Convocar uma mesa-redonda

Convide um grupo seletivo de profissionais de saúde, pessoas que você considere interessadas e que possam servir de modelo para participar de uma mesa-redonda sobre educação em segurança do paciente com os estudantes. (O benefício do formato de mesa redonda é que não há necessidade de se ter um perito ou especialista em segurança do paciente. Assim, o grupo pode discutir e resolver os problemas juntos e de forma acadêmica).

Realize um seminário sobre segurança do paciente

Seminários são ambientes naturais para a construção de novos conhecimentos. São úteis para apresentar a área a profissionais que não têm conhecimento sobre ela, e também aos especialistas e profissionais respeitados que já estão bem-informados sobre segurança do paciente. Os seminários podem durar metade do dia ou um dia inteiro. Os tópicos podem incluir: (i) o que é segurança do paciente?; (ii) as provas da importância da segurança do paciente; (iii) como desenvolver um currículo para segurança do paciente; (iv) como ensinar segurança do paciente; e (v) como avaliar a segurança do paciente. É importante ter sempre em mente o objetivo do programa: capacitar professores e profissionais para ensinar segurança do paciente aos alunos.

Como identificar os colegas ou parceiros que compartilham a mesma opinião

Se as atividades listadas forem realizadas, elas ajudarão a identificar pessoas com opiniões similares e interessadas no ensino de segurança do paciente. Outra forma de identificar essas pessoas é convocar uma reunião e enviar um convite aberto ao corpo docente. Certifique-se de marcar a reunião para uma hora que seja conveniente para o maior número possível de pessoas, a fim de atrair o maior público possível (por exemplo, alguns profissionais cuidam de pacientes durante o dia, por isso, ainda que queiram, não poderão comparecer por causa de demandas de trabalho). Outra maneira é publicar um artigo no jornal da faculdade ou universidade. Mesmo que algumas pessoas não estejam interessadas em se envolver na causa, o artigo vai aumentar a consciência sobre a necessidade de se incluir o ensino de segurança do paciente no currículo.

A pessoa responsável por executar o programa de segurança do paciente deve recrutar profissionais de saúde interessados e instruídos, que já tenham se prontificado, ou que tenham sido designados ou escolhidos em decorrência de reuniões anteriores sobre o tema. Outra boa ideia pode ser verificar a disponibilidade de especialistas de outras facul-

dades e disciplinas, tais como engenharia (fatores humanos), psicologia (teorias comportamentais, procedimentais e de aprimoramento), farmácia (segurança no uso da medicação) e enfermagem e medicina (controle de infecções).

Técnicas para incorporar a aprendizagem de segurança do paciente ao currículo

Brainstorming é uma técnica que incentiva todos a sugerirem ideias para resolver um problema. O problema aqui é: como incorporar a melhor aprendizagem de segurança do paciente ao currículo. Cada faculdade da área de saúde é diferente, com recursos, capacidades e interesses variados em segurança do paciente. Em alguns países, a segurança do paciente ainda não é uma preocupação da comunidade ou do governo. Por isso, sua inclusão no currículo pode parecer que ela não é uma prioridade urgente.

Os *Workshops* introdutórios sobre esta edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente constituem uma oportunidade para os membros do corpo docente se familiarizarem com os principais tópicos do tema. Também é uma boa ocasião para expressar ressalvas, fazer perguntas e esclarecer quaisquer eventuais preocupações sobre o programa.

A aprendizagem multidisciplinar é a melhor maneira de abordar o tema. O corpo docente deve ser incentivado a refletir sobre a viabilidade de se combinar algumas aulas de segurança do paciente com outras áreas de saúde. Este Guia

Curricular foi elaborado para todos os alunos da área de saúde. A maioria das disciplinas e das profissões da área de saúde tem muito a contribuir, em especial para o ensino de alguns desses tópicos. Engenheiros podem dar aulas sobre fatores humanos e culturas de segurança. Psicólogos e cientistas comportamentais, as faculdades de enfermagem, de medicina e de farmácia podem ensinar como suas disciplinas aprimoraram a segurança. A ênfase na diversidade aumenta as chances de alunos aprenderem com outras disciplinas. Isso é especialmente importante para uma abordagem de equipe.

Chegar a um acordo

Como em todas as discussões sobre conteúdo curricular, haverá pontos de vista divergentes sobre o que deve ser incluído e o que deve ser excluído. O importante é iniciar essa discussão e, a partir daí, ir construindo o processo de decisão acerca do conteúdo curricular. Isso significa que um meio termo pode ser melhor a solução a longo prazo - começar algo concreto em vez de ficar debatendo questões por tempo demais. Outra técnica é incluir novos tópicos usando um piloto, o que é útil para identificar problemas, podendo ser usado como um guia para futuros tópicos. Essa técnica também permite que os membros do corpo docente que tenham ressalvas acerca do valor da aprendizagem de segurança do paciente possam se acostumar à ideia.

A próxima seção traz mais detalhes sobre o desenvolvimento e a integração do Guia Curricular aos currículos existentes.

6. Como integrar o aprendizado sobre segurança do paciente ao seu currículo

Observações gerais

A segurança do paciente é uma disciplina relativamente nova, e é sempre um desafio introduzir qualquer novo conteúdo em um currículo. O que deve ser ensinado? Quem deve ensinar? Onde e como esse conteúdo vai se encaixar no restante do currículo? O que ele vai substituir?

Se a sua instituição está em processo de atualização do currículo ou se você é professor em um estabelecimento novo, pode ser um ótimo momento para pleitear um espaço para o ensino de segurança do paciente. No entanto, a maioria dos currículos das escolas de formação de profissionais de saúde já está bem-definido e completo. É raro encontrar um período livre para uma nova área de estudo.

Esta seção oferece sugestões de como integrar o ensino e a aprendizagem de segurança do paciente a um currículo já existente. Apresentamos a seguir

os benefícios e os desafios de diferentes abordagens a fim de ajudar a definir a melhor alternativa para sua escola e a antecipar e planejar o que for necessário.

O ensino-aprendizagem da segurança do paciente:

- é um tema novo;
- abrange diversos campos que não são tradicionalmente ensinados aos estudantes da área de saúde, como fatores humanos, pensamento sistêmico, trabalho em equipe de forma eficaz e gestão de erros;
- relaciona-se a muitos assuntos atuais e tradicionais (ciências aplicadas e ciências da saúde) (ver Quadro A.6.1 para alguns exemplos);
- contém novos conhecimentos e elementos de desempenho (ver Quadro A.6.2 para alguns exemplos);
- é altamente contextualizado.

Quadro A.6.1 Vinculando o ensino-aprendizagem de segurança do paciente a disciplinas tradicionais dos cursos de medicina e enfermagem

Um exemplo de como um tópico de segurança do paciente – neste caso, a identificação correta do paciente – pode ser aplicado em várias disciplinas médicas.

Disciplina	Exemplo de segurança do paciente
Obstetrícia	Como os recém-nascidos são identificados pelo nome da mãe de modo a evitar que sejam trocados por engano e acabem saindo do hospital com a família errada?
Cirurgia	Se um paciente precisa de uma transfusão de sangue, que procedimentos de verificação são feitos para garantir que ele receba o tipo sanguíneo correto?
Ética	Como os pacientes são incentivados a se manifestar nos casos em que não entendem por que um médico está realizando um procedimento inesperado?

Quadro A.6.2. Vinculando o ensino-aprendizagem de segurança do paciente a novos conhecimentos a elementos de desempenho

As competências de segurança do paciente desenvolvidas em determinado tópico podem ser divididas em requisitos de conhecimento e de desempenho. Preferencialmente, a aprendizagem se dá nos dois campos, como no caso a seguir.

Área	Exemplo de segurança do paciente
Conhecimentos gerais	Entender que confusão na identificação dos pacientes pode acontecer e, de fato, acontece, sobretudo quando há uma equipe responsável pelos cuidados. Aprender situações que aumentam a probabilidade de um paciente ser confundido: quando há dois pacientes na mesma condição; quando os pacientes não conseguem se comunicar; quando a equipe é interrompida no meio da tarefa.
Conhecimento aplicado	Compreender a importância da identificação correta do paciente na coleta de sangue para testes de compatibilidade. Compreender como podem ocorrer erros durante esta etapa e aprender estratégias para evitá-los.
Desempenho	Demonstrar como identificar corretamente um paciente, perguntando o nome dele com uma pergunta aberta e clara: "Qual é o seu nome?", em vez de "Você é o João da Silva?"

A área de segurança do paciente é muito ampla. Por conta dessa abrangência, e da necessidade de se contextualizarem os princípios de segurança do paciente, é possível que haja muitas oportunidades para incorporar o ensino eficiente de segurança do paciente às sessões que já existem. No entanto, algumas áreas de segurança do paciente são relativamente novas nas carreiras de saúde e podem ser de integração mais difícil. Portanto, é provável que precisem de um horário específico na grade curricular. Pode ser o caso do Tópico 2: Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente? Uma abordagem possível para esse tópico seria separar um horário para ele e convidar um especialista da faculdade de engenharia ou de psicologia para dar uma palestra seguida de uma atividade com um pequeno grupo.

Como fazer a melhor adaptação usando estruturas curriculares genéricas

Depois de analisar o currículo existente, determinar que pontos de segurança do paciente já são ensinados e decidir quais temas você quer incluir, é hora de pensar em como incorporar o novo conteúdo ao currículo.

Em relação ao seu currículo, considere as seguintes questões:

- Como seu currículo geral está estruturado?
- Em que momento da formação e em que parte do currículo estão os assuntos e tópicos especiais que poderão incluir o conteúdo de segurança do paciente?
- Como estão estruturados os tópicos individuais no que se refere a objetivos pedagógicos, métodos de ensino e de avaliação de desempenho dos alunos?

- Como seu currículo é aplicado?
- Quem é responsável pelo ensino?

Uma vez respondidas essas perguntas, ficará mais claro em que partes do seu currículo a segurança do paciente poderá ser incluída e de que forma.

Como está estruturado seu currículo geral?

- É um currículo tradicional, aplicado por meio de aulas expositivas para grandes grupos de alunos? Primeiramente, os alunos aprendem as ciências básicas e comportamentais para depois se concentrarem em áreas específicas necessárias à prática da profissão. A formação tende a ser mais por disciplina específica do que por uma abordagem integrada.

Nesse contexto, seria mais conveniente introduzir a aplicação e os elementos específicos de desempenho de segurança do paciente nos últimos anos do curso. Entretanto, conhecimentos gerais sobre os princípios de segurança do paciente podem ser abordados ainda nos primeiros anos.

- É um currículo integrado? Ciências básicas, comportamentais e clínicas, e habilidades são apresentados em paralelo ao longo de todo o curso, e o processo de ensino-aprendizagem ocorre de maneira integrada.

Nesse contexto, é interessante uma integração vertical entre conhecimento, aplicação e elementos de desempenho do ensino-aprendizagem de segurança do paciente durante todo o curso.

Requisitos de conhecimento e de desempenho em matéria de segurança do paciente

- Preferencialmente, a aprendizagem do aluno acontece no local de trabalho; a relevância do

tema fica mais perceptível quando os alunos compreendem de que forma os cuidados são realizados e à medida que se familiarizam com o ambiente de trabalho.

- Os alunos ficarão mais propensos a mudar suas práticas se tiverem a oportunidade de usar o que aprenderam logo depois das aulas.

Quando se ensina um tópico de segurança do paciente, é melhor abordar os requisitos de conhecimento e desempenho ao mesmo tempo. Uma compreensão clara do escopo de um problema em segurança do paciente dará motivação e discernimento para a aprendizagem dos requisitos de desempenho.

Dessa forma, é improvável que os alunos se sintam desestimulados pelos riscos enfrentados pelos pacientes do sistema de saúde que passarão a integrar. Se procurarem soluções (aplicações) e aprenderem estratégias práticas (elementos de desempenho) para se tornarem prestadores de assistência clínica que agem de maneira mais segura, eles serão profissionais mais otimistas. Por razões logísticas, talvez não seja possível abordar ao mesmo tempo os requisitos de conhecimento e de desempenho de um tópico sobre segurança do paciente.

Se o seu currículo for tradicional, é preferível ensinar esses requisitos de forma detalhada nos anos finais, quando os alunos têm mais conhecimento da prática e mais experiência de contato profissional com os pacientes, além de mais desenvoltura no local de trabalho. O contexto para ensinar requisitos de desempenho e de conhecimento deve levar em conta a capacidade dos alunos de pôr em prática esses novos conhecimentos. Noções iniciais de segurança do paciente ainda podem ser incluídas nos primeiros anos, em disciplinas como

saúde pública, epidemiologia, ética ou outras matérias de ciências comportamentais. Tópicos que podem ser introduzidos nesses primeiros anos: (i) o que é segurança do paciente?; e (ii) sistemas e complexidade dos cuidados em saúde. Se seu currículo for integrado e os alunos aprenderem habilidades clínicas desde o primeiro ano, tópicos de segurança do paciente serão mais bem introduzidos e integrados verticalmente ao longo de todo o curso. Essa abordagem faz da segurança do paciente um tema constante e oferece oportunidades para reforçar e consolidar a aprendizagem anterior. De preferência, os alunos devem ser expostos ao ensino de segurança do paciente antes e imediatamente depois de sua iniciação no local de trabalho.

Em que momento da formação e em que parte do currículo estão os assuntos e tópicos especiais que poderão incluir o conteúdo de segurança do paciente?

Qualquer área de aprendizagem relevante para uma determinada profissão pode abrigar um tópico de segurança do paciente por meio da inclusão de um estudo de caso pertinente a essa disciplina. Por exemplo, um caso sobre um erro de medicação em uma criança pode ser usado como ponto de partida para ensinar enfermeiros a entender e aprender com os erros durante a aprendizagem de pediatria. De modo similar, ao estudar a manipulação de pacientes após cirurgias de próteses de quadril ou joelho, um estudante de fisioterapia pode aprender o conteúdo do tópico “Segurança do paciente e procedimentos invasivos”. Muitas áreas podem abordar o tópico “Aprender com os erros para evitar danos.”, se os estudos de caso forem relevantes para a disciplina em questão. A aprendizagem, no entanto, é genérica e importante para todas as disciplinas e todos os alunos. O Quadro A.6.3 sugere como integrar tópicos de segurança do paciente às disciplinas.

Quadro A.6.3. Integração de tópicos de segurança do paciente

Tópicos de segurança do paciente	Disciplinas que podem abrigar os tópicos
Diminuir infecção por meio de melhorias no controle dessas enfermidades	Microbiologia Capacitação em habilidades procedimentais Doenças infecciosas Prática clínica
Melhorar a segurança no uso de medicação	Farmacologia Terapêutica
Atuar em equipe de forma eficaz	Programas de orientação Capacitação em competências de comunicação (interprofissional) Capacitação em desastres emergenciais
O que é segurança do paciente?	Ética Introdução ao ambiente clínico Capacitação em habilidades clínicas e procedimentais

Como estão estruturados os tópicos do currículo nas seguintes áreas?

- objetivos pedagógicos;
- métodos de ensino;
- métodos de avaliação.

A implementação do novo conteúdo de segurança do paciente em seu currículo será mais eficiente se os objetivos pedagógicos e os métodos de ensino e de avaliação estiverem alinhados com a estrutura dos objetivos e métodos de ensino e de avaliação das disciplinas existentes.

Como seu currículo é aplicado?

- aulas expositivas
- estágios, atividades à beira de leitos, atividades on-line, em farmácias, em salas de parto;
- ensino tutorial em pequenos grupos;
- aprendizagem baseada em problemas (PBL);

- laboratórios de simulação/habilidades;
- tutoriais tradicionais.

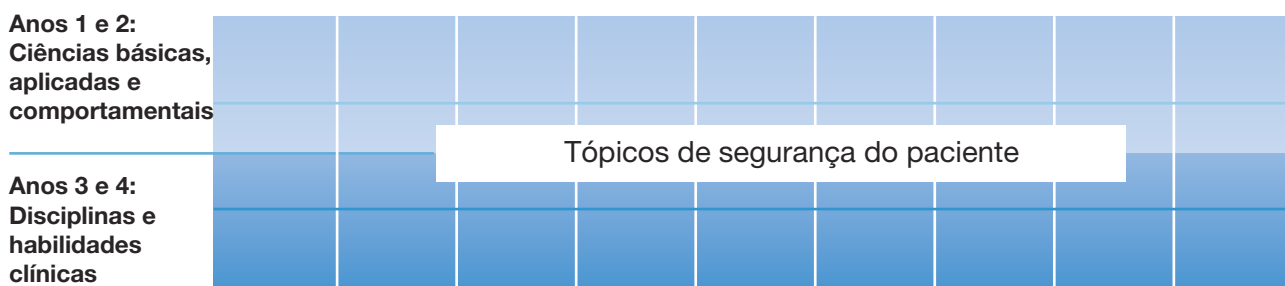
Provavelmente será mais fácil incorporar os tópicos a métodos de ensino já existentes, com os quais os alunos e as equipes já estejam familiarizados.

Exemplos de modelos para a implementação

Exemplo 1: Segurança do paciente como uma disciplina autônoma ensinada nos anos finais de um currículo tradicional. Ver Gráfico A.6.1.

- os métodos pedagógicos podem consistir em uma combinação de palestras, discussões em pequenos grupos, projetos de trabalho, oficinas práticas ou exercícios baseados em simulação;
- incluir segurança do paciente aos conhecimentos exigidos para ingressar no mercado de trabalho.

Gráfico A.6.1. Segurança do paciente como uma disciplina autônoma ensinada nos anos finais de um currículo tradicional



Exemplo 2: Segurança do paciente como uma disciplina autônoma em um currículo integrado. Ver Gráfico A.6.2.

disciplinas, por exemplo, por meio de palestras no início do semestre que fazem referência a tópicos que aparecerão em aulas expositivas ou práticas ao longo do ano.

A segurança do paciente pode ser uma disciplina autônoma, ligada a outras

Gráfico A.6.2. Segurança do paciente como uma disciplina autônoma em um currículo integrado

Ano 1	Tópico 1: O que é segurança do paciente?	PBL / outras formas de ensino
Ano 2	Tópicos 2, 3 e 5: Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?; A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente; Aprender com os erros para evitar danos.	Oficinas de habilidades clínicas e práticas clínicas
Ano 3	Tópicos 4, 7, 9 e 10: Atuar em equipe de forma eficaz; Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados; Prevenção e controle de infecções; Segurança do paciente e procedimentos invasivos.	
Ano 4	Tópicos 6, 8 e 11: Compreender e gerenciar o risco clínico; Envolver pacientes e cuidadores; Melhorar a segurança no uso de medicação.	

Exemplo 3: Integração da segurança do paciente nas disciplinas pré-existentes-exemplo A. Ver Gráfico A.6.3.

Várias disciplinas podem destacar algumas regiões em que o principal objetivo do tutorial ou da aula expositiva é a cobertura de um tópico de segurança do paciente.

No quarto ano, pode haver uma aula expositiva sobre uso seguro de medicação dentro da disciplina de terapêutica, um *workshop* sobre administração segura de medicamentos e um PBL ou pequeno grupo de aprendizagem para discutir um caso de erro de medicação que ilustre a natureza multifatorial do erro.

Gráfico A.6.3. Implementação de segurança do paciente como disciplina autônoma dentro de disciplinas pré-existentes (A)

Ano 1	PBL					Caso de Segurança do Paciente						
	Habilidades Clínicas		Atividade de Segurança do Paciente									
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente										
Ano 2	PBL					Caso de Segurança do Paciente						
	Habilidades Clínicas		Atividade de Segurança do Paciente									
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente										
Ano 3	PBL					Caso de Segurança do Paciente						
	Habilidades Clínicas		Atividade de Segurança do Paciente									
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente										
Ano 4	PBL					Caso de Segurança do Paciente						
	Habilidades Clínicas		Atividade de Segurança do Paciente									
	Aula Expositiva	Segurança do Paciente										

Exemplo 4: Integração da segurança do paciente a disciplinas pré-existentes-exemplo B. Ver Gráfico A.6.4.

Trabalhe juntamente com os especialistas das disciplinas para incorporar elementos de segurança do paciente às sessões pedagógicas. Mesmo que o principal foco da sessão não seja um tópico de segurança do paciente, elementos da disciplina podem ser abordados. Para que isso aconteça, componentes de segurança do paciente devem

estar entre os objetivos dessas sessões. Veja o Quadro A.6.4 para obter exemplos.

Quanto mais tópicos de segurança forem integrados ao currículo vigente, mais fácil será incorporar os requisitos de desempenho de maneira significativa e contextualizar os conceitos de segurança do paciente.

Gráfico A.6.4. Implementação de segurança do paciente como uma disciplina autônoma nas disciplinas pré-existentes (B)

Ano 1	PBL		Estudo de caso de segurança do paciente		Estudo de caso de segurança do paciente		
	Habilidades Clínicas	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente					
Ano 2	PBL			Estudo de caso de segurança do paciente			Estudo de caso de segurança do paciente
	Habilidades Clínicas	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente					
Ano 3	PBL	Estudo de caso de segurança do paciente					
	Habilidades Clínicas	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente					
Ano 4	PBL		Estudo de caso de segurança do paciente			Estudo de caso de segurança do paciente	
	Habilidades Clínicas	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente	Atividade relacionada à segurança do paciente
	Aula Expositiva	Tópico de Segurança do Paciente					

Quadro A.6.4. Exemplos de como os tópicos de segurança do paciente podem ser abordados em sessões existentes

Sessão existente	Componente de ensino-aprendizagem de segurança do paciente
Tutorial de habilidades clínicas à beira do leito do paciente/cadeira de procedimento ou no consultório	No início da sessão, os tutores explicam e pedem consentimento dos pacientes para que participem do processo educacional. Os tutores dão o exemplo, respeitando a vontade dos pacientes. Os pacientes sempre são considerados parte da equipe. Os tutores convidam pacientes a participar da discussão do caso, já que possuem informações importantes para seus cuidados.
Sessão de habilidades em procedimentos para inserir acesso intravenoso	Técnicas de esterilização e descarte de objetos cortantes. Envolver o paciente na discussão sobre risco de infecção. Consentimento da prática.
Aula sobre transfusão de sangue	Os riscos para o paciente e as maneiras de minimizá-los fazem parte da aula. Protocolos de verificação para assegurar atendimento ao paciente correto. Procedimentos de consentimento também são abordados.
PBL sobre embolia pulmonar em que o caso índice seja iniciado com um anticoagulante oral	Os alunos são incentivados a discutir a importância de informar corretamente ao paciente quando prescreverem uma medicação potencialmente perigosa.

Nota de advertência

Quanto maior a integração da segurança do paciente ao currículo existente, maior sua dispersão e consequente dependência de um número maior de professores, o que torna mais difícil a coordenação de um ensino eficiente. Você precisará encontrar o equilíbrio entre a integração do novo material e a capacidade de coordenar o ensino. Uma boa ideia é manter um registro detalhado de qual elemento de segurança do paciente está integrado ao currículo, como ele está sendo ensinado e como se dá sua avaliação de desempenho. Do ponto de vista da formação, a integração da segurança do paciente é a solução ideal; no entanto, esse objetivo precisa estar em equilíbrio com os aspectos práticos da implementação.

Quando uma universidade ou um órgão de acreditação questiona onde e como a segurança do paciente está sendo ensinada aos alunos, a respectiva instituição precisa ter informações suficientemente detalhadas para permitir que um observador participe de uma sessão e veja como ocorre o ensino de segurança do paciente na prática. Uma combinação das abordagens acima pode ser mais apropriada para a sua situação.

Assim que você tiver um plano global sobre onde e como deseja incorporar a segurança do paciente ao seu currículo, será mais fácil integrá-la de maneira compartimentada, tópico por tópico, ao longo do tempo, em vez de tentar incluir o plano todo de uma só vez. Dessa forma, você pode aprender à medida que avança e começar a alcançar pequenos objetivos rapidamente.

Sugestões para incluir a aprendizagem de segurança do paciente em sessões de aprendizagem baseada em problemas.

Alguns programas de cuidados em saúde usam o PBL como método preferido de ensino. A Universidade de McMaster, no Canadá, foi pioneira no uso desse método, que exige que os alunos trabalhem

um tópico específico de forma colaborativa; as tarefas são distribuídas e os alunos resolvem problemas juntos, refletindo sobre o esforço conjunto. As sugestões a seguir mostram como os tópicos de segurança do paciente podem ser trabalhados por meio de estudos de caso do tipo PBL.

- Inclua informações que estejam relacionadas a um problema de segurança do paciente. Para isso, insira dados sobre as realidades do sistema de saúde, o que permitirá explorar questões relativas à segurança do paciente.
- Adapte o caso para o seu ambiente de assistência à saúde.
- O caso pode incluir *near miss* ou um evento adverso.
- O caso pode ilustrar uma ameaça à segurança do paciente e assim ajudar os alunos a reconhecer onde se localizam os perigos do sistema.

Um caso pode incluir enfermeiro, farmacêutico, obstetrix, dentista ou médico. Pode mostrar ainda um profissional sendo assertivo (ousando se manifestar) com os mais experientes e receptivos à intervenção de um membro iniciante da equipe, postura que leva a um melhor atendimento ao paciente.

A questão da segurança do paciente pode ser um componente principal ou mesmo secundário do caso PBL apresentado.

Exemplo de um caso PBL

Jeremy So é um garoto de 15 anos que chega à clínica local com respiração ruidosa e coceira. Seu pai relata que ele estava bem 30 minutos antes e se sentiu mal de repente. Enquanto é examinado, Jeremy parece angustiado e nervoso. Está com o rosto inchado, lábios enormes e mal consegue abrir os olhos de tão inchados. Possui manchas vermelhas na pele e seu corpo todo está coçando. Ele faz um barulho toda vez que inspira.

Exemplo de caso: apresentar o mesmo caso de forma a suscitar discussão sobre erro médico e elaborar respostas para as questões acima

Jeremy So é um garoto de 15 anos que chega à clínica local com respiração ruidosa e coceira. Seu pai relata que ele estava bem 30 minutos antes e se sentiu mal de repente. Enquanto é examinado, Jeremy parece angustiado e nervoso. Está com o rosto inchado, lábios enormes e mal consegue abrir os olhos de tão inchados. Possui manchas vermelhas na pele e seu corpo todo está coçando. Ele faz um barulho toda vez que inspira.

O pai de Jeremy diz que seu filho ficou assim uma vez, depois de tomar um medicamento chamado penicilina e foi orientado a nunca mais tomá-lo novamente porque o remédio poderia matá-lo. Jeremy tinha ido ao médico naquela manhã, apresentando coriza, dor de garganta e febre. O médico prescreveu amoxicilina, que Jeremy começou a tomar imediatamente. O pai se pergunta se seu filho também pode ser alérgico a este novo medicamento: amoxicilina.

O exemplo de caso pode incluir exemplos de como melhorar a segurança do paciente.

Um enfermeiro, farmacêutico ou estudante de medicina nota que o médico negligenciou alguma informação importante. O caso pode descrever o enfermeiro (ou outro profissional de saúde) sendo assertivo e seguro, o médico sendo receptivo ao enfermeiro e os cuidados ao paciente sendo mais bem realizados em consequência disso.

Integração da segurança do paciente ao programa de formação de habilidades

Muitos procedimentos e tratamentos podem prejudicar os pacientes, sobretudo quando alunos ainda inexperientes estão envolvidos em procedimentos que podem causar danos que resultem em complicações, dor e distúrbio emocional, ou não serem eficientes ou até necessários. Os conhecimentos, a habilidade e o comportamento da pessoa que executa o procedimento podem contribuir para minimizar alguns riscos potenciais para os pacientes. Integrar o ensino-aprendizagem de segurança do paciente à capacitação em habilidades para execução de procedimentos durante a graduação ajudará os estudantes a adquirir a consciência de que são responsáveis por seus pacientes ao iniciarem um procedimento. Esta seção fornece algumas sugestões para integrar o ensino de segurança do paciente a essa capacitação em sua instituição de ensino. Como ponto de partida, considere as seguintes perguntas:

1. Quando, onde e como as habilidades para execução de procedimentos são ensinadas em seu programa?
2. Quais técnicas são ensinadas?
3. Quando os alunos começam a realizar procedimentos em pacientes? Preferencialmente, as lições de segurança do paciente devem preceder ou coincidir com esse momento.

Tópicos de segurança do paciente que podem ser incluídos no programa de capacitação em habilidades para execução de procedimentos

Tópicos gerais de segurança do paciente que são relevantes para todos os procedimentos:

- a curva de aprendizagem: compreender que um aprendiz inexperiente tem mais chances de causar danos e/ou falhar em um procedimento do que um profissional experiente. Que estratégias podem ser usadas para ajudar a minimizar os danos sem impedir que o aprendizado aconteça? Por exemplo, garantir uma preparação cuidadosa, planejar, dispor de conhecimentos prévios, observar outros realizando o procedimento, simular procedimentos, agir sob supervisão, dar importância ao *feedback* e assegurar o acompanhamento de pacientes (Tópicos 2, 5 e 6);

- os conhecimentos básicos que um profissional de saúde deve ter sobre um procedimento antes de realizá-lo (Tópicos 6 e 10);
- precauções de esterilização (Tópico 11);
- comunicação dos riscos (Tópicos 6 e 9);
- identificação correta dos pacientes: local correto e paciente correto (Tópico 10);
- acompanhamento (Tópicos 2, 6, 9 e 10).

Aprendizagem e aplicação de princípios de segurança do paciente na realização de procedimentos específicos:

- problemas comuns, riscos/armadilhas, solução de problemas (Tópicos 2 e 5);
- complicações sérias e comuns, como minimizá-las (Tópicos 1 e 5);
- aconselhar pacientes quanto ao acompanhamento médico (Tópicos 6 e 9);
- familiaridade com o equipamento (Tópico 2);
- aplicações práticas dos tópicos gerais de segurança do paciente (todos os tópicos).

Exemplo: identificação correta do paciente ao coletar uma amostra de sangue.

Como etiquetar os tubos com as amostras para diminuir a chance de identificação errada:

- etiquetá-los à beira do leito do paciente;
- confirmar o nome do paciente com uma pergunta aberta e clara;
- certificar-se de que o nome do paciente corresponde ao da etiqueta no tubo da amostra e ao do pedido, ou seja, fazer uma “verificação tripla”.

Há diversos métodos de ensino para introduzir os tópicos gerais de segurança do paciente a serem aplicados durante a realização de procedimentos, por exemplo: palestras, material de leitura, discussão em grupo, tutoriais e atividades *on-line*.

O melhor momento para aprender os requisitos de conhecimento e de desempenho de um tópico de segurança do paciente é quando se aprende a realizar as etapas do procedimento. Isso pode ocorrer em um tutorial prático à beira do leito do paciente, em um exercício de simulação em laboratório, ou em um tutorial sem atividade prática. Os alunos podem ser solicitados a ler um artigo específico ou diretrizes antes de assistir à sessão de ensino.

Tutoriais sobre procedimentos específicos também são uma excelente oportunidade para reforçar os princípios gerais, detalhar a aplicação de segurança do paciente e pôr em prática os princípios aprendidos.

Por exemplo, se sua instituição já realiza treinamentos por meio de simulações para ensinar gerenciamento de desastres, ou um determinado procedimento ou tratamento, o treinamento de equipe pode ser incorporado a esse programa.

Um ponto positivo desse tipo de capacitação é que ele trabalha com situações realistas, apresentando desafios que podem surgir na vida real. Por exemplo, saber o que fazer numa situação de emergência é diferente de fazê-lo de fato, sobretudo quando se trabalha em uma equipe. Os exercícios de simulação introduzem elementos da vida real, como pressão de tempo, estresse, trabalho em equipe, comunicação, familiaridade com os equipamentos, tomada de decisão em ação e conhecimento do ambiente. Como acontece em outras formas de aprendizagem experiencial, esses exercícios oferecem uma boa oportunidade para treinar os requisitos de desempenho relativos à prática segura.

Nota: O ensino por imersão baseado em cenários simulados pode ser muito eficaz para os alunos, mas também pode intimidá-los e se apresentar como um método pouco confortável de aprender. Para usar esse método de ensino, é muito importante garantir a criação de um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor. Consulte a seção sobre princípios pedagógicos básicos para obter mais detalhes quanto à criação de um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor.

Programa de capacitação em habilidades

Esse aprendizado deve incluir a realização de anamnese junto ao paciente, exame físico adequado, raciocínio clínico, interpretação de resultados de exames, preparação de medicamentos e habilidades em comunicação e em realizar procedimentos, como fornecimento de informações, aconselhamento e obtenção de consentimento.

Vários métodos são usados para ensinar essas competências aos profissionais de saúde, como tutoriais à beira do leito/cadeira, preparação de medicamentos em farmácia, prática em pacientes simulados, prática com os colegas, sessão de vídeos de especialistas realizando determinado procedimento, participação no ambiente clínico e apresentação de casos.

Considerar quando e como o programa de habilidades é oferecido em sua instituição.

Uma série de tópicos de segurança do paciente pode ser adequadamente incluída em qualquer programa de habilidades. Na medida em que o programa oferecer oportunidade para colocar em prática os elementos de desempenho de segurança do paciente, é importante que bons hábitos sejam desenvolvidos precocemente. Observe que as sessões tutoriais à beira do leito/cabeceira do paciente são grandes oportunidades para os tutores se tornarem exemplos de uma prática segura, demonstrando a comunicação centrada no paciente, a higienização das mãos, o uso de protocolos e de *checklists*. A

capacitação em habilidades permite que os alunos conheçam e pratiquem os seguintes elementos de desempenho de segurança do paciente:

- comunicar risco;
- pedir permissão;
- aceitar recusas;
- ser honesto com os pacientes;
- empoderar o paciente – instruir os pacientes para que participem ativamente de seus próprios cuidados;
- manter pacientes e familiares informados;
- higienizar as mãos;
- focar no paciente durante a anamnese e os exames necessários;
- raciocínio clínico: erros de diagnóstico, levar em conta a risco-benefício dos procedimentos, investigações e os planejamentos clínicos.

Como colaborar com professores das enfermarias /clínicas/locais de trabalho e professores de habilidades clínicas

Para que os princípios de segurança do paciente sejam plenamente integrados ao currículo, será preciso a colaboração de muitos professores, sobretudo se o ensino desses princípios ocorrer em pequenos grupos e por meio de tutoriais de habilidades práticas.

No início desta seção, mencionamos que muitos professores não estarão familiarizados com os conceitos de segurança do paciente. Conhecimentos específicos e requisitos de desempenho da disciplina serão novidade para eles. Por exemplo, é provável que os alunos vejam, no local de trabalho, profissionais de saúde perguntando o nome de pacientes de forma precipitada e desrespeitosa, pegando atalhos que podem comprometer a segurança do paciente, ou adotando uma postura de “culpar e humilhar” quando algo dá errado. Tutores precisarão refletir sobre sua própria prática para que sejam professores eficientes de segurança do paciente e modelos a serem seguidos.

As seguintes estratégias podem ser úteis para envolver os professores no ensino de segurança do paciente:

- realizar uma série de *workshops* ou palestras sobre segurança do paciente para professores;
- convidar conferencistas para promover a segurança do paciente;
- envolver/motivar os professores para incluir segurança do paciente no currículo;
- traçar linhas de pesquisa em segurança do paciente na pós-graduação;
- formular com clareza os objetivos pedagógicos de segurança do paciente nos apontamentos tutoriais;
- avaliar o desempenho dos alunos sobre segurança do paciente, nas provas;
- avaliar o conteúdo de segurança do paciente em avaliações.

Utilizar estudos de caso

Apresentamos uma série de estudos de caso por tópico. Eles podem ser usados para demonstrar a sua relevância para a segurança do paciente. A melhor maneira de utilizar os estudos de caso é fazer com que alunos/docente leiam o caso e depois discutam, em pequenos grupos, os temas relacionados ao caso, ou respondam a uma série de questões sobre ele. Como alternativa, uma sessão interativa com um grupo maior também pode funcionar. Incluímos sugestões de perguntas ou temas de discussão depois de cada estudo de caso. O foco das perguntas é fazer com que os alunos se concentrem nos fatores subjacentes em vez de apenas nas pessoas envolvidas.

Elaborar estudos de caso adaptados à realidade local

Estudos de caso podem mostrar o que não deve ser feito (aprender com a experiência negativa) e também o que deve ser feito (aprender com a experiência positiva). Por exemplo, se um estudo de caso do tópico “Atuar em equipe de forma eficaz” estiver sendo realizado, o estudo de caso local traria elementos fornecidos pelas equipes das instituições locais, clínicas ou hospitais.

As etapas a seguir podem contribuir para a elaboração de casos locais relevantes para cada tópico. Revise as seções de cada tópico deste Guia Curricular levando em consideração:

- a relevância do tópico para o local de trabalho;
- os objetivos pedagógicos.

Anote as atividades que contribuem para esses objetivos.

Elabore estudos de caso a partir:

- do Guia Curricular; ou
- de casos identificados por enfermeiros, obstetristas, dentistas, farmacêuticos, médicos e outros profissionais de saúde no hospital ou clínica.

Desenvolva uma história realista que contenha os elementos alinhados com os objetivos.

O contexto do estudo de caso deve ser familiar para estudantes e profissionais de saúde. Por exemplo, se não houver nenhum serviço de farmácia disponível no local, os estudos de caso devem levar essa situação em consideração.

Como modificar os estudos de caso no Guia Curricular

A maioria dos estudos de caso serve para ilustrar um comportamento ou procedimento. Muitos dos que selecionamos e outros que foram fornecidos por membros e afiliados do Grupo de Especialistas da OMS servem para mais de um tópico, tais como compreensão de erros, comunicação, trabalho em equipe e o ato de envolver os pacientes. Em cada tópico, listamos todos os casos que achamos que podem ser usados para um objetivo de aprendizagem. São diferentes tipos de casos, que vão desde

serviços de saúde com uso intensivo da tecnologia até aqueles com acesso limitado a ela.

Isso significa que eles podem ser aplicados à maioria dos programas de saúde; ou podem ser modificados ao se alterar o ambiente em que o caso ocorre. O caso também pode envolver outro tipo de prestador de serviço de saúde, quando o que estiver no estudo de caso não existe. Além disso, você pode alterar os pacientes de masculino para feminino, ou vice-versa (se for culturalmente apropriado), membros da família podem estar presentes ou ausentes, ou ainda serem provenientes de uma cidade ou área rural. Depois que o estudo de caso for modificado para considerar elementos locais, entregue-o a um colega para verificar se ele faz sentido e se é relevante ao tópico, ao ambiente e ao contexto local.

7. Princípios pedagógicos essenciais para o ensino e a aprendizagem de segurança do paciente

Para que a educação em segurança do paciente resulte em uma prática segura e em melhores resultados para os pacientes, ela precisa ser significativa para os alunos. Como em qualquer aprendizagem, um dos principais desafios é garantir a transferência dos conhecimentos adquiridos para o local de trabalho. O que os educadores podem fazer para incentivar os alunos a aplicar a aprendizagem de forma prática no cenário real de trabalho?

As estratégias a seguir podem ajudar.

O contexto é altamente relevante no ensino de segurança do paciente

Contextualize os princípios de segurança do paciente

Os princípios de segurança do paciente precisam se tornar relevantes para as atividades diárias dos profissionais de saúde. O objetivo é mostrar aos alunos quando e como o conhecimento de segurança do paciente pode ser usado na prática. Isso significa usar exemplos com os quais os alunos possam se identificar.

Use exemplos realistas para o seu entorno

Pense sobre o tipo de trabalho que a maioria de seus alunos fará depois que se formar e tenha isso em mente ao escolher os contextos clínicos que vão incorporar o ensino-aprendizagem de segurança do paciente. Incluir um caso de desnutrição, obesidade mórbida ou malária não é muito útil se essas condições são pouco comuns em sua realidade prática. Use situações e ambientes que sejam comuns e pertinentes à maioria dos seus alunos.

Identifique aplicações práticas

Ajude os alunos a identificar situações em que possam aplicar seus conhecimentos em segurança do paciente e as habilidades aprendidas. Dessa forma, é mais provável

que eles fiquem mais atentos à prática segura no local de trabalho. Por exemplo, a identificação correta do paciente é importante para:

- enviar amostras de sangue;
- administrar medicações;
- rotular formulários de solicitação de imagem;
- escrever nos prontuários dos pacientes;
- escrever no receituário dos pacientes;
- realizar procedimentos;
- trabalhar com pacientes que tenham dificuldades de comunicação;
- comunicar-se com familiares do paciente;
- encaminhar o paciente para outros profissionais de saúde.

Use exemplos que sejam ou que em breve serão de interesse dos alunos

Recorra a situações que os próprios alunos possam encontrar quando forem profissionais de saúde iniciantes e/ou estagiários. Por exemplo, se o tema for a defesa do paciente, é muito melhor usar um exemplo de um aluno se defrontando com um profissional experiente do que o exemplo de um profissional experiente que se defronta com a gerência do hospital. Dessa forma, a relevância do material será mais evidente aos alunos, resultando em maior motivação para a aprendizagem. Veja o seguinte exemplo:

Exemplo de caso

Ao observar uma intervenção cirúrgica, um estudante de enfermagem percebe que o cirurgião está suturando o local da incisão, mas há ainda uma compressa dentro do paciente. O aluno não tem certeza se o cirurgião notou o material cirúrgico e se questiona se deve ou não alertá-lo.

Dê aos estudantes oportunidades para aplicarem seus conhecimentos e habilidades de segurança do paciente

Ao dar aos estudantes a oportunidade de exercitar uma “prática segura”, espera-se que tais comportamentos se tornem habituais e que os alunos estejam mais inclinados a abordar situações clínicas com uma mentalidade de segurança do paciente.

A prática segura pode ocorrer tão logo os alunos iniciem sua formação, como por exemplo, em:

- aulas individuais ou estudos em casa, por exemplo, fazer *brainstorming* de soluções para situações perigosas;
- exercícios de simulação: laboratório de habilidades, laboratório de simulação, dramatização (*role play*);
- vivência do ambiente clínico, por exemplo, higienização das mãos ao atender pacientes, identificação correta dos pacientes ao coletar sangue;
- interações com os pacientes, por exemplo, quando estiverem dando conselhos, os alunos podem incentivá-los a se informar, fazer perguntas e ser proativos a fim de garantir o progresso previsto dos cuidados.

Crie ambientes de aprendizagem eficazes

Aspectos do ambiente de aprendizagem também podem ter influência sobre sua eficácia. Um ambiente ideal deve ser seguro, cooperador, desafiador e envolvente.

Ambientes de aprendizagem seguros e cooperativos

São aqueles em que:

- os alunos se sentem confortáveis para fazer perguntas “bobas”;
- se manifestam quando não entendem;
- compartilham o que entendem de forma honesta e aberta.

Os alunos que se sentem seguros e acolhidos tendem a ser mais abertos ao aprendizado, gostam de ser desafiados e estão mais preparados para participar ativamente nas atividades.

Se eles se sentirem inseguros e sem apoio, tenderão a mostrar relutância em lidar com as lacunas de conhecimento e estarão menos propensos a se envolver ativamente por medo de ficarem envergonhados ou humilhados diante de professores e colegas. O objetivo principal do aluno passa a ser a sobrevivência em vez da aprendizagem. Garantir um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor não somente torna o aprendizado mais agradável como também o torna mais eficaz, o que é ainda mais importante. O professor tem um papel crucial em fazer do ambiente de aprendizagem um lugar confortável para os alunos.

Sugestões para ajudar a criar um ambiente seguro e acolhedor:

- apresente-se aos alunos e peça que eles se apresentem. Mostre interesse neles, como indivíduos, bem como na sua aprendizagem.
- no início de sua sessão de ensino, explique como ela será. Isso permitirá que os alunos saibam o que esperar e o que é esperado deles.
- oriente-os sobre o ambiente em que você está ensinando. Esse aspecto é especialmente importante se você estiver no local de trabalho, no ambiente clínico, ou em um ambiente de simulação. Se estiverem em um cenário novo, os alunos precisam saber o que se espera deles.

Simulação

Os ambientes de simulação podem ser confusos; já que alguns aspectos são reais e outros não são, e o aluno é convidado a fingir que alguns são de fato reais. Certifique-se de que os alunos sabem o nível de imersão necessário para a dramatização e o de realidade com o qual você espera que eles lidem nessa situação. Pode ser constrangedor para um estudante de enfermagem falar com um braço artificial durante um procedimento de acesso intravenoso (IV) como se fosse um paciente de verdade, quando a intenção do professor era somente usá-lo para praticar os aspectos manuais da tarefa.

- Incentive os alunos a fazer perguntas e tirar dúvidas se não entenderem. Isso mostra que não saber não é um problema.
- Nunca critique ou humilhe um aluno por falta de conhecimento ou baixo desempenho. Pelo contrário, tais situações devem ser encaradas como uma oportunidade de aprendizagem.
- Se uma participação ativa for necessária, convoque voluntários em vez de indicar pessoas.
- Avalie a possibilidade de você mesmo demonstrar como fazer algo antes de pedir que os alunos o façam. Por exemplo, ao ensinar a criar um campo esterilizado antes de administrar uma injeção, é muito mais eficiente que você demonstre como fazê-lo corretamente desde o início, em vez de pedir que um aluno o faça diante de seus colegas antes de ter sido ensinado, o que pode levá-lo a cometer erros que precisarão ser corrigidos.
- Ao formular perguntas a um grupo de alunos, é melhor fazer a pergunta primeiro, dar-lhes tempo para pensar sobre ela e só depois procurar alguém que dê a resposta. Evite escolher um aluno antes de perguntar; alguns acharão irritante e podem ter problemas para pensar com clareza se a turma toda estiver esperando que ele responda.

- Se, como professor, alguém lhe perguntar algo que você não saiba responder, não tente esconder ou se desculpar por não saber. Esse comportamento daria aos alunos a ideia de que não saber é inaceitável. Lembre-se desta frase: “as três palavras mais importantes em educação profissional de saúde são ‘Eu não sei’”. [1]
- Quando der *feedback* sobre desempenho prático (ou em um ambiente de simulação), tenha uma conversa direta. Peça a opinião dos alunos antes de dar a sua, inclua os aspectos que foram bem realizados e os que necessitam de mais trabalho. Ajude os alunos a desenvolver um plano para abordar as áreas que precisam de mais atenção.

Ambientes de aprendizagem desafiadores e acolhedores

Alunos que são desafiados pelo professor tendem a progredir mais rapidamente em seu aprendizado. Um ambiente de aprendizagem desafiador é aquele em que os alunos são incentivados a pensar e fazer coisas de novas maneiras. Hipóteses são questionadas, e novas habilidades desenvolvidas. Os alunos valorizam esses tipos de atividade. É importante ressaltar a diferença entre um ambiente de aprendizagem desafiador e um intimidador. Um ambiente seguro e acolhedor é um pré-requisito para desafiar os alunos. Quando eles se sentem seguros e apoiados, ficam abertos aos desafios. Quando desafiados, estarão mais inclinados a responder aos estímulos.

Outra faceta importante do ensino eficiente é envolver os alunos por meio de atividades que exijam que exercitem o cérebro, a boca ou as mãos, e não somente os ouvidos. Tente evitar atividades em que os alunos sejam simples receptores passivos de informações. Quanto mais dinâmica for a atividade, mais provável será seu impacto na aprendizagem dos alunos.

Atividades de aprendizagem através da experiência, como entrevistar um paciente, praticar uma habilidade processual em um workshop e dramatizar situações são geralmente muito atrativas, simplesmente porque exigem que os alunos realizem atividades. O trabalho em pequenos grupos também tende a ser envolvente não só pelo caráter colaborativo da atividade, mas também por ele gerar dúvidas nos estudantes e incitá-los a resolver os problemas. Dar aulas envolventes pode ser desafiador. As estratégias a seguir podem ajudar:

- tente ser interativo;
- faça perguntas aos alunos;
- promova a discussão de uma questão ou o compartilhamento de suas experiências em duplas;
- conte uma história para ilustrar um ponto;

- como ponto de partida, use estudos de caso ou problemas com que os alunos possam facilmente se identificar;
- relacione conceitos teóricos com exemplos concretos;
- faça com que os alunos analisem um vídeo, um caso, uma declaração, uma solução ou um problema.

Fazer exercícios, tais como observar a atividade de um hospital ou clínica, ler um artigo ou assistir a um procedimento podem ser mais atrativos se os alunos precisarem de realizar uma tarefa como parte do processo. Preferencialmente, a tarefa deve ter como objetivo desenvolver a reflexão crítica. Por exemplo, caso sejam obrigados a participar das reuniões de avaliação pelos pares, os alunos podem elaborar previamente algumas perguntas a partir de suas observações.

Estilos de ensino

Havendo opções, cada docente privilegiará um estilo de ensino [2]. O estilo preferido pode ser determinado por uma combinação de suas opiniões quanto ao que funciona melhor, de suas aptidões e do que considera mais confortável.

Os estilos podem variar entre professores, indo desde um professor que assume o papel de especialista e passa o conteúdo aos alunos por meio de palestras ou de procedimentos feitos por ele mesmo, até aquele que simplesmente atua como um facilitador para que os alunos aprendam por si mesmos e com os colegas, propondo projetos de trabalho em pequenos grupos, por exemplo. Professores que adotam a abordagem centrada no aluno encarnam o papel do incentivador e do guia durante as atividades de aprendizagem. O professor hábil é aquele que elabora atividades de aprendizagem envolventes, facilita a discussão em grupo, faz perguntas instigantes e/ou dá feedback de maneira eficaz.

Cada estilo de ensino tem vantagens e desvantagens, que variam de acordo com o conteúdo a ser ensinado, o número de alunos, seus estilos de aprendizagem preferidos (se o professor os conhecer), as habilidades do professor e o tempo e os recursos disponíveis para a sessão de ensino. As vantagens dos estilos centrados no aluno são o incentivo à colaboração, à comunicação e à capacidade para resolver problemas de maneira proativa e em grupo. São todas experiências úteis para aprender a atuar em equipe de maneira eficaz no local de trabalho. É bom estar ciente não apenas de seu estilo de ensino preferido, mas também de outras formas de ensino que podem ser igualmente ou até mais eficientes em determinadas circunstâncias. É aconselhável desenvolver a capacidade de ser flexível. Pode ser que você precise ajustar seus métodos habituais para se adaptar ao projeto

de ensino do programa em que trabalha.

Harden identifica seis papéis importantes do professor [3]:

- provedor de informações;
- modelo a ser seguido;
- mediador;
- avaliador;
- planejador;
- produtor de recursos.

Como provedor de informações no campo da segurança do paciente, é importante estar bem informado, o que requer conhecer os princípios básicos da matéria, sua importância no local de trabalho ou ambiente clínico e o papel da equipe para promover a segurança do paciente no local de trabalho. Reserve algum tempo para refletir sobre a própria prática e a maneira como aborda perigos e riscos no local de trabalho. Isso ajudará a identificar os pontos relevantes a serem ensinados a seus alunos. Há muitas maneiras do professor demonstrar práticas seguras. Quando você está em um ambiente de prática com os pacientes, alunos vão notar o modo como você:

- interage com os pacientes e seus familiares;
- respeita as vontades dos pacientes e de suas famílias;
- informa aos pacientes e às famílias dos riscos;
- leva em conta a relação risco-benefício ao determinar planos de gerenciamento e tratamento;
- responde perguntas dos pacientes e familiares e os incentiva a perguntar;
- higieniza as mãos entre uma consulta e outra;
- adota uma abordagem de equipe;
- aceita conselhos de colegas;
- segue os protocolos do local de trabalho;
- admite suas dúvidas;
- reconhece que aprende com seus próprios erros e os dos outros [4];
- resolve problemas de caráter sistêmico;
- cuida de si mesmo e de seus colegas.

Você pode ser um professor de segurança do paciente muito eficiente, mas que está apenas praticando a segurança diante dos alunos ansiosos para aprender.

Considerar a inclusão do paciente na aprendizagem de segurança

A educação em segurança do paciente pode ser aplicada em diversos contextos pedagógicos, do ambiente de prática ao auditório e a sala de aula, basta simplesmente estar atento às oportunidades para ensinar. As perguntas a seguir podem lhe dar ideias sobre como criar um momento de aprendizagem de segurança do paciente:

- quais são os riscos para este paciente aqui...
- o que precisamos ter em mente nesta situação...
- como podemos minimizar os riscos...

- o que tornaria esta situação mais arriscada para o paciente...
- o que poderíamos fazer se X acontecesse...
- qual será o nosso plano B...
- o que diríamos ao paciente se X tivesse ocorrido...
- quais são as nossas responsabilidades...
- quem mais pode ajudar nesta situação... outro profissional de saúde? o paciente?
- o que aconteceu? Como podemos evitar isso no futuro...
- o que podemos aprender com esta situação...
- vamos olhar para a relação risco-benefício do plano que você sugeriu...

Algumas das melhores experiências de ensino dos alunos vêm dos próprios pacientes. Seu papel na formação em saúde tem um longo histórico, geralmente em relação à descrição de sua experiência da doença ou enfermidade. No entanto, eles também podem ensinar aos alunos comunicação em geral, comunicação dos riscos, ética, respostas aos eventos adversos e muito mais.

Nota de advertência

Lembre-se: os alunos podem se sentir desmoralizados se houver ênfase indevida no risco, nos erros e nos danos ao paciente. Um bom professor de segurança do paciente será capaz de equilibrar sua abordagem desses aspectos mencionando os aspectos positivos da área, como soluções para os problemas, progressos na segurança do paciente, e munindo os alunos de estratégias concretas para aprimorar sua prática. Também é importante lembrar aos alunos do sucesso da maioria dos casos de atendimento ao paciente. O que a segurança do paciente propõe é oferecer um atendimento ainda melhor.

Ferramentas e material de referência

A série *Teaching on the Run (Ensino no contexto da prática)* foi desenvolvida por médicos australianos e é muito relevante para a formação de profissionais de saúde no local de trabalho, onde os professores, que também são prestadores de serviço, são muito exigidos (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching-on-the-run/tips>; acesso em 04 de janeiro de 2011).

National Center for Patient Safety of the US Department of Veterans Affairs (www.patientsafety.va.gov; acesso em 17 de fevereiro de 2011).

Cantillon P, L Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine*, 2^a ed. Londres, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

Sanders J, Cook G, eds. *ABC of patient safety*. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics*

in health care: a guide to getting it right, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Referências

1. "I don't know": the three most important words in education. *British Medical Journal*, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610-612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334-347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3-7.

8. Atividades para ajudar a entender a segurança do paciente

Introdução

Os estudantes da área de saúde estão acostumados a assimilar novas informações estudando e depois trabalhando muito para aplicar seus novos conhecimentos e habilidades ao cuidar de pacientes. No caso da segurança do paciente, apenas “trabalhar muito” não funciona [1]. Por isso, é preciso muita reflexão sobre como coordenar o momento oportuno e o formato adequado para que o processo de ensino-aprendizagem aconteça.

O objetivo deste capítulo é delinear as várias estratégias que podem ser usadas para ajudar na compreensão da segurança do paciente. As mesmas variedades de estratégias de ensino usadas para ensinar outros aspectos dos cuidados em saúde podem ser aplicadas. O desafio para o educador é verificar se os elementos do tema de segurança do paciente podem ser incorporados às atividades de ensino e aprendizagem existentes. Se esse for o caso, evita-se que tópicos de segurança do paciente sejam vistos como “adicionais” – ou seja, trabalho extra - em vez de simplesmente fazerem parte de uma abordagem holística para o ensino de cuidados em saúde.

Um princípio fundamental para se conseguir um ensino eficaz é fazer com que as oportunidades para a “aprendizagem ativa” sejam maximizadas, durante as quais os aprendizes se envolverão no processo de aprendizagem de maneira significativa em vez de serem meros receptores passivos de informação.

A aprendizagem ativa pode ser resumida no seguinte enunciado [2]:

Não fale aos alunos quando você pode demonstrar e não demonstre quando eles podem fazer sozinhos.

Lowman elaborou algumas estratégias de ensino para aumentar a eficácia de uma aprendizagem ativa, que são [3]:

- use informações que sejam de interesse para os aprendizes e envolva eventos da vida real;
- apresente material dramático e instigante;

- recompense os aprendizes;
- associe temas com o maior número de tópicos possível;
- desabroche conhecimentos prévios usando testes anteriores e mapas conceituais e coletando informações contextualizadas;
- desafie os aprendizes apresentando tópicos mais difíceis de tempos em tempos;
- demonstre os comportamentos que você visa suscitar.

Palestras

Em uma palestra [4], o professor apresenta um tópico para um grupo grande de alunos. Isso tradicionalmente ocorre em um ambiente presencial; no entanto, recentemente, algumas universidades começaram a dar aos alunos a opção de assistir a palestras *on-line* por meio de transmissão multimídia (*podcast*).

Palestras devem ter:

- propósito - indica o tema geral da palestra, por exemplo, o propósito desta palestra é apresentar o tópico de segurança do paciente;
- objetivos específicos - são relacionados diretamente à aprendizagem e deverão ser mensuráveis ao fim da palestra, por exemplo, ao final da palestra você conseguirá listar três estudos principais que salientam a extensão dos danos causados por deficiências nos cuidados em saúde.

Palestras devem durar cerca de 45 minutos, uma vez que se perde a concentração após esse tempo. Por isso, é importante que não haja muito material - planeje quatro ou cinco pontos-chave, no máximo.

Palestras são frequentemente estruturadas como mostrado a seguir, com três elementos principais (introdução, desenvolvimento, conclusão):

- o começo, ou a introdução, é o período inicial da palestra quando o palestrante explica por que o tópico é importante e delinea os seus objetivos;

- o desenvolvimento é a parte principal do conteúdo da palestra;
- a conclusão deve revisar os objetivos e os pontos-chave da apresentação.

Benefícios:

- transmitem informações a uma grande quantidade de alunos de uma só vez;
- são úteis para fornecer um panorama geral de temas amplos, transmitir informações e introduzir conceitos teóricos;
- fornecem ideias e informações atualizadas que não são facilmente acessíveis em textos ou artigos;
- podem explicar ou elaborar ideias e conceitos difíceis e mostrar como deveriam ser abordados.

Desafios:

- manter grande quantidade de alunos ativamente engajados;
- alunos mais graduados e equipe com menos experiência geralmente preferem técnicas mais empíricas;
- habilidades de apresentação;
- geralmente há certa dependência de tecnologia;
- conteúdo (dano médico) pode ser desestimulante.

Exemplos:

- Tópico 1: O que é segurança do paciente?
- Tópico 2: Por que é importante aplicar fatores humanos à segurança do paciente?

Aprendizagem no contexto da prática, durante as rondas clínicas

Ensino que ocorre no contexto da experiência clínica à beira do leito ou em sessões clínicas.

Benefícios:

- o ensino baseado em experiências à beira do leito, nas bancadas de laboratório e em cadeiras de procedimentos clínicos proporciona oportunidades ideais para ensinar e elaborar exames e históricos clínicos, assim como para adquirir as habilidades de comunicação e trato interpessoal - o professor também pode desempenhar o papel de modelo de conduta segura, ética e profissional;
- questões relativas à segurança do paciente estão em todo o ambiente de trabalho;
- contextualizado;
- real - logo, muito relevante;
- interessante e geralmente desafiador.

Desafios:

- falta de tempo devido à pressão do trabalho;
- falta de conhecimento sobre como incorporar tópicos de segurança do paciente à aprendizagem à beira do leito;
- oportunistas;
- não é possível de se preparar e é difícil produzir um currículo uniforme.

Exemplos:

- Tópico 9: Prevenção e controle de infecções (questões de higiene das mãos no local de trabalho).
- Tópico 10: Segurança do paciente em procedimentos invasivos (incluindo processos de identificação do paciente).

Ferramentas e material de referência

A série *Teaching on the run* (Ensino no contexto da prática) foi desenvolvida por médicos australianos e é muito relevante para a formação de profissionais de saúde no local de trabalho, onde os professores, que também são prestadores de serviço, são muito exigidos. (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips>; acesso em 04 de janeiro de 2011).

Atividades em pequenos grupos - aprendendo com os outros.

Ocorre quando alunos aprendem em pequenos grupos, geralmente com um tutor, mas também com um paciente. A principal característica é a participação dos estudantes e a interatividade usada em relação a um problema específico, porém com mais peso na responsabilidade dos alunos por sua própria aprendizagem, por exemplo, um projeto de trabalho.

Benefícios:

- compartilhar as próprias histórias;
- ouvir as histórias dos pacientes;
- aprender com seus pares;
- desenvolver perspectivas múltiplas;
- aprender a trabalhar em equipe e a desenvolver habilidades de comunicação.

Desafios:

- dinâmicas de grupo;
- implicações de recursos, em termos do tempo do tutor;
- perícia do tutor.

Exemplos:

- Tópico 2: Por que aplicar fatores humanos é importante para a segurança do paciente? (Considerações relativas aos fatores humanos em equipamentos comumente usados).
- Tópico 4: Atuar em equipe de forma eficaz (trabalho em equipe no local de trabalho ou no ambiente de assistência).

Ferramentas e material de referência

Learning to use patient stories (Aprender a usar as histórias dos pacientes) NHS Evidence - innovation and improvement (NHS Evidência - inovação e melhoria) (<http://www.library.nhs.uk/improvement/viewResourc.aspx?resID=384118>; acesso em 4 de janeiro de 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories—a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

Este Guia Curricular:

- permite que as organizações de saúde e suas equipes implementem com sucesso uma série de intervenções para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados que seus pacientes recebem;
- baseia-se na coleta e no uso de histórias dos pacientes;
- mostra um método para colher boas histórias de todos os membros da sociedade - pacientes, cuidadores, responsáveis e membros da equipe;
- mostra que todos têm uma percepção diferente, mas igualmente valiosa, de experiências em cuidados em saúde.

Estudo de caso

Trata-se de um grupo de alunos - frequentemente acompanhado por um tutor - que discute um caso clínico.

Benefícios:

- poder usar um caso real ou simulado para ilustrar princípios de segurança do paciente;
- contextualizado - torna os conceitos reais e relevantes;
- aprende-se a resolver problemas à medida que aparecem no local de trabalho;
- permite vincular conceitos abstratos a situações da vida real.

Desafios:

- escolher/desenvolver casos realistas que estimulem os alunos a se tornarem ativamente engajados na discussão;
- usar o caso efetivamente para desafiar o pensamento e gerar aprendizagem profunda;
- encorajar os alunos a achar soluções para os problemas.

Ferramentas e material de referência

Análises de incidentes em hospitais de referência, na clínica ou no local de trabalho.

Agency for Healthcare Research and Quality weekly morbidity and mortality cases (Agência para Pesquisa em Cuidados em Saúde - Análise semanal de morbidade e mortalidade) (<http://www.ahrq.gov/>; acesso em 04 de janeiro de 2011)

Jogos

Jogos são divertidos e englobam um espectro que vai desde jogos de computador a encenações de determinadas situações.

Benefícios:

- são divertidos, agradáveis;
- são desafiadores;
- podem ilustrar o trabalho em equipe e a comunicação.

Desafios:

- relacionar o jogo ao ambiente de trabalho;
- definir claramente o propósito do jogo.

Ferramentas e material de referência

(<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; acesso em 04 de janeiro de 2011).

Estudo independente

Estudo empreendido pelo aluno, por exemplo, trabalhos e artigos acadêmicos.

Benefícios:

- o aluno pode prosseguir no seu próprio ritmo;
- o aluno pode focar nas suas próprias lacunas de conhecimento;
- oportunidade para reflexão;
- baixo custo, fácil de programar;
- flexível para o aprendiz.

Desafios:

- motivação;
- falta de exposição a informações múltiplas;
- pode ser menos atraente;
- corrigir o trabalho e dar retorno aos alunos pode consumir muito tempo do professor.

Seguir um paciente que usa um serviço de saúde (hospital, clínica, consultório particular, farmácia: rastreio do paciente)

Um aluno segue um determinado paciente durante toda a sua jornada pelo serviço de saúde ou hospital. O exercício inclui o acompanhamento do paciente pelo aluno em todas as investigações, testes e procedimentos.

Benefícios:

- oportunidade de aprender sobre o sistema de cuidados em saúde;
- ver as coisas pela perspectiva do paciente;
- ver como as áreas de cuidados em saúde interagem entre si.

Desafios:

- conciliar horários;
- ajustar a experiência a um exercício de aprendizagem;
- oportunidade limitada para alunos compartilharem sua aprendizagem e para obterem retorno dos colegas e serem avaliados.

Encenações (dramatizações)

Um método educativo bem conhecido que permite que alunos atuem em papéis de profissionais de saúde em situações específicas. Podem ser de dois tipos:

- alunos improvisam diálogos e ações para atuarem em um cenário pré-determinado;
- alunos encenam papéis e diálogos de uma situação de estudo de caso.

Benefícios:

- tem custo baixo;
- requer pouco treinamento;

- está sempre disponível;
- é interativo - permite que os alunos vivenciem cenários hipotéticos;
- é empírico - introduz e sensibiliza os alunos para os papéis que pacientes, suas famílias, profissionais de saúde e administradores exercem em situações de segurança do paciente;
- permite ao aprendiz adotar um papel de alguém mais experiente ou o papel de um paciente;
- pode demonstrar perspectivas diferentes;
- ideal para explorar fatores em associação com equipe de trabalho interprofissional e a comunicação na prevenção de erros de segurança do paciente.

Desafios:

- escrever os cenários ou roteiros;
- desenvolver situações suficientemente significativas que provoquem escolhas, decisões, conflitos;
- dispêndio de tempo;
- nem todos os alunos estarão envolvidos (alguns serão espectadores passivos);
- os alunos podem se desviar do tópico e a encenação pode perder o rumo.

Ferramentas e material de referência

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628-630.

Simulação

No contexto de cuidados à saúde, a simulação é definida como “*uma técnica pedagógica que permite atividades interativas e, às vezes, de imersão, recriando parte ou toda uma experiência clínica sem exposição dos pacientes aos riscos associados*” [5]. É provável que, no futuro, haja maior acesso a várias formas de treinamentos com simulação por causa do imperativo ético crescente de evitar danos ao paciente [6].

Várias modalidades distintas de simulação estão disponíveis, entre elas:

- simulações computadorizadas na tela;
- modelos ou manequins de baixa tecnologia usados para a prática de manobras físicas simples;
- pacientes padronizados (atores-pacientes)
- manequins sofisticados e computadorizados que simulam o corpo inteiro;
- dispositivos de realidade virtual.

Benefícios:

- não há riscos para os pacientes;
- muitos cenários podem ser apresentados, incluindo situações incomuns, porém críticas, nas quais uma reação rápida é necessária;
- os participantes podem ver os resultados de suas decisões e ações; podem se permitir errar e chegar às suas conclusões (na vida real, um clínico

mais capacitado teria que intervir);

- cenários idênticos podem ser apresentados a diferentes clínicos ou equipes;
- as causas subjacentes à situação são conhecidas;
- com manequins-simuladores, os clínicos podem usar equipamento médico real, expondo as limitações na interface homem-máquina;
- recriações perfeitas de ambientes clínicos verdadeiros permitem explorar as interações interpessoais completas com outro membro da equipe clínica e fornecer treinamento em trabalho de equipe, liderança e comunicação;
- a gravação intensiva e intrusiva da sessão de simulação é factível, incluindo áudio e vídeo, já que não há questões de confidencialidade do paciente - as gravações podem ser preservadas para pesquisa, avaliação de desempenho ou acreditação. [7]

Desafios:

- algumas modalidades são muito caras;
- é necessário conhecimento especializado para ensinar e atualizar alguns dos dispositivos de treinamento.

Projetos de melhoria

A melhoria da qualidade é um ciclo contínuo de planejamento, implementação de estratégias, avaliação da eficácia destas e reflexão para ver que aperfeiçoamentos futuros podem ser feitos. Projetos de melhoria de qualidade são tipicamente descritos em termos do ciclo PDSA (do Inglês *Plan, Do, Study, Act* - Planejar-Fazer-Estudar-Agir) [8], como a seguir:

- planejar - a mudança, baseada na capacidade percebida de melhorar um processo atual;
- fazer - implementar a mudança;
- estudar - analisar os resultados da mudança;
- agir - o que precisa acontecer em seguida para continuar o processo de melhoria.

A abordagem do ciclo PDSA encoraja profissionais de saúde a se desenvolverem e a se engajarem ativamente em estratégias que resultem em esperadas melhorias. Também promove a avaliação dessas mudanças uma vez que as estratégias tenham sido implementadas. Assim, essa pode ser uma abordagem muito útil para envolver alunos em uma enfermaria ou unidade clínica, idealmente como parte de uma abordagem de equipe multidisciplinar para a segurança do paciente. A maioria dos projetos de melhoria de qualidade, por sua própria natureza, tem um elemento inerente de segurança do paciente.

Benefícios:

- motivação;
- empoderamento;
- aprendizagem de gerenciamento de mudanças;
- aprendizagem de proatividade;
- aprendizagem de resolução de problemas.

Desafios:

- manter o ímpeto e a motivação;
- cumprir horários.

Exemplo: Questões de higiene das mãos em um ambiente clínico.

Ferramentas e material de referência

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31:98-105.

US Agency for Healthcare Research and Quality mortality and morbidity web site (<http://www.webmm.ahrq.gov/>; acesso em 17 de fevereiro de 2011).

Referências

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628-630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22-S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783-788.
7. Gaba, DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785-788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206-212.

9. Como avaliar a segurança do paciente

Os objetivos da avaliação

A avaliação é parte integrante de qualquer currículo. O conteúdo e o formato dos procedimentos de avaliação influenciam fortemente o comportamento do estudo e os resultados da aprendizagem dos alunos. É essencial que as avaliações sustentem os objetivos pedagógicos ao fim da aprendizagem, assim como forneçam motivação e direção apropriadas para os alunos. As avaliações devem ser significativas e dar confiança aos professores, planejadores de cursos e participantes externos, tais como órgãos credenciadores, organismos normativos e futuros empregadores dos alunos. Newble e Cannon [1] enfatizam que a clareza sobre o propósito da avaliação é extremamente importante. Eles listam uma série de objetivos da avaliação. Abaixo, os dois em negrito são fundamentais para a aprendizagem da segurança do paciente:

- avaliar o domínio de habilidades e os conhecimentos essenciais;
- estabelecer um sistema de classificação dos alunos;
- avaliar o progresso ao longo do tempo;
- diagnosticar as dificuldades dos alunos;
- **fornecer feedback aos alunos;**
- avaliar a eficácia de um curso;
- **motivar os alunos a estudar;**
- estabelecer normas;
- controlar a qualidade para o público.

Em matéria de segurança do paciente, levar os alunos a executar efetivamente as tarefas e praticá-las é, muitas vezes, mais difícil do que elaborar um instrumento de avaliação que demonstre seu bom desempenho na atividade. Tendo em vista que muitos profissionais de saúde ainda não dominam o quesito segurança do paciente, o foco da avaliação deve ser o aperfeiçoamento contínuo dos conhecimentos e habilidades dos alunos na matéria segurança do paciente. Nenhum aluno deveria ser impedido de continuar seu curso se falhar em alguma área de segurança do paciente, a menos que essa falha seja aberrante e intencionalmente perigosa. A segurança do paciente não é uma área propícia ao

estudo solitário. Ela depende de um conjunto complexo de fatores - trabalho com a equipe correta, prática em um serviço de saúde que visa minimizar falhas e apoio ativo a iniciativas para segurança do paciente por parte da organização e da administração. Espera-se que os alunos, por serem novatos, tenham conhecimentos e habilidades elementares, mas que, com o tempo e a exposição a mentores e modelos de conduta apropriados, assim como com a experiência de trabalho em equipes eficientes, se tornem mais sagazes e responsivos, diante dos muitos fatores ambientais que colocam os cuidados ao paciente em risco. Dado esse contexto da aprendizagem do aluno da segurança do paciente, o propósito da avaliação deve fornecer feedback e motivar os alunos a se envolverem na segurança do paciente. Qualquer processo de avaliação deveria refletir esse enfoque.

Como envolver os alunos no processo avaliativo

Um dos maiores desafios enfrentados pelas instituições é encontrar instrutores ou profissionais de saúde apropriados para ensinar segurança do paciente no local de trabalho. Uma forma de abordar essa dificuldade é implantar um currículo voltado para o estudante. Porém, a principal razão para que os alunos desempenhem tarefas de segurança do paciente é que o aprendizado pela prática é um dos métodos de ensino mais eficazes. Na Escola Médica da Universidade de Sydney, os alunos precisam realizar atividades de segurança do paciente nos últimos dois anos do curso e durante o estágio nos hospitais. Pela internet, recebem conhecimentos fundamentais, que podem acessar sempre que lhes for conveniente. Os temas abordados pela OMS podem ser adequadamente editados e disponibilizados na internet para serem lidos antes da prática das atividades associadas ao tópico da aprendizagem. Os alunos registram suas experiências e respondem as perguntas relativas a uma determinada atividade em uma página padrão. No fim do período, os alunos se reúnem em pequenos grupos com seu tutor para discutir suas experiências e observações.

Os tutores e supervisores têm que verificar, pelas assinaturas, os relatos dos alunos, finalizando a avaliação formativa obrigatória para o determinado tópico. Abaixo, um exemplo de um Tópico

(3) deste currículo e as atividades prescritas para os alunos realizarem, assim como os requisitos da avaliação.

Figura A.9.1 Conteúdo do Tópico 3: Universidade de Sidney, Austrália

Tópico 3	Atividades	Avaliação
A compreensão dos sistemas e do impacto da complexidade nos cuidados ao paciente	Ler o tópico a ser aprendido online Acompanhar um paciente desde o momento em que chega ao hospital até a alta ou outro desfecho. Usar a página padrão para fazer anotações sobre essa atividade.	O tutor referenda a participação e o desempenho satisfatórios do aluno em um encontro presencial (ou o clínico referenda o cumprimento de uma atividade, no caso de não haver um encontro presencial).




Figura A.9.2 é a página padrão que os alunos usam para fazer anotações enquanto observam

o paciente em seu percurso pelo hospital ou clínica.

Figura A.9.2. Exemplo de relatório de um aluno para o Tópico 3: Universidade de Sidney, Austrália

Etapa 3 (3º ano do programa de pós-graduação em medicina):
Tópico 3: Como entender os sistemas

.....

Nome do aluno

Número de matrícula

Data da atividade

Resumo do percurso do paciente:

3 observações principais:

As 3 coisas mais importantes que aprendeu:

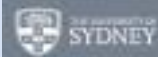
Cargo da pessoa que referenda o cumprimento da atividade

Nome (letra de forma)

Assinatura

Cargo

Data da assinatura



Para atividades, tais como como segurança da medicação ou procedimentos invasivos, os alunos devem ter um profissional de saúde que os observe participando da atividade (por exemplo, conciliação medicamentosa, preparação de medicamentos na farmácia, ronda de enfermaria com um farmacêutico, observação do processo de *time out*, que é a aplicação de uma lista de verificação, antes da realização de procedimentos). A pessoa que o observou deve assinar um formulário confirmando o cumprimento da tarefa pelo aluno.

Há mais exemplos de avaliação de alunos na Parte B, Anexo 1.

Um dos benefícios das atividades conduzidas pelos alunos é que elas têm o potencial para mudar a cultura do local de trabalho. Quando os alunos perguntam à equipe as razões de uma atividade e se podem participar dela ou observá-la, eles abrem espaço para discussões sobre o programa de segurança do paciente. Muitos dos tópicos podem ser ensinados a partir de iniciativas do aluno.

O papel da medição na avaliação

Há quatro componentes nas medições confiáveis de avaliação: *validade* (o método de avaliação é válido?); *confiabilidade* (a avaliação sempre produz resultados consistentes?); *praticidade* (que tempo e recursos são exigidos?); e *o impacto positivo na aprendizagem* (funciona pela perspectiva do aluno?) [1].

Para ler mais sobre medição em avaliações, os seguintes recursos podem ser úteis.

Brown S, Glasner A, eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A, Imrie B, Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. London, Kogan Page Ltd, 1998.

Avaliações formativas

As avaliações formativas são uma parte inerente e vital do processo de aprendizagem dos alunos. Este tipo de avaliação é muito útil na aprendizagem da segurança do paciente e presta-se a uma gama de componentes de qualquer programa de cuidados em saúde. A autoavaliação é a capacidade que os alunos têm de avaliar suas próprias necessidades de aprendizagem e escolher as atividades educativas que as atendem. (A experiência mostra que os alunos têm uma capacidade limitada de se autoavaliarem com precisão, podendo precisar de um foco maior na avaliação externa).

As avaliações formativas devem ser contínuas e fornecer feedback aos alunos sobre seu desempenho. O objetivo desse tipo de avaliação é fazer os alunos compartilharem suas observações e experiências ao trabalharem com cuidados em saúde. O que se deseja é que os alunos sintam à vontade para revelar suas vulnerabilidades e fraquezas. Uma abordagem punitiva fará o oposto e forçará os alunos a omitir seu verdadeiro nível de conhecimento e habilidades. Podem também relutar em falar sobre suas observações, sobretudo para relatar práticas e cuidados inseguros.

Avaliação somativa

Todos os estágios de avaliação pelos quais os alunos têm que passar ou que precisam concluir para poderem passar para as demais etapas do curso são considerados somativos. Em termos gerais, podem ser de dois tipos: exames de fim de curso ou avaliações durante o curso. O exemplo anterior da Universidade de Sidney é de avaliação somativa obrigatória. Os alunos precisam desempenhar as atividades e são avaliados pelas observações ou discussões presenciais. Eles têm um semestre para concluir as tarefas das avaliações somativas do curso. Tais avaliações

podem ser feitas ao final de um período de oito semanas, no fim do período escolar, no fim do ano, ou no fim do programa. A maior parte deste capítulo aborda sobre as exigências das avaliações do curso.

Avaliações somativas durante o curso

Há diversos tipos de avaliação que podem ser introduzidos no currículo de segurança do paciente. Muitos programas pedagógicos da área da saúde poderiam incorporar esses elementos aos portfólios existentes ou através de “históricos de realizações”.

Algumas características das práticas de “melhor avaliação” em matéria da segurança do paciente

Os seguintes princípios de avaliação servirão para atingir os objetivos de um currículo de segurança do paciente. As avaliações devem:

- impulsionar a aprendizagem na direção pretendida para atingir os resultados pedagógicos finais de um profissional de saúde recém-formado capaz de cuidar de um paciente de forma segura;
- ter um forte elemento formativo, com oportunidades periódicas para recuperação e aconselhamento durante todo o curso;
- estar integradas a, por exemplo, competências clínicas e não a determinadas disciplinas;
- estar incluídas em exames de competências clínicas e condutas profissionais em todas as etapas do curso;
- estar incluídas em exames de ciências básicas, por exemplo, integradas às ciências de saúde pública em todas as etapas do curso;
- ser progressivas e garantir que partes do conteúdo de etapas anteriores sejam incluídas em todos os exames subsequentes;
- ser desenvolvidas com a expectativa de que cumprirão as normas de garantia de qualidade;
- ser justas ao engajar tanto alunos quanto membros da equipe no processo de desenvolvimento;
- ser motivadoras e orientar os alunos na direção do que precisam aprender para realizarem práticas seguras;
- ser factíveis e aceitáveis tanto para os professores quanto para os alunos.

Como definir o que será avaliado

Definir o espectro de competências a ser testado (plano preliminar)

Em todo o mundo, os alunos estão preocupados com a quantidade de material no currículo que precisam aprender e ficam ainda mais ansiosos por não saberem o que pode ser avaliado. O corpo docente deve descrever a variedade de competências (ou conhecimentos) que serão testados, que seriam diretamente extraídos dos resultados pedagógicos do programa curricular. É importante assegurar que a avaliação planejada seja uma amostra adequada da gama de com-

petências necessárias aos egressos do final da graduação profissional em cuidados em saúde.

Algumas competências precisam ser sistematicamente avaliadas para garantir que os alunos

proveitem seus conhecimentos e os integrem à sua prática. A Tabela A.9.1 mostra os componentes distintos da segurança do paciente que podem ser usados para avaliações do final do curso de graduação na área de saúde com quatro anos.

Tabela A.9.1. Um plano preliminar que mostra as avaliações de final de curso para os componentes do currículo de segurança do paciente

Resultados pedagógicos avaliáveis	Ano em que os módulos curriculares são primeiro avaliados em um programa típico			
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4
O que é segurança do paciente?	X			
Sistemas de cuidados em saúde		X		
Comunicação		X		
Cuidados seguros ao paciente			X	
Envolvimento com pacientes			X	
Trabalho em equipe			X	
Melhoria de qualidade				X
Erros nos cuidados em saúde				X
Segurança da medicação				X

Selecione os métodos de teste adequados

É importante enfatizar que a avaliação em segurança do paciente está alinhada com os resultados pedagógicos desejados. É improvável que um único formato específico de avaliação sirva para avaliar adequadamente tudo que precisa ser avaliado. É melhor saber que há uma gama de métodos de avaliação e tomar uma decisão baseada em uma compreensão de suas forças e limitações. Deixe que o objetivo da avaliação, por exemplo, “avaliar a capacidade de relatar um episódio adverso”, ajude a decidir o formato; nesse caso, uma questão dissertativa modificada (MEQ) ou

uma questão de múltipla escolha (MCQ). Métodos de melhoria de qualidade podem ser mais bem testados por meio de um projeto estudantil. Há uma grande quantidade de conceitos básicos para ajudar a decidir o tipo mais apropriado do formato de avaliação. Um dos mais conhecidos é o triângulo de Miller, que sugere que o desempenho de um aluno é composto por quatro níveis (veja Figura A.9.3):

- sabe;
- sabe como;
- mostra como;
- faz.

Figura A.9.3. Triângulo de Miller



Por exemplo, “mostrar como” está relacionado a competências específicas que são apropriadas ao nível de perícia do aluno. Essas competências podem ser avaliadas, por exemplo, por um exame clínico objetivo estruturado por estações (OSCE).

Mais uma vez, olhando para a Figura 3, pode-se ver que o conhecimento (sabe) pode ser testado por meio de MCQs, por exemplo.

Os formatos de avaliação típicos de uma escola de profissionais de saúde podem incluir:

Escritos:

- ensaios ou dissertações;
- itens de múltipla escolha (1 de 4/5);
- perguntas de correspondência estendida (EMQ);
- perguntas de resposta curta estruturada;
- questão dissertativa modificada (MEQ);
- trabalho escrito estendido (por exemplo, relatórios de projetos, pôsteres);
- portfólios ou diários.

Práticos: desempenho no local de trabalho

- exames de estações múltiplas;
- observação direta da atuação, por exemplo, casos longos observados, miniexercício de avaliação clínica [mini CEX]);
- Avaliação 360 graus ou feedback de múltiplas fontes (MSF)
- relatórios estruturados (por exemplo, avaliações anexas);
- apresentações orais (por exemplo, projetos, discussões de caso);
- autoavaliação;
- exames orais estruturados.

Há pontos fortes e fracos em todos esses formatos, que precisam ser considerados para se escolher corretamente a avaliação de um determinado resultado pedagógico dentro de um plano curricular de segurança do paciente.

Escritos

Ensaio ou Dissertação

O ensaio tradicional é usado em alguns lugares. Há uma grande vantagem em permitir que os alunos demonstrem seu raciocínio e pensamento crítico, além das habilidades para resolver problemas. Se, por um lado, é tentador escolher ensaios que permitem aos alunos expressarem seus pensamentos, essa é uma forma de avaliação que, além de consumir muito tempo dos avaliadores, ainda está sujeita a grandes variações nas notas dadas. A chave para uma correção bem-sucedida de ensaios é a qualidade do feedback dado aos alunos. Receber uma nota sem comentários é desencorajador para alunos que desejam saber o que o avaliador achou de suas respostas. Alguns tópicos se prestam a avaliações do tipo

ensaio, mas a menos que o corpo docente disponha dos recursos disponíveis para fornecer feedback de qualidade, esse método deve ser evitado.

Pergunta de múltipla escolha/pergunta de correspondência estendida.

MCQ e EMQ são formatos muito atraentes porque podem testar uma grande amostra do currículo, podem ser corrigidas por máquinas e fornecem pontuações confiáveis sobre a habilidade do aluno. No entanto, sua maior desvantagem para o ensino da segurança do paciente é que tendem a testar apenas os conhecimentos. Por exemplo, esse método pode ser usado para testar se um aluno conhece as características de equipes bem-sucedidas, mas essa avaliação não pode testar se o aluno aplica quaisquer desses conhecimentos na prática. As EMQ foram criadas para evitar o problema do “chute” nas provas de múltipla escolha. Veja um exemplo de uma MCQ na Parte B, Anexo 2.

Questão dissertativa modificada/característica principal

Nos MEQs ou formatos de característica principal (*key feature formats*) são criadas perguntas para serem respondidas entre 5 e 10 minutos; elas estimulam respostas curtas para cenários adequados. Fornecer uma resposta modelo e um critério de correção ajuda os examinadores a manter certa uniformidade. Várias MEQs sobre diversos assuntos podem ser concluídos, usando o mesmo tempo que um aluno levaria para responder a uma única pergunta do tipo ensaio, cobrindo apenas uma área do currículo. Veja um exemplo para a enfermagem na Parte B, Anexo 2.

Portfólio/diário de bordo

Trata-se de um espectro de métodos de avaliação que podem ser facilmente vinculados aos principais resultados pedagógicos. Incluem desde um registro das atividades profissionais por meio de um relatório de realizações durante um segmento do programa até documentações que apoiam uma apreciação anual completa com planos pedagógicos. Um componente especialmente útil do portfólio é o incidente crítico. Pode-se pedir para os alunos refletirem de uma forma estruturada sobre situações que observaram em que a segurança do paciente era uma questão. Os alunos entregam seus portfólios ou diários para serem corrigidos por um tutor apropriado.

Clínica/prática

Uma vasta quantidade de evidências científicas sugere que contar com mais de um observador melhora a precisão das avaliações de competências. É muito importante que se incorporem temas relacionados à segurança do paciente nos critérios de avaliação no treinamento do examinador e nas sessões de *feedback* de cada uma das avaliações usadas no contexto da escola de profissionais de

saúde. Se o tópico for avaliado separadamente, os alunos vão entender segurança do paciente como algo adicional, e não como parte integrante dos cuidados seguros ao paciente.

Exame clínico objetivo estruturado (OSCE)

OSCE compreende um circuito de pequenos casos clínicos simulados e avaliados por um paciente padronizado ou por um instrutor/docente clínico. A segurança do paciente pode ser incorporada, pelo menos como um item na lista de verificação correspondente a cada cenário simulado. De maneira alternativa, um só caso pode ser inteiramente dedicado à segurança do paciente, por exemplo, como comunicar um evento adverso a um paciente simulado que recebeu uma medicação errada. Os casos em que o aluno tem que olhar quadros terapêuticos, resultados de testes, radiografias ou investigações são chamados de estações estáticas, uma vez que não exigem que o aluno seja observado. Isso permite, por exemplo, simular erros de prescrição e registrar as medidas adotadas pelos alunos. Para ler exemplo de um OSCE, veja a Parte B do Anexo 2.

Feedback de fontes múltiplas (MSF)

MSF são opiniões colhidas de vários profissionais de cuidado em saúde ou de seus pares sobre o aluno no ambiente da aprendizagem clínica. O ideal seria incluir itens relativos à boa comunicação e aos cuidados seguros ao paciente nos formulários de avaliação.

Minixercício clínico avaliativo (mini-CEX)

Um minixercício clínico avaliativo é aquele em que o supervisor ou instrutor observa um aluno colher a história, realizar um exame ou exercício de comunicação com um paciente real e o avalia em

vários aspectos. Pontuações acumuladas em vários encontros são usadas para determinar a competência do aluno. Mais uma vez, é importante incluir elementos de segurança do paciente no formulário de avaliação. Em um minixercício clínico avaliativo é particularmente importante que os avaliadores sejam bem preparados e que os treinadores dos instrutores/supervisores incluam referências à segurança do paciente nas sessões de treinamento.

Avaliações ao final das práticas clínicas/escalas de avaliação global

Essa avaliação visa a dar credibilidade ao progresso de um aluno e geralmente é realizada por um instrutor ou supervisor, com base no seu conhecimento pessoal ou após discussões com colegas. Os critérios de segurança do paciente precisam ser incluídos.

Discussão de caso clínico (CBD)

O CBD é uma discussão estruturada de casos a cargo do instrutor/supervisor que se concentrará no raciocínio clínico ou profissional e na tomada de decisões. Requer casos reais nos quais o aluno esteja envolvido. É uma técnica relativamente pouco explorada para verificar a compreensão das questões de segurança do paciente quando relacionadas a casos reais.

Como associar a avaliação com os resultados pedagógicos esperados

É sempre importante associar avaliações a resultados pedagógicos desejados. A maior parte dos currículos terá resultados pedagógicos, alguns mais detalhados do que outros. Na Tabela A.9.2, a lista completa de resultados pedagógicos para segurança do paciente pode ser facilmente relacionada com as avaliações adequadas.

Tabela A.9.2 Amostras de resultados pedagógicos típicos ao final de um programa pedagógico de segurança do paciente, com formatos de avaliação mais comuns

Competências	Formatos de avaliação
Cuidados seguros para o paciente: sistemas Entender a complexa interação entre ambiente, profissional da saúde e paciente	Ensaio; avaliação formativa atesta que o aluno de cuidados em saúde acompanhou um paciente durante sua jornada clínica e que depois participou de uma pequena discussão de grupo.
Tomar ciência quanto aos mecanismos que minimizam erros, por exemplo, listas de verificação, protocolos clínicos	Avaliação formativa assinada por instrutor ou supervisor atesta que o aluno participou de atividade extra ou fora de seu expediente.
Exercer cuidados seguros: risco e prevenção	MCQ/MEQ
Conhecer as principais fontes de erro e risco no local de trabalho	Ensaio/MEQ
Compreender como limitações pessoais contribuem para o risco	Exame Oral/Portfólio

Promover a conscientização dos riscos no local de trabalho identificando e notificando riscos potenciais aos pacientes e à equipe	Portfólio
Cuidados seguros ao paciente: eventos adversos e near misses	
Compreender o dano causado por erros e falhas sistêmicas	Ensaio/MEQ
Tomar consciência dos princípios de informação de eventos adversos de acordo com os sistemas locais de notificações de incidentes	MEQ
Compreender os princípios de gerenciamento de eventos adversos e <i>near miss</i>	MEQ
Compreender as questões-chave de saúde de sua comunidade	MCQ
Tomar consciência dos procedimentos para informar as autoridades sobre "doenças notificáveis"	MCQ
Compreender os princípios de gerenciamento de surtos de doenças	MEQ
Cuidados seguros ao paciente: controle de infecções	
Compreender a seleção cautelosa de antibióticos e antivirais	MCQ
Praticar as técnicas antissépticas e corretas de higiene das mãos	OSCE
Usar sempre métodos para minimizar a transmissão entre pacientes	OSCE
Conhecer os riscos associados às investigações e aos procedimentos radiológicos	MCQ/MEQ
Saber como solicitar, de maneira adequada, as investigações e os procedimentos radiológicos	MEQ
Cuidados seguros ao paciente: segurança da medicação	
Conhecer as medicações mais comuns envolvidas em erros de prescrição e administração	MCQ
Saber como prescrever e administrar medicações de forma segura	OSCE
Conhecer os procedimentos para notificar erros de medicação/ <i>near misses</i> , de acordo com as exigências locais	Portfólio
Comunicação	
Interação com o paciente: contexto	
Entender o impacto do ambiente na comunicação, por exemplo, privacidade, local	MEQ
Usar boa comunicação e conhecer seu papel nas relações eficazes dos cuidados em saúde	OSCE
Desenvolver estratégias para lidar com pacientes difíceis e vulneráveis	OSCE
Interação com o paciente: respeito	
Tratar os pacientes com cortesia e respeito, demonstrando consciência e sensibilidade a culturas e históricos diferentes	OSCE/mini-CEX
Manter privacidade e confidencialidade	
Fornecer informações claras e honestas aos pacientes e respeitar suas escolhas de tratamento	OSCE/mini-CEX
Interação com o paciente: fornecer informações	
Compreender os princípios da boa comunicação	OSCE/mini-CEX/MSF
Comunicar-se com pacientes e cuidadores de forma que eles entendam	OSCE
Envolver os pacientes em discussões sobre seus cuidados	Portfólio
Interação com o paciente: encontros com os familiares ou cuidadores	
Entender o impacto da dinâmica familiar na comunicação eficiente	Portfólio
Assegurar que familiares e cuidadores relevantes sejam incluídos adequadamente em encontros e tomadas de decisões	Portfólio
Respeitar o papel das famílias nos cuidados à saúde do paciente	MEQ/Portfólio
Interação com o paciente: como dar más notícias	
Entender a perda e o luto	MEQ
Participar das comunicações de más notícias aos pacientes e cuidadores	OSCE
Mostrar solidariedade e compaixão	OSCE
Interação com o paciente: a revelação do erro (disclosure)	
Entender os princípios da revelação do erro	MEQ
Assegurar que os pacientes sejam apoiados e cuidados após um evento adverso	OSCE
Demonstrar compreensão com os pacientes que passaram por um evento adverso	OSCE
Interação com o paciente: queixas	
Compreender os fatores que podem levar a queixas	MEQ/Portfólio
Responder adequadamente às queixas usando os procedimentos locais	OSCE
Adotar comportamentos que evitem queixas	OSCE

Ferramentas e material de referência

Newble M et al. Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213-220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 2006, 28:535-543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality and Safety in Health Care* 2006, 15:437-42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41-67.

Discussão de caso clínico

Southgate L et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Medical Education*, 2001,35 (Suppl. 1):S9-S19.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63-S67.

Miniexercício clínico avaliativo

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*, 2005, 2:25-30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:476-481.

Feedback de fontes múltiplas

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. *British Medical Journal*, 2005, 330:1251-1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *British Medical Journal*, 2003, 326:546-548.

Questões de múltipla escolha

Case SM, Swanson DB. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Exame clínico objetivo estruturado

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 2004, 35:199-203.

Portfólios

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*, 2002, 36:918-924.

Referências

1. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63-S67.

10. Como avaliar os planos curriculares de segurança do paciente?

Introdução

Nesta sessão, resumimos alguns princípios gerais acerca da avaliação. Após a publicação deste documento, a OMS planeja disponibilizar as ferramentas padrão de avaliação para este plano curricular.

Cotidianamente nos deparamos com alguma forma de avaliação: que alimento comer, que roupa vestir, que filme assistir. A avaliação do programa pedagógico é um importante componente de qualquer plano curricular e deve ser incluída na estratégia de implementação dos programas de segurança do paciente em sua instituição, hospital ou sala de aula. Ela pode ser tão simples quanto solicitar que os alunos preencham um questionário, após uma atividade sobre segurança do paciente, ou tão complexa quanto fazer uma revisão integral do currículo, o que pode envolver pesquisas com grupos focais de alunos e funcionários, observação de sessões pedagógicas de docentes, além de outros outros métodos de avaliação.

A avaliação envolve três passos principais:

- desenvolver um plano de avaliação;
- coletar e analisar informações;
- disseminar os resultados visando à capacitação das partes interessadas.

Como a avaliação do programa pedagógico difere da avaliação de desempenho dos estudantes?

As terminologias “avaliação do programa pedagógico” e “avaliação de desempenho dos estudantes” podem ser confundidas em alguns países. O modo mais fácil de lembrar a diferença entre “assessment” e “evaluation”¹ é que o primeiro diz respeito à avaliação de aprendizagem dos alunos, enquanto que “evaluation” verifica o quê e como foi ensinado. Na avaliação de desempenho do estudante, a informação é coletada de uma única fonte (o estudante), enquanto que para a avaliação do programa curricular, a informação pode ser coletada de várias fontes (estudantes, pacientes, professores e/ou outras partes interessadas).

1. N.T.: Essa diferenciação não existe na língua Portuguesa. Ambos os termos são traduzidos por “avaliação”.

Assessment = avaliação de desempenho dos alunos

Evaluation = avaliação da qualidade dos cursos/ programas e da qualidade do ensino

Primeira etapa: Desenvolver um plano de avaliação

O que está sendo avaliado?

O primeiro passo fundamental no desenvolvimento de um plano de avaliação é identificar o objeto a ser avaliado: Trata-se de uma única aula a respeito de segurança do paciente? É um plano curricular inteiro? Estamos avaliando a capacidade da faculdade de implementar o conteúdo? Estamos avaliando o desempenho/a eficiência do professor? Objetos de avaliação podem ser classificados como política, programa, produto ou indivíduo [1] - e tudo pode ser aplicado ao contexto educacional.

Quais são as partes interessadas?

Há muitas partes interessadas na avaliação da educação em segurança do paciente. No entanto, é importante identificar o principal público interessado, já que isso impactará as questões que serão verificadas para a avaliação. O público principal interessado pode ser a universidade, os profissionais relevantes do corpo docente, a administração hospitalar, os professores, os alunos ou os pacientes. Por exemplo, se você for um professor interessado em saber como seus alunos responderam à introdução do tema de segurança do paciente em seu curso, você é considerado um interessado principal.

Qual é o propósito da avaliação?

Depois de identificar o(s) principais interessado(s), o próximo passo é decidir o que se deseja atingir com a avaliação. Que perguntas queremos responder. Essas questões podem variar dependendo do seu papel no ensino de segurança do paciente. A Tabela A.10.1 ilustra os tipos de perguntas que podem ser feitas, dependendo do interessado principal.

Tabela A.10.1. Exemplos de perguntas feitas pelas partes interessadas

Partes interessadas	Possíveis perguntas para avaliação
Administradores de hospitais/equipe clínica	Ensinar segurança do paciente para profissionais de saúde pode resultar em uma diminuição do número de eventos adversos?
Professores universitários	Como este plano curricular de segurança do paciente pode ser melhor implementado em nossa instituição?
Cada professor	Estou apresentando o plano curricular de forma eficaz? Os alunos estão interessados em aprender o tema segurança do paciente? Eles estão usando os princípios de segurança do paciente em seus locais de atuação?

Qual(is) forma(s) de avaliação são mais apropriadas? As formas de avaliação do programa pedagógico podem ser categorizadas da seguinte maneira: proativas, clarificativas, interativas, de monitoramento e de impacto [2]. As formas diferem de acordo com o objetivo principal da avaliação,

com as fases de implementação do programa/ currículo em que você se encontra, os tipos de perguntas que você está fazendo e as principais abordagens necessárias. A Tabela A.10.2 mostra um resumo de cada tipo de avaliação do programa pedagógico.

Tabela A.10.2. Tipos de avaliação do programa pedagógico

Propósito	Proativa	Clarificativa	Interativa	Monitoramento	Impacto
Orientação	Síntese	Clarificação	Melhoria	Justificação	Justificação
				Ajuste	Responsabilidade
Foco principal	Contexto para o currículo	Todos os elementos	Produto	Produto	Produto
				Resultados	Resultados
Estado do programa/ Currículo	Nenhum (ainda não implementado)	Fase de desenvolvimento	Fase de desenvolvimento	Estabelecido	Estabelecido
				Implementado	Implementado
Tempo relativo à implementação	Antes	Durante	Durante	Durante	Depois
Principais abordagens	Avaliação das necessidades	Análise da avaliação	Receptividade	Análise de componentes	Baseado em objetivos
	Revisão da literatura	Desenvolvimento lógico	Pesquisa-ação	Avaliação de desempenho transferida	Baseado em necessidades
		Acreditação	Desenvolvimento	Análise de sistemas	Sem objetivos
			Empoderamento		Resultado do processo
			Revisão da qualidade		Realista
					Auditoria de desempenho
Coleta de provas	Revisão de documentos e banco de dados	Combinação de análise de documentos, entrevistas e observação	Observação local	Uma abordagem de sistemas requer disponibilidade da gestão dos sistemas de informação	Projetos de pesquisa pré-ordenados
	Questionários		Tratamento e grupos de controle onde é possível		
	Visitas locais, grupos focais, técnica de grupos nominais	Descobertas incluem planos de programa e implicações para organização. Podem levar à melhora na motivação.	Entrevistas	uso de indicadores, e uso prático da informação de desempenho	Observação
	Técnica Delphi para avaliação das necessidades		Grupos focais		Testes e outras informações quantitativas
		Nível da estrutura da informação depende da abordagem.		Determinar todos os resultados requer o uso de métodos mais exploratórios e provas qualitativas	
		Pode envolver provedores (professores) e participantes do programa (estudantes)			

Tipos de questões	Existe a necessidade de um programa?	Quais são os resultados pretendidos e como o programa está elaborado para atingi-los?	Quais os objetivos do programa?	O programa atinge a população-alvo?	O programa foi implementado como planejado?
	O que sabemos sobre o problema que o programa abordará?	Qual é a linha principal do programa?	O produto obtido é bom?	Como o programa está evoluindo?	A reunião de implementação estabelece objetivos e parâmetros referenciais?
O que é reconhecido como a melhor prática?	Quais elementos precisam ser modificados para maximizar os resultados pretendidos?	O produto é consistente com o plano do programa?	O produto é bom?	Como a implementação está acontecendo entre as unidades?	As necessidades dos estudantes, professores e outros que utilizam o programa foram atendidas?
	O programa é plausível?	Como o programa poderia ser mudado para ser mais eficaz?	Como essa organização poderia ser modificada para tornar o programa mais eficaz?	Como está a implementação atual se comparada a 1 mês/6 meses/ 1 ano atrás?	Quais são os resultados inesperados?
	Quais aspectos do programa são passíveis de acompanhamento posterior para avaliação de impacto?			Seus custos estão aumentando ou diminuindo?	Como as diferenças na implementação afetam os resultados do programa?
				Como podemos ajustar o programa para torná-lo mais eficiente? Mais eficaz?	O programa é mais eficiente para alguns participantes do que para outros?
				Existem partes de programas que precisam de atenção para garantir resultados mais eficazes?	O programa tem uma boa relação custo-benefício?

Fonte: Adaptado de Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 2006[1].

Segunda etapa: Coletar e analisar informações

Coleta

Há várias fontes de dados e métodos de coleta a serem considerados na avaliação de um currículo de segurança do paciente ou de qualquer outro objeto. Quantos e quais você utiliza depende do propósito da forma, da abrangência e da escala da avaliação. As fontes potenciais de dados incluem:

- estudantes (futuros, atuais, ex-alunos, desistentes);
- o próprio pesquisador (engajar-se em autorreflexão);
- colegas (parceiros de ensino, tutores, professores externos);
- especialistas em elaboração de disciplinas e currículos;
- equipe de desenvolvimento profissional;
- graduados e empregadores (exemplo: hospitais);
- documentos e gravações (exemplo: material didático, avaliações gravadas).

Os dados podem ser coletados a partir das fontes acima e de diversas formas, incluindo reflexão pessoal, questionários, grupos focais, entrevistas individuais, observação e documentos/registros.

Autorreflexão

A autorreflexão é uma atividade importante para todos os educadores e tem um papel relevante na avaliação. Um método eficiente de reflexão engloba:

- escrever sua experiência de ensino (nesse caso, em educação de segurança do paciente) ou *feedback* recebido de outras pessoas;
- descrever como se sentiu e se ficou surpreso com esses sentimentos;
- reavaliar sua experiência no contexto das hipóteses feitas [3]: "Eram boas hipóteses? Por que sim ou por que não?"

A prática da autorreflexão permitirá o desenvolvimento de novas perspectivas e de um maior comprometimento com a ação, em termos de melhoria do currículo e/ou aprimoramento do ensino.

Questionários

Questionários são, de longe, o método mais comum de coleta de dados. Eles fornecem informações sobre o conhecimento das pessoas, suas crenças, atitudes e comportamentos [4]. Se você

está interessado em atividades educacionais de segurança do paciente, é importante usar um questionário previamente validado e publicado. Isso poupará tempo e recursos, e permitirá que você compare seus resultados com os de outros estudos usando o mesmo instrumento. É sempre útil, como um primeiro passo, pesquisar a literatura para verificar as ferramentas já existentes.

É mais comum, no entanto, que professores/ faculdades/universidades decidam desenvolver questionários para uso próprio e individual. Eles podem ter perguntas abertas ou fechadas e podem ter uma grande variedade de formatos, como: múltipla escolha, escalas de classificação, ou texto livre. Um questionário bem elaborado é parte integrante da coleta de dados de qualidade, e muito tem sido escrito sobre a importância do seu layout e da construção adequada de seus itens [5]. É importante consultar uma das referências ou recursos fornecidos, antes de desenvolver um questionário de avaliação do ensino da segurança do paciente ou do plano curricular.

Grupos focais

Grupos focais são úteis como um método exploratório e uma forma de revelar as perspectivas dos estudantes ou tutores [6]. Eles frequentemente fornecem informações mais profundas do que os questionários e permitem uma exploração flexível e interativa das atitudes e experiências relacionadas à mudança curricular. Podem ser utilizados em conjunto com questionários ou com outros métodos de coleta de dados como um meio de verificar ou triangular dados e podem variar em termos de estrutura e de apresentação, abrangendo desde um formato oral informal e flexível até um rigidamente regulamentado e formal.

Dependendo dos recursos disponíveis e do nível de análise que se busca, pode ser preferível o registro de grupos focais, por meio de áudio ou vídeo, além dos registros escritos, ou para substituir estes.

Entrevistas individuais

Entrevistas individuais proporcionam a oportunidade para explorar mais as atitudes em relação a potenciais mudanças curriculares e às experiências com o currículo, uma vez implementado. Como acontece com grupos focais, elas podem ter um formato não-estruturado, semiestruturado ou estruturado, de acordo com um modelo. Embora entrevistas individuais forneçam informações sobre uma faixa mais estreita de experiência do que os grupos focais, elas também permitem que o entrevistador explore mais profundamente os pontos de vista e as experiências de um indivíduo específico. Entrevistas individuais podem ser um método útil para a obtenção de dados de avaliação de colegas, instrutores, supervisores ou líderes docentes e administradores.

Observação

Para algumas formas de avaliação pode ser útil realizar observações de sessões pedagógicas sobre segurança do paciente para obter uma compreensão mais profunda de como o material está sendo apresentado e/ou recebido.

As observações devem envolver o uso de um quadro para ajudar a estruturar as observações. Esse quadro pode ser relativamente estruturado (por exemplo: um simples rascunho) ou muito estruturado (por exemplo: o observador classifica o objeto da avaliação em uma variedade de dimensões predefinidas e faz comentários para cada uma delas).

Documentos/registros

Como parte da avaliação, você deve examinar documentos ou estatísticas, como materiais de ensino utilizados ou dados coletados sobre o desempenho do estudante. Outras informações, como dados do hospital a respeito de eventos adversos, também podem ser úteis, dependendo das questões a serem avaliadas.

Análise

A coleta de dados pode incluir um ou mais dos métodos acima, além de outros não citados. Em ambos os casos, há três elementos interconectados a considerar em termos de análise de dados [1]:

- disposição dos dados: organização e montagem de informações coletadas de forma significativa;
- redução dos dados: simplificação dos dados e transformação da informação em uma versão mais aplicável ao trabalho;
- conclusão: construção de significados, partindo dos dados relativos às questões da avaliação.

Terceira etapa: Disseminar as descobertas e partir para a ação

Com muita frequência, as conclusões e recomendações das avaliações não são postas em prática. O primeiro passo para evitar isso é assegurar que essa informação valiosa seja veiculada de maneira significativa para todas as partes interessadas. Se a avaliação está relacionada à qualidade do ensino de segurança do paciente, então, os resultados (ex.: de questionários de estudantes ou sessões de ensino observadas por pares) devem ser enviados e discutidos não só com a administração, mas também com os professores. Brinko [7] apresentou uma excelente revisão das melhores práticas do processo de *feedback* para alunos e colegas. É importante que qualquer *feedback* seja recebido de modo a estimular o crescimento ou a melhoria. Se a avaliação foca na eficiência do currículo de segurança do paciente, as conclusões e recomendações para melhoria devem ser comunicadas àqueles que participaram da implementação do currículo (ex.: nos níveis da instituição, do corpo

docente, do professor e do estudante). O formato da disseminação deve ser significativo e relevante. A comunicação eficiente dos resultados da avaliação, das descobertas e das recomendações são catalisadores fundamentais para implementar melhorias no ensino da segurança do paciente e no projeto do currículo.

(Por exemplo, no nível das instituições, professores e alunos). O formato para a divulgação deve ser significativo e relevante. A comunicação eficaz de avaliação dos resultados, conclusões e recomendações da avaliação é um catalisador fundamental para melhorias no ensino e na elaboração de currículos sobre segurança do paciente.

Ferramentas e materiais de referência

Os seguintes recursos podem ser úteis em vários estágios do planejamento e da implementação da avaliação:

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006, 40:314-321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. Program development and evaluation, 2008 (<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/>; Acesso em 17 de fevereiro de 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269-1272.

Referências

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312-1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187-189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin-Extension, 1998 (<http://learningstore.uwex.edu/pdf/G36582.pdf>; Acesso em 17 de fevereiro de 2010).

6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742-750.

7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574-593.

11. Ferramentas e recursos on-line

Cada tópico tem um conjunto de ferramentas que foram selecionadas na internet e projetadas para auxiliar os profissionais e estudantes da área de saúde a melhorar os cuidados com os pacientes. Incluímos somente ferramentas que estão disponíveis de forma gratuita na internet. Todos esses sites estavam acessíveis em janeiro de 2011.

Estão incluídos na lista exemplos de diretrizes, listas de verificação, *sites*, bancos de dados, relatórios e fichas técnicas. Poucas dessas ferramentas passaram por um rigoroso processo de validação. A maioria das medidas de qualidade tende a estar relacionada aos processos de atendimento e de qualidade que se aplicam a pequenos grupos de pacientes em ambientes altamente contextualizados [1], como uma enfermaria, uma unidade de reabilitação ou uma clínica.

A maioria das iniciativas de segurança do paciente exige que profissionais de saúde avaliem seus passos no processo de cuidar. Ao fazê-lo, será possível afirmar se as mudanças planejadas fizeram qualquer diferença para os cuidados ao paciente ou para os resultados. Concentrar-se na avaliação foi um passo necessário e importante no ensino da segurança do paciente; se não avaliarmos, como saberemos que uma melhoria foi obtida? Embora não se espere que os alunos possam avaliar seus resultados até a formatura, eles devem estar familiarizados com o PDSA que forma a base das avaliações.

Muitas ferramentas na internet incorporam o ciclo PDSA.

Referência

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 6:696-699.

12. Como promover uma abordagem internacional para o ensino de segurança do paciente

O impacto da segurança dos pacientes em todos os países

Em 2002, os Estados Membros da OMS entraram em acordo acerca de uma resolução da Assembleia Mundial de Saúde sobre segurança do paciente, reconhecendo a necessidade de reduzir os danos e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias e os benefícios econômicos de melhorar a segurança do paciente. A extensão do dano ao paciente tinha sido demonstrada pela publicação de estudos de diversos países, incluindo Austrália, Canadá, Dinamarca, Nova Zelândia, Reino Unido (UK) e os Estados Unidos da América (EUA). As preocupações relativas à segurança do paciente são internacionais e, em geral, sabe-se que os eventos adversos são subnotificados com frequência considerável. Embora a maioria das pesquisas sobre segurança do paciente tenha sido realizada na Austrália, no Reino Unido e nos Estados Unidos e em uma série de outros países europeus, defensores da segurança do paciente desejam vê-la adotada em todos os países ao redor do mundo, e não apenas naqueles que tiveram recursos para estudar e publicar iniciativas sobre o tema. Essa internacionalização requer novas abordagens para a formação dos futuros médicos e profissionais da saúde.

Globalização

O movimento global de enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde tem gerado muitas oportunidades para melhorar o ensino de pós-graduação e o treinamento na área da saúde. A mobilidade de estudantes e professores e a interligação de especialistas internacionais em elaboração de currículos, métodos de ensino e de avaliação, combinados com campus local e ambientes acadêmicos e clínicos locais, levaram a um consenso em relação ao que constitui um bom ensino em cuidados à saúde [1].

A OMS tem apontado para um *deficit* global de 4,3 milhões de profissionais de saúde. A “fuga de cérebros” na área dos cuidados à saúde aprofunda a crise nos países em desenvolvimento.

Há evidências de que os países em desenvolvimento que investiram na formação das futuras gerações de profissionais de saúde viram seus talentos serem roubados pelo comportamento predatório dos sistemas de saúde de países com economias avançadas ou em transição, durante os períodos de escassez da força de trabalho nesses locais [2].

A globalização dos serviços de cuidados clínicos forçou os educadores da área a reconhecer os desafios de preparar todos os estudantes das carreiras de saúde, não somente para trabalhar no país de formação, mas também para trabalhar em outros sistemas de saúde. Harden [3] descreveu um modelo tridimensional da formação médica, relevante para todo ensino profissional de cuidados à saúde, com base no:

- estudante (local ou internacional);
- professor (local ou internacional);
- currículo (local, importado ou internacional).

Na abordagem tradicional de ensino e aprendizagem de segurança do paciente, os estudantes e professores locais usam um currículo local. No modelo internacional ou do estudante estrangeiro, alunos de um país buscam um currículo ensinado em outro país e desenvolvido por professores de um terceiro. No modelo de campus satélites, estudantes, geralmente locais, têm um currículo importado, ministrado por professores internacionais e locais.

A segunda consideração importante na internacionalização do ensino de cuidados à saúde é o custo das tecnologias de ensino on-line que permitem uma interconectividade global em que o fornecedor de um recurso de ensino, o professor do recurso e o estudante não precisam estar no campus, em um hospital ou em uma comunidade simultaneamente.

O estilo antiquado de currículo enfatiza a mobilidade de estudantes, professores e currículo

através das fronteiras entre dois países, mediante um acordo mútuo, com grandes expectativas de que o país onde será realizado o exercício profissional fornecerá a maior parte do treinamento aos estudantes após se formarem.

A nova forma que envolve a internacionalização da educação da segurança do paciente é integrada e incorporada a um programa curricular e envolve a colaboração entre várias instituições de ensino em diferentes países. Nessa abordagem, os princípios da segurança do paciente são ensinados em um contexto global em vez do contexto de um único país.

Esse modelo oferece uma gama considerável de desafios e oportunidades para a colaboração internacional no ensino de segurança do paciente. Este Guia Curricular serve como uma excelente base para essa colaboração. É importante que as normas internacionais das instituições internacionais de ensino de saúde sejam revisadas para assegurar a inclusão dos princípios de segurança do paciente. Em nível mais local, é importante que os países personalizem e adaptem os seus materiais. Um bom exemplo de abordagem internacional para a educação dos cuidados à saúde é a experiência com escolas de medicina virtuais [4]. Aqui, diversas universidades internacionais colaboraram para formar uma escola médica virtual dedicada ao ensino e à aprendizagem avançados. Esse modelo poderia ser adaptado à segurança do paciente. O *People's Open Access Education Initiative: Peoples-uni* (<http://www.peoples-uni.org/>; acesso em 17 de fevereiro de 2011) elaborou um currículo *on-line* de segurança do paciente para profissionais de saúde que não têm condições de fazer cursos de pós-graduação mais dispendiosos.

Componentes comuns de um currículo virtual de segurança do paciente são:

- uma biblioteca virtual que forneça acesso a recursos atualizados, a ferramentas e a atividades de aprendizagem, e a literatura internacional sobre segurança do paciente (por exemplo, os tópicos);
- um recurso “pergunte-ao-especialista” que dá acesso *on-line* a especialistas em segurança do paciente de diferentes países;
- um banco virtual de casos de segurança do paciente, com ênfase em riscos éticos, transparência e pedido de desculpas;
- uma abordagem de segurança do paciente culturalmente consciente e que respeite as competências;
- um banco de avaliação dos elementos de segurança do paciente para compartilhamento (por exemplo, o *Hong Kong International Consortium for Sharing Student Assessment Banks*, que é um grupo de escolas de medicina internacionais que mantém um banco formativo e cumulativo de elementos de avaliação de acompanhamento e verificação dos itens em todos os aspectos de cursos de medicina).

São poucos os especialistas e desenvolvedores de produção que trabalham em conteúdo pedagógico de segurança do paciente. Eles trabalham distantes uns dos outros e, muitas vezes, de forma isolada. Isso impede o compartilhamento de informações, inovações e desenvolvimentos, o que muitas vezes, resulta em duplicação desnecessária de recursos e atividades de aprendizagem. Uma abordagem internacional da formação em segurança do paciente garantiria uma genuína capacitação em ensino e treinamento da segurança do paciente no mundo inteiro.

Essa é uma maneira pela qual os países desenvolvidos podem compartilhar seus recursos curriculares com aqueles em desenvolvimento.

Referências

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002, 24:125-129.
2. World Health Organization, *Working together for Health*, The World Health Report 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf; acesso em 15 de junho de 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Suppl.): S22-S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.





Parte B

Tópicos do Guia Curricular

**Guia Curricular de Segurança
do Paciente da OMS: Edição
Multiprofissional**

Definições dos conceitos-chaves

Marco conceitual da OMS para classificação internacional relativa à segurança do paciente. Relatório Técnico Final 2009.

1. **Reação adversa:** complicação inesperada decorrente de uma ação justificada que seguiu o procedimento correto para o contexto em que ocorreu o evento.
2. **Agente:** objeto, substância ou sistema que age para produzir mudança.
3. **Atributos:** qualidades, propriedades ou características de alguém ou de algo.
4. **Circunstância:** situação ou fator que pode influenciar um **evento**, um **agente**, uma ou mais pessoas.
5. **Classe:** grupo ou conjunto de coisas semelhantes.
6. **Classificação:** organização de **conceitos** por **classes** e suas subdivisões, vinculadas de forma a expressar as **relações semânticas** entre elas.
7. **Conceito:** tudo que contém significado.
8. **Fator contribuinte:** **circunstância**, ação ou influência que se acredita ter contribuído para a origem ou o desenvolvimento de um **incidente**, ou para aumentar o **risco** de um **incidente**.
9. **Extensão do dano:** severidade e duração do dano, bem como quaisquer implicações terapêuticas, resultantes de um **incidente**.
10. **Detecção:** ação ou circunstância que resulta na descoberta de um **incidente**.
11. **Deficiência:** qualquer tipo de comprometimento de estrutura ou função orgânica, limitação da atividade e/ou restrição de participação na sociedade, relacionado a um **dano** passado ou presente.
12. **Doença:** toda disfunção fisiológica ou psicológica.
13. **Erro:** falha na execução de uma ação corretamente planejada ou aplicação de um plano de maneira incorreta.
14. **Evento:** algo que acontece a um **paciente** ou o envolve diretamente.
15. **Dano:** comprometimento de estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial decorrente disso. Dano inclui **doença**, **lesão**, **sofrimento**, **deficiência** e morte.
16. **Incidente com dano (evento adverso):** um **incidente** que resultou em dano a um paciente.
17. **Perigo:** **circunstância**, **agente** ou ação com potencial de causar dano.
18. **Saúde:** estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de **doença** ou enfermidade.
19. **Cuidados em saúde:** serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restabelecer a **saúde**.
20. **Dano associado aos cuidados em saúde:** dano decorrente ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados em saúde, mas não associado a uma **doença** ou **lesão subjacente**.
21. **Características do incidente:** determinados **atributos** de um **incidente**.
22. **Tipo de incidente:** termo descritivo de uma categoria formada por incidentes de natureza comum, agrupados por determinadas características compartilhadas.
23. **Lesão:** dano a tecidos causado por um **agente** ou **evento**.
24. **Fator atenuante:** ação ou **circunstância** que previne ou modera o risco de um **incidente** causar lesão a um **paciente**.
25. **Near miss (quase erro):** **incidente** que não atingiu o paciente.

26. **Incidente sem dano:** incidente que atingiu o paciente, mas não resultou em dano perceptível.
27. **Paciente:** toda pessoa que recebe cuidados em saúde.
28. **Características do paciente:** determinados atributos de um paciente.
29. **Resultados no paciente:** impacto sobre o paciente total ou parcialmente atribuível a um incidente.
30. **Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ligado aos cuidados em saúde.
31. **Incidente de segurança do paciente:** um evento ou uma circunstância que poderia ter resultado, ou de fato resultou, em dano desnecessário a um paciente.
32. **Evitável:** aceito pela comunidade como possível de se evitar em determinado conjunto de circunstâncias.
33. **Circunstância notificável:** situação na qual houve potencial significativo para dano, mas nenhum incidente ocorreu.
34. **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer.
35. **Segurança:** redução de risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável.
36. **Relação semântica:** a maneira como coisas (tais como classes ou conceitos) estão associadas entre si, com base em seu significado.
37. **Efeito colateral:** efeito conhecido, para além do que era inicialmente pretendido, relacionado às propriedades farmacológicas de uma medicação.
38. **Sofrimento:** a experiência de algo subjetivamente desagradável.
39. **Violação:** desvio deliberado de um procedimento, um padrão ou uma regra vigente.

Fonte: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety* Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; acesso em 11 de março de 2011).

Definições de outras fontes

1. **Infecção associada aos cuidados em saúde:** infecção que não existia nem estava incubada na hora da admissão do paciente e que normalmente se manifesta três noites após sua admissão no hospital [1].

2. **Cultura de segurança do paciente:** cultura que possui os cinco seguintes atributos de alto nível que os profissionais de saúde devem se empenhar para colocar em prática durante a implantação de sistemas sólidos de gerenciamento de segurança; (1) uma cultura segundo a qual todos os trabalhadores dos cuidados em saúde (incluindo o pessoal de atendimento direto ao paciente, médicos e administradores) assumem a responsabilidade pela própria segurança, a dos colegas de trabalho, a dos pacientes e a dos visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança acima de objetivos financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que estabelece um aprendizado organizacional a partir de acidentes ocorridos; (5) uma cultura que fornece estruturas, responsabilidades e recursos apropriados para manter sistemas de segurança eficientes [2].

Referências

1. National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

Chave para entender os símbolos

Número do *slide* 

Número do tópico T1 → 

Grupos 

Palestra 

Exercícios de simulação 

DVD 

Livro 

Introdução aos tópicos do Guia Curricular

Cuidado centrado no paciente

Este Currículo centrado no paciente foi escrito especialmente para os estudantes e profissionais de saúde e coloca os pacientes, clientes e cuidadores no centro da aprendizagem e da prestação de serviços em cuidados em saúde. Os conhecimentos, tanto os básicos como os aplicados, e a demonstração da atuação necessária apresentados nestes tópicos levam os alunos e profissionais de saúde a refletir sobre como incorporar os conceitos e princípios de segurança do paciente à sua prática cotidiana.

Em todos os países, os pacientes e a comunidade como um todo são observadores predominantemente passivos das mudanças significativas que acontecem em relação aos cuidados em saúde. Muitos pacientes ainda não participam inteiramente das decisões que envolvem seus cuidados em saúde, nem são envolvidos em discussões sobre a melhor forma de prestar serviços de saúde. Muitos serviços de saúde continuam a colocar os profissionais no centro dos cuidados. Os modelos de cuidado com foco na doença enfatizam o papel do profissional de saúde e colocam a gestão a cargo dos organizadores, sem a devida consideração dos pacientes, que são os receptores finais da assistência à saúde. Os pacientes precisam estar no centro das atenções, e não apenas na outra ponta.

Há fortes evidências de que, com o devido apoio, os pacientes conseguem autogerenciar seu estado. Dar menos atenção à situação aguda e mais importância ao tratamento dos pacientes em múltiplos ambientes requer que os profissionais de cuidados em saúde coloquem os interesses dos pacientes em primeiro lugar – fornecendo todas as informações necessárias, respeitando suas diferenças culturais e religiosas, pedindo permissão para tratá-los e colaborando com eles, sendo honestos quando algo dá errado ou os cuidados ficam aquém do desejável, priorizando os serviços de cuidados em saúde que previnem e minimizam riscos ou danos.

A perspectiva comunitária

As perspectivas comunitárias de cuidados em saúde refletem as novas exigências de cuidados ao

indivíduo ao longo de todo seu ciclo de vida e estão associadas a manter-se saudável, recuperar-se, conviver com doenças ou deficiências e saber lidar com o fim da vida. O dinâmico ambiente de assistência à saúde (novos modelos para tratamento de enfermidades crônicas e agudas, o aumento constante da base de evidências e as inovações tecnológicas, os cuidados complexos prestados por equipes ou profissionais de saúde e o comprometimento com pacientes e cuidadores) tem gerado novas demandas para os profissionais de saúde. Este Currículo reconhece esse ambiente em transformação e visa cobrir uma ampla variedade de pacientes, em diversas situações e locais, que recebem tratamento de diversos profissionais de saúde.

Por que os alunos das profissões de saúde precisam saber sobre segurança do paciente?

As descobertas científicas de cuidados em saúde modernos trouxeram resultados sensivelmente melhores para os pacientes. No entanto, estudos conduzidos em muitos países mostram que, além dos benefícios, essas descobertas também trazem riscos significativos à segurança do paciente. Essa percepção levou ao desenvolvimento da segurança do paciente como uma disciplina especializada. Segurança do paciente não é uma disciplina independente tradicional; ao contrário, ela pode e deve ser integrada a todas as outras áreas de cuidados em saúde.

Como futuros médicos e líderes em cuidados à saúde, os estudantes precisam saber sobre segurança do paciente, inclusive sobre como os sistemas impactam a qualidade e a segurança dos cuidados, ou como falhas na comunicação podem levar a eventos adversos. Os alunos precisam aprender a gerenciar esses desafios, a desenvolver estratégias para prevenir erros e complicações e a reagir a eles de forma apropriada, além de aprenderem a avaliar os resultados para poderem melhorar o desempenho a longo prazo.

O Programa de Segurança do Paciente da OMS visa melhorar a segurança do paciente em todo o mundo. A segurança do paciente diz respeito a todos os profissionais de saúde, gerentes, equipes de limpeza e alimentação, administradores, consumidores e políticos.

Como os estudantes são os futuros líderes em cuidados em saúde, é vital que usem seus conhecimentos e técnicas na hora de aplicar os princípios e conceitos de segurança do paciente. Este Guia Curricular fornece os conhecimentos essenciais sobre o tema, assim como descreve as técnicas e condutas para ajudá-los a desempenhar todas as suas atividades profissionais de forma segura.

O momento de construir o conhecimento dos alunos sobre segurança do paciente é justamente no começo dos programas de formação acadêmica. Eles precisam estar prontos para exercer as técnicas e condutas de segurança do paciente assim que entram em um hospital, em uma clínica ou na casa de um paciente. Sempre que possível, também precisam da oportunidade para estudarem questões de segurança em ambiente simulado, antes de exercê-las no mundo real.

Quando se conseguir fazer os estudantes focarem em cada paciente individualmente, tratando cada um deles como um ser humano único e aplicando na prática conhecimentos e técnicas em prol dos pacientes, os próprios estudantes passam a servir de modelo para outros no sistema de saúde. A maioria dos alunos da área começa a carreira com altas aspirações. No entanto, a realidade do sistema de saúde, às vezes, diminui o otimismo inicial. Queremos que os alunos sejam capazes de manter o entusiasmo e de acreditar que podem fazer a diferença tanto para a vida dos pacientes quanto no o sistema de saúde como um todo.

Como ensinar segurança do paciente: lidando com as barreiras

Uma aprendizagem eficiente por parte dos alunos depende do uso de uma variedade de métodos pedagógicos, tais como a explicação de conceitos técnicos, a demonstração de habilidades e a formação de posturas – todas essenciais para ensinar Segurança do Paciente. Professores dessa disciplina usam técnicas baseadas em problemas (aprendizagem em grupo facilitada) e em aprendizagem por simulação (jogos e simulação de papéis) além de palestras (interativas/didáticas), mentoria e *coaching* (modelos de conduta).

Os pacientes não julgam seus prestadores de cuidados em saúde pelo conhecimento que possuem, mas principalmente por seu desempenho. À medida que os alunos avançam no ambiente clínico e de trabalho, o desafio é aplicar o conhecimento científico geral a pacientes específicos. Ao fazê-lo, os estudantes vão além daquilo que aprenderam em aula e passam a saber *como* aplicar conhecimentos. A melhor forma de os alunos aprenderem é fazendo. As práticas de segurança do paciente exigem que os alunos atuem de forma segura – verificando nomes, procurando informações sobre medicamentos e fazendo perguntas. As melhores formas de

aprender a respeito de segurança do paciente são a experiência própria e a prática em um ambiente simulado. Os estudantes precisam de um *coach* clínico especialista, mais do que de palestras sobre teorias básicas. Quando os instrutores observam o desempenho dos alunos e lhes dão *feedback*, os alunos progridem de forma contínua e acabam dominando muitas técnicas importantes para a segurança do paciente.

Mentoria e *coaching* também são muito relevantes para o ensino de Segurança do Paciente. Os alunos tentam naturalmente copiar o comportamento de seus instrutores e profissionais veteranos.

Seus comportamentos e suas condutas terão grande influência no comportamento e na prática dos alunos, quando estes terminarem a formação. A maioria dos estudantes chega à área de cuidados em saúde com grandes ideais – querendo curar, mostrar compaixão, ser um profissional de saúde competente e ético. Porém, o que frequentemente encontram são cuidados apressados, grosserias entre colegas e interesses profissionais individuais. Lentamente, seus nobres ideais vão ficando comprometidos à medida que tentam se encaixar nessa cultura de trabalho que os rodeia.

O ensino de Segurança do Paciente e este Guia Curricular reconhecem que essas fortes influências e circunstâncias existem em alguns ambientes. Acreditamos que essas influências negativas podem ser moderadas e seu impacto minimizado ao falar com os alunos sobre a cultura de trabalho predominante e o impacto de tal cultura na qualidade e na segurança do paciente. Reconhecer as barreiras em segurança do paciente e falar sobre elas dará aos alunos uma noção de que o problema está no sistema (e não nas pessoas), permitirá que vejam que é possível melhorá-lo e que vale a pena se esforçar para atingir esse objetivo. As barreiras não são as mesmas em todos os países e em todas as culturas, nem mesmo em diferentes ambientes clínicos dentro de uma mesma região. As barreiras específicas de cada país podem incluir leis e regulamentações que regem o sistema de saúde. Essas leis podem impedir a inclusão de certas práticas no que diz respeito à segurança do paciente. Cada cultura tem seu próprio modo de abordar hierarquias, erros e resolução de conflitos. O nível de estímulo para os alunos serem assertivos na presença de instrutores e clínicos veteranos, sobretudo em circunstâncias nas quais um paciente pode estar em risco, dependerá da situação e da receptividade da cultura profissional local a mudanças. Em algumas sociedades, os conceitos de segurança do paciente podem não se encaixar facilmente nas normas culturais. Essas barreiras serão exploradas em maior profundidade adiante neste tópico (veja a seção *Confrontando-se com o mundo real: como ajudar os estudantes a se tornarem líderes em segurança do paciente*).

As barreiras mais evidentes para os alunos são as que surgem durante suas práticas profissionais e em seus ambientes terapêuticos. Elas envolvem instrutores/supervisores ou profissionais de saúde veteranos incapazes de se adaptarem aos novos desafios que os cuidados em saúde apresentam, ou que desencorajam ativamente qualquer mudança que surja como resposta. O comportamento deles pode transformar um aluno, fazendo-o passar de um defensor da segurança do paciente a um aprendiz passivo. Outra barreira significativa é a maneira com que diferentes profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, médicos etc.) preservam as próprias culturas profissionais, resultando em uma abordagem individualista em relação à assistência à saúde. Falhas na comunicação entre disciplinas podem levar a erros nos cuidados em saúde. Uma abordagem interdisciplinar é muito mais eficiente para reduzir erros, melhorar a comunicação dentro da equipe e promover um ambiente de trabalho mais saudável.

À medida que instrutores e supervisores forem se familiarizando com este Currículo, rapidamente se darão conta de que o aprendizado do aluno pode não ser posto em prática em uma situação real. Alguns profissionais de saúde podem sentir que ensinar Segurança do Paciente a alunos de cuidados em saúde é uma meta inatingível por causa das muitas barreiras envolvidas. Contudo, quando essas barreiras são identificadas e discutidas, passam a não ser mais tão complexas. Mesmo as discussões entre grupos de alunos sobre a realidade e as barreiras podem ser instrutivas. No mínimo, podem servir como crítica construtiva ao sistema e como momento de reflexão sobre suas práticas.

Como os tópicos deste currículo estão relacionados à prática de cuidados em saúde

A Tabela B.1.1 mostra como os tópicos neste Guia Curricular estão integrados aos cuidados em saúde, utilizando como exemplo a higiene das mãos. Muitos princípios de segurança do paciente se aplicam aos cuidados em saúde, como trabalho em equipe, segurança da medicação e comprometimento com os pacientes. Nós usamos esse exemplo porque é possível minimizar a transmissão de infecções se os trabalhadores de saúde tomarem a medida de higienizar as mãos de forma correta na hora certa. Usar as práticas de higiene das mãos parece ser tão óbvio quanto fácil. Porém, apesar de centenas de campanhas para educar os profissionais de saúde, o corpo docente, os alunos e demais membros da equipe clínica sobre os padrões e as precauções universais, parece que ainda não resolvemos esse problema e os índices de infecções relacionadas aos cuidados em saúde (IRCS) estão aumentando em todo o mundo.

Cada tópico curricular contém um aprendizado importante para os alunos de cuidados em saúde de cada área específica. Em conjunto, os tópicos proporcionam os conhecimentos de base e estimulam os alunos de cuidados em saúde a manter técnicas de higiene das mãos, assim como a identificar as oportunidades para melhorar o sistema como um todo.

Os tópicos do Guia Curricular e sua relação com a segurança do paciente

Embora os tópicos sejam independentes, a Tabela B.1.1 demonstra como todos eles são necessários para o desenvolvimento de comportamentos apropriados por parte dos profissionais de saúde. Ao utilizar a higiene das mãos como exemplo, mostramos como o aprendizado de cada um dos tópicos é necessário para atingir e manter os cuidados seguros ao paciente.

Tabela B.1.1 Como os tópicos estão inter-relacionados: o exemplo da higiene das mãos

Problemática: minimizar a propagação de infecções

Problema causado pelo controle inadequado de infecções.

Os profissionais de saúde sabem que infecção é um problema. No entanto, isso não é o suficiente para mudar a prática. As pessoas tendem a usar corretamente as técnicas de higienização das mãos por um tempo, mas depois esquecem de fazê-lo.

Guia curricular por tópico e relevância para a prática

Tópico 1 "O que é segurança do paciente?" relata os indícios do dano e do sofrimento causados por eventos adversos. À medida que os estudantes aprendem sobre a disciplina Segurança do Paciente e seu papel em minimizar a incidência e o impacto de eventos adversos, eles serão capazes de valorizar a importância de seus próprios comportamentos, tais como a utilização de técnicas apropriadas de higiene das mãos para prevenção e controle de infecções.

Tópico 2 "Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?" explica como e por que funcionamos de determinada maneira e por que cometemos erros. Compreender fatores humanos contribuirá para identificar possibilidades de erro e ajudará os alunos a aprender como evitá-los e minimizá-los. Entender as causas e os fatores envolvidos nos erros ajudará os alunos a compreender o contexto de suas ações. Dizer às pessoas que elas devem se esforçar mais (limpar as mãos corretamente) não mudará nada. Elas precisam ver suas ações no contexto do ambiente em que trabalham e nos equipamentos que usam. Quando profissionais de saúde acham que a infecção de um paciente foi causada por suas ações, eles ficam mais propensos a mudar a maneira de trabalhar e a usar precauções padrão.

Os profissionais de saúde desejam manter os procedimentos corretos de prevenção e controle de infecções, mas há muitos pacientes para cuidar, e as limitações de tempo parecem impedir a higiene adequada das mãos.

Tópico 3 “A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente” mostra como os cuidados ao paciente possuem várias etapas e relações. Pacientes dependem de profissionais de saúde para serem tratados do modo correto; eles dependem de um sistema de cuidados em saúde. Os alunos precisam saber que bons cuidados em saúde exigem um esforço de equipe. Precisam entender que a limpeza das mãos não é opcional, mas um passo importante do atendimento aos pacientes. Compreender como as ações de cada pessoa e como cada componente dos cuidados em saúde se encaixam em um processo contínuo que pode ter tanto bons resultados (quando o paciente melhora) quanto maus (quando o paciente sofre um evento adverso) é uma lição importante de segurança do paciente. Quando entendem que as ações de uma pessoa da equipe podem minar os objetivos do tratamento do paciente, eles rapidamente veem seu trabalho em um contexto diferente – o da segurança do paciente.

Não há álcool em gel ou produtos de limpeza nas enfermarias porque o funcionário se esqueceu de encomendá-los.

Tópico 4: “Atuar em equipe de forma eficaz” explica a importância do trabalho em equipe entre os profissionais de cuidados em saúde. Se não há álcool em gel disponível, cabe a todos os membros da equipe notificar a pessoa adequada para garantir a disponibilidade. Apenas reclamar que alguém se esqueceu de pedir álcool em gel não ajuda os pacientes a melhorar. Estar atento ao trabalho e buscar oportunidades para ajudar pacientes e a equipe faz parte de ser um profissional que trabalha em equipe. Eventos adversos são, muitas vezes, causados por uma série de eventos aparentemente triviais, como não limpar as mãos, não ter um prontuário disponível, ou o atraso de um clínico para atendimento. Lembrar alguém de pedir álcool em gel não é trivial, essa ação pode evitar uma infecção.

Um cirurgião deixou a sala de cirurgia momentaneamente para atender uma ligação. Ele voltou para a sala e continuou a operação usando as mesmas luvas. O paciente sofreu uma infecção pós-operatória.

Tópico 5: “Aprender com os erros para evitar danos” mostra que culpar pessoas não funciona e que se as pessoas temem ser culpadas ou acusadas de negligência, ninguém vai denunciar ou aprender com eventos adversos. Uma abordagem sistêmica dos erros procura identificar as causas subjacentes e assegurar que elas não se repitam. Um exame das causas da infecção pode mostrar que o cirurgião deixou a sala de cirurgia e não utilizou técnicas de esterilização apropriadas ao retornar. Culpar somente uma pessoa não leva a nada. Uma análise mais aprofundada pode mostrar que o cirurgião e o resto da equipe vinham rotineiramente violando as diretrizes de controle de infecções, porque não consideravam a infecção como um problema. Sem os dados, eles se deixaram enganar por uma falsa sensação de segurança.

O paciente acima, que foi infectado, fez uma reclamação por escrito ao hospital sobre seu atendimento.

Tópico 6: “Compreender e gerenciar o risco clínico” mostra aos alunos a importância de ter sistemas adequados para identificar os problemas e corrigir outros potenciais, antes que ocorram. Reclamações podem mostrar a um clínico ou diretor que há problemas específicos. Essa carta de reclamação do paciente sobre sua infecção pode ser a décima notificação no mês, o que pode ser um sinal de que o hospital pode estar tendo um problema no controle de infecções. Relatar incidentes e eventos adversos é também um modo sistemático de reunir informações sobre segurança e qualidade dos cuidados.

O hospital conclui que uma sala específica está tendo um problema com infecções e quer investigar mais.

Tópico 7: “Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados” proporciona exemplos de métodos para avaliar e melhorar o cuidado clínico. Estudantes devem saber como avaliar processos para determinar se as mudanças levaram a melhorias.

O hospital agora sabe que uma de suas salas tem uma taxa de infecção maior do que outras. Pacientes estão reclamando, e o problema ganhou a atenção da mídia.

Tópico 8: “Envolver pacientes e cuidadores” mostra aos estudantes a importância de uma comunicação honesta com pacientes após um evento adverso e de dar a informação completa aos pacientes sobre seus cuidados e tratamentos. Envolver os pacientes é necessário para preservar a confiança da comunidade.

O hospital determina que a infecção é um problema específico e que todos precisam ser lembrados da importância de cumprir as precauções-padrão.

Tópico 9: “Prevenção e controle de infecções” relata os principais tipos e causas de infecções. Também aborda etapas e protocolos importantes para minimizar infecções.

O hospital decide rever o controle de infecções nas salas de cirurgia porque infecções contraídas nesses locais respondem por uma porcentagem significativa dos eventos adversos relatados pelos funcionários.

Tópico 10: “Segurança do paciente e procedimentos invasivos” demonstra aos estudantes que pacientes que passam por cirurgias ou procedimentos invasivos correm mais risco de contrair uma infecção ou de receber o tratamento errado. Uma compreensão das falhas causadas por falta de comunicação ou de liderança, atenção insuficiente aos processos, não cumprimento das orientações e excesso de trabalho poderá ajudar estudantes a entender os múltiplos fatores que estão em jogo nas cirurgias.

Registros do centro cirúrgico foram analisados usando um método de melhoria da qualidade (perguntar "o que aconteceu?" em vez de "quem fez isso?"), enquanto a equipe procurou uma intervenção para ajudar a reduzir a taxa de infecção. A equipe aprendeu que a administração apropriada de antibióticos profiláticos pode ajudar a prevenir infecções. Mas essa prática também exige que um histórico completo de medicação esteja disponível para cada paciente, para evitar interações com outras medicações que podem ter sido prescritas.

Tópico 11: “Melhorar a segurança no uso de medicação” é importante porque erros na aplicação de medicação causam uma quantidade significativa de eventos adversos. A dimensão do erro de uso de medicação é enorme. Estudantes devem identificar fatores que levam aos erros e saber quais providências devem ser tomadas para minimizá-los. O uso seguro de medicamentos garante que estudantes saibam as potenciais reações adversas às drogas e considerem todos os fatores relevantes ao receitar, distribuir, administrar medicações e monitorar seus efeitos.

Confronto com o mundo real: como ajudar os estudantes a se tornarem líderes em segurança do paciente

Um dos principais desafios para uma reforma da segurança do paciente é a receptividade no ambiente de trabalho a novas maneiras de prestar cuidados. A mudança pode ser difícil para organizações e profissionais de saúde que já estão acostumados a tratar pacientes de determinadas maneiras. Eles não necessariamente veem algo errado na forma como prestam cuidados e não estão convencidos de que precisam mudar. Eles podem se sentir ameaçados ou desafiados quando alguém, especialmente um membro mais novo da equipe, vê e até mesmo faz as coisas de modo diferente. Nessas circunstâncias, a não ser que os estudantes estejam fundamentados por um treinamento positivo e tenham tido a oportunidade de discutir suas experiências, muito do que é ensinado e aprendido sobre segurança do paciente em programas de formação será prejudicado.

Estudantes aprendem rapidamente como se comportam os profissionais de sua área de saúde e o que é esperado deles – e, na condição de iniciantes, desejam se adaptar o mais depressa possível. Estudantes da área de saúde são, em geral, muito dependentes de seus instrutores e supervisores para obterem informações e apoio profissional.

Para os estudantes, manter a confiança neles depositada por um instrutor ou supervisor é primordial. A evolução do desempenho deles depende de

relatórios favoráveis de seus professores, baseados em *feedback* informal e formal, bem como em avaliações subjetivas e objetivas da competência e do comprometimento de cada um deles. Segurança do paciente exige que os profissionais de saúde falem sobre seus erros e aprendam com eles, mas estudantes podem temer que a divulgação de seus próprios erros ou os de um profissional, instrutor ou supervisor possa ter repercussões para eles ou para as pessoas envolvidas. A dependência excessiva de instrutores no ambiente de trabalho para ensinar e avaliar pode encorajar estudantes a ocultar os próprios erros e a executar tarefas solicitadas, mesmo que ainda estejam despreparados. Estudantes podem ficar relutantes em falar sobre segurança do paciente ou expressar suas preocupações em relação a questões éticas com seus superiores. Podem ter medo de receber um relatório desfavorável, de serem considerados “sem comprometimento” ou portadores “de uma atitude negativa”. Estudantes podem criar um medo fundado ou infundado de que defender um paciente ou revelar erros possa levar a relatórios desfavoráveis, menos oportunidades de trabalho e/ou chances reduzidas de conseguir vaga em programas avançados de formação.

Discutir sobre erros clínicos é difícil para todos os profissionais, em todas as culturas. A abertura para aprender com os erros depende, em geral, da personalidade dos profissionais superiores envolvidos. Em algumas culturas e organizações, essa abertura em relação aos erros pode ser algo novo, logo, difícil. Nesses casos, pode ser mais adequado

que os estudantes falem sobre os erros em sessões de monitoria. Em alguns lugares, essas discussões são feitas em reuniões fechadas e em contextos pedagógicos mais avançados. As equipes podem falar de modo aberto sobre erros, tendo à mão muitos planos de ação para ajudar os profissionais de saúde a superá-los. Mas, em algum momento, todas as culturas têm que se confrontar com o sofrimento humano causado pelo erro. Quando o sofrimento é francamente reconhecido pelos profissionais de saúde que trabalham em hospitais, clínicas e comunidades, fica difícil manter o *status quo*. Muitos passarão a abordar de maneira diferente as questões ligadas à hierarquia e aos serviços de cuidados ao paciente. Algumas dessas novas abordagens enxergam a equipe como o principal instrumento de prestação de assistência à saúde, concebendo uma gestão mais horizontal, na qual todos que cuidam do paciente possam contribuir de maneira apropriada.

Pode ser de grande ajuda os estudantes compreenderem por que as expectativas e as atitudes de alguns superiores hierárquicos e do corpo docente parecem estar em contradição com o que aprenderam sobre segurança do paciente. Os cuidados em saúde não foram pensados visando à segurança do paciente. A disciplina evoluiu com o tempo, e vários aspectos dos cuidados resultam mais da tradição do que de uma preocupação explícita com segurança, eficiência e eficácia no contexto contemporâneo de assistência à saúde. Muitos costumes têm raízes profundas na cultura profissional de uma época em que estruturas hierárquicas eram mais comuns na sociedade. Os cuidados em saúde eram vistos como vocação, e seus praticantes, em especial os médicos, eram considerados infalíveis. Dentro desse quadro conceitual, bons profissionais de saúde eram vistos como incapazes de errar. O treinamento acontecia através da aprendizagem, e os resultados (bons e ruins) eram atribuídos às habilidades dos profissionais, não às da equipe. Os estudantes não eram profissionalmente responsá-

veis por ninguém, a não ser por eles mesmos. Em alguns lugares, pacientes não pagantes eram, em sua maioria, vistos como mero material de aprendizagem. Embora esse cenário tenha mudado muito, alguns vestígios da cultura antiga persistem e moldam as atitudes dos profissionais de saúde que foram formados nesse ambiente cultural.

As sociedades modernas querem cuidados clínicos confiáveis e de qualidade, prestados por profissionais de saúde que trabalhem de acordo com a cultura de segurança. Ela já começou a permear os locais de trabalho ao redor do mundo, e estudantes irão se deparar tanto com atitudes tradicionais quanto com as que refletem a nova cultura. O desafio para todos os estudantes, independentemente de sua cultura, país ou especialidade, é praticar os cuidados em saúde de forma segura, até mesmo quando os que estiverem à sua volta não o fizerem.

É útil conseguir diferenciar certas abordagens antigas, que podem afetar negativamente o cuidado ao paciente, de outras práticas novas que promovem cuidados centrados no paciente. É também importante reconhecer que essa mudança de cultura pode criar tensão para o estudante ou estagiário que deseja orientar sua prática pelos princípios da segurança do paciente, mas cujo superior ou não está ciente ou não é a favor das novas abordagens. É importante que os estudantes falem com seus supervisores antes de começarem a implementar as novas técnicas sugeridas.

Nós não desejamos que estudantes ponham a si mesmos ou as suas carreiras em risco na tentativa de mudar o sistema. Porém, nós os encorajamos a pensar numa maneira de abordar sua formação mantendo a perspectiva da segurança do paciente. A Tabela B.I.2 abaixo apresenta uma estrutura para fornecer aos estudantes algumas ideias para gerenciar os conflitos que podem surgir quando forem designados para um local de trabalho durante sua formação.

Tabela B.I.2. Gestão de conflitos: a antiga forma e a nova forma

Área ou atributo	Exemplo	Antiga forma	Nova forma
Hierarquia nos cuidados em saúde: higiene das mãos	Um profissional de saúde experiente não higieniza as mãos entre consultas.	O estudante não diz nada e se conforma com as práticas inadequadas, imitando o clínico superior.	(1) Busca esclarecimento sobre “quando e como” deve ser feita a higiene das mãos com o clínico ou com outro superior. (2) Não fala nada, mas usa técnicas seguras de higiene das mãos. (3) Fala algo de modo respeitoso ao clínico e continua a usar técnicas seguras de higiene das mãos.

<p><i>Hierarquia nos cuidados em saúde: centro cirúrgico</i></p>	<p>O cirurgião não participa da verificação do local correto para a cirurgia, nem da identidade do paciente.</p> <p>O cirurgião fica irritado com o protocolo de verificação pré-operatória, que julga ser uma perda de tempo, e pressiona o resto da equipe para se apressar.</p>	<p>Adota a abordagem do cirurgião superior e não participa da verificação. Decide que essa é apenas uma tarefa para subalternos.</p>	<p>(1) Ajuda ativamente o resto da equipe a completar a verificação do protocolo.</p>
<p><i>Hierarquia nos cuidados em saúde: medicação</i></p>	<p>Um estudante está ciente de que um paciente tem uma alergia grave à penicilina e observa o enfermeiro superior administrar essa medicação.</p>	<p>Não fala nada por medo de ser visto como alguém que discorda da decisão de um superior. Pressupõe que o enfermeiro sabe o que está fazendo.</p>	<p>(1) Demonstra imediatamente ao enfermeiro sua preocupação com a alergia. Vê isso como benéfico para a equipe e se sente responsável pela proteção do paciente.</p>
<p><i>Paternalismo: consentimento</i></p>	<p>Um estudante pede o consentimento de um paciente para um tratamento sobre o qual nunca ouviu falar.</p>	<p>Aceita a tarefa. Não deixa o funcionário superior saber seu nível de desconhecimento a respeito do tratamento. Fala com o paciente de forma vaga e superficial, apenas para obter a assinatura no termo de consentimento.</p>	<p>(1) Recusa a tarefa e sugere que um clínico que tenha mais familiaridade com o tratamento está mais adequado para realizar a tarefa.</p> <p>(2) Aceita a tarefa, mas explica que sabe pouco sobre o tratamento e que, portanto, precisará de instrução prévia. Pede que um dos supervisores o acompanhe para ajudar/supervisionar.</p>
<p><i>Paternalismo: papel dos pacientes sob seus cuidados</i></p>	<p>Os pacientes são ignorados durante as rondas e não são envolvidos nas discussões sobre os tratamentos.</p> <p>É pedido aos membros da família que se retirem durante a ronda dos médicos.</p>	<p>Aceita a situação e não faz nada. Pressupõe que seja o jeito como as coisas são feitas. Conforma-se com os comportamentos que não incluem nem envolvem os pacientes e as famílias.</p>	<p>(1) Assume o comando cumprimentando cada paciente: "Olá senhor Ruiz, nós estamos avaliando todos os pacientes hoje de manhã. Como o senhor está se sentindo? "</p> <p>(2) Se há pressão de tempo para parar, explica ao paciente e à família: "Eu vou voltar para conversar com vocês depois da ronda".</p> <p>(3) Descobre as preocupações do paciente antes da ronda e fala sobre elas com os clínicos superiores durante a ronda, ao lado do leito do paciente: "O senhor Carlton espera poder evitar uma cirurgia, essa é uma opção para ele? "</p> <p>(4) Convida e encoraja pacientes a falarem durante a ronda.</p> <p>(5) Pergunta ao supervisor se acha que os pacientes e as famílias podem acrescentar algo às discussões durante as rondas, melhorando, assim, a eficiência da unidade.</p>

<p><i>Infalibilidade dos profissionais de cuidados em saúde: jornada de trabalho</i></p>	<p>Um membro mais novato da equipe anuncia com orgulho que está trabalhando há 36 horas.</p>	<p>Admira a resistência e o comprometimento do colega com o trabalho.</p>	<p>(1) Pergunta ao membro da equipe como está se sentindo e se é prudente ou até mesmo responsável continuar a trabalhar.</p> <p>(2) Pergunta quando ele vai terminar e como planeja ir para casa. É seguro ele dirigir um carro?</p> <p>(3) Faz algumas sugestões úteis: “alguém pode ficar com seu <i>pager</i> para você poder ir para casa e descansar? ”; “eu não sabia que era permitido trabalhar tantas horas, você deveria reclamar da sua escala”.</p>
<p><i>Infalibilidade dos profissionais de cuidados em saúde: atitude em relação a erros</i></p>	<p>Erros só são cometidos por pessoas incompetentes ou antiéticas.</p> <p>Bons profissionais de cuidados em saúde não cometem erros.</p>	<p>Aceita a cultura segundo a qual profissionais de saúde que cometem erros são “ruins” ou “incompetentes”. Esforça-se mais para evitar erros. Fica em silêncio ou procura alguém ou algo para culpar quando comete um erro.</p> <p>Olha para os erros que outros cometeram e diz para si mesmo que não seria tão estúpido quanto os outros.</p>	<p>(1) Entende que todos cometerão erros em algum momento, e que as causas dos erros são multifatoriais e envolvem fatores latentes, nem sempre imediatamente óbvios no momento em que o erro foi cometido. Cuida dos pacientes, de si mesmo e dos colegas quando um erro acontece e promove ativamente a aprendizagem a partir deles</p>
<p><i>Infalibilidade dos profissionais de cuidados em saúde: errar</i></p>	<p>Um médico superior erra e diz ao paciente que foi uma complicação.</p> <p>A equipe não conversa sobre erros nas reuniões de avaliação.</p>	<p>Aceita que a forma de lidar com um erro é racionalizá-lo como um problema associado ao paciente e não ao cuidado prestado. Aprende rapidamente que seus superiores não revelam seus erros a pacientes ou a colegas, e molda seu comportamento pelo deles.</p>	<p>(1) Fala com um supervisor sobre ser transparente com pacientes e pergunta se o hospital ou a clínica tem uma política de informar pacientes depois de eventos adversos.</p> <p>(2) Pergunta ao paciente se ele gostaria de ter mais informações sobre seus cuidados. Se sim, avisa ao médico.</p> <p>(3) Conta ao supervisor ou líder da equipe quando erra e pergunta como um erro parecido pode ser evitado no futuro.</p> <p>(4) Preenche um formulário de incidente, se necessário.</p>
<p><i>Infalibilidade dos profissionais de cuidados em saúde: onisciência</i></p>	<p>Um profissional de saúde que age como “Deus” e menospreza profissionais subalternos e pacientes.</p>	<p>Ambiciona ser como esse profissional e admira como todos se curvam a ele.</p>	<p>(1) Reconhece a arrogância dessas atitudes e molda seu comportamento pelo de funcionários que trabalham em equipe e dividem conhecimentos e responsabilidades.</p>
<p><i>Culpa/ vergonha</i></p>	<p>Um profissional de saúde que erra é ridicularizado ou humilhado pelo seu supervisor.</p> <p>Um hospital pune um membro da equipe por um erro.</p>	<p>Não fala nada e molda seu comportamento pelo de funcionários que falam negativamente sobre um profissional de saúde envolvido em um incidente.</p>	<p>(1) Oferece apoio e compreensão ao colega envolvido em um incidente.</p> <p>(2) Fala com colegas e supervisores sobre melhores formas de entender os erros do que simplesmente culpar a pessoa envolvida.</p> <p>(3) Foca no erro. Pergunta “o que aconteceu?” em vez de “quem está envolvido?”. Tenta gerar discussão dentro da equipe/grupo de tutoria sobre os múltiplos fatores que possam estar envolvidos.</p>

<p><i>Trabalho em equipe: minha equipe é a de enfermagem (ou de obstetrícia/farmácia/odontologia/médicos)</i></p>	<p>Estudantes e clínicos subalternos identificam somente outros clínicos da mesma área como parte de sua equipe.</p> <p>Os clínicos fazem as rondas sem um membro de outras áreas presente.</p>	<p>Muda o comportamento para imitar o resto dos clínicos e se identifica apenas com membros de sua área.</p>	<p>(1) Está consciente de que, do ponto de vista do paciente, a equipe é formada por todos os que cuidam e tratam dos pacientes: enfermeiros, funcionários da enfermagem e demais profissionais de saúde, bem como o paciente e os membros de sua família.</p> <p>(2) Sempre sugere incluir outros membros da equipe de saúde nas conversas sobre os cuidados e o tratamento de um paciente.</p> <p>(3) Reconhece e maximiza o benefício de uma equipe interprofissional.</p>
---	---	--	---

Narrativas dos pacientes

O uso de narrativas como ferramenta de ensino de cuidados em saúde tem sido eficaz há várias gerações de profissionais. Histórias sobre colegas talentosos e difíceis, sobre professores, instrutores e supervisores bons e ruins, dicas para sobreviver a um turno específico ou à rotatividade de funções são somente alguns exemplos. Essas histórias ressaltam, na maioria das vezes, a perspectiva do estudante da área de saúde. O que falta na habitual caixa de ferramentas das narrativas são histórias de pacientes. As experiências deles são lembretes de que também fazem parte da equipe de cuidados em saúde e que têm algo a oferecer. As narrativas dos pacientes incluídas em cada tópico de ensino foram projetadas para realçar a importância do tópico do ponto de vista do paciente e para dar vida ao Guia Curricular, com alguns exemplos reais do que poderia dar errado na prestação de serviço de saúde se uma abordagem centrada no paciente não for respeitada.

Nomes fictícios foram usados na maioria das histórias, exceto quando houve permissão da família, como é o caso de Caroline Anderson. Essas histórias reais de pacientes foram tiradas do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (APSEF) de 2005.

Tópico 1

O que é segurança do paciente?

A história de Caroline

Em 10 de abril de 2001, Caroline, 37 anos, deu entrada no hospital da cidade e deu à luz o seu terceiro filho após uma cesariana sem complicações. O Dr. A era o obstetra, e o Dr. B, o anestesista que aplicou o cateter de epidural. Em 11 de abril, Caroline relatou ter sentido uma dor cortante na coluna e esbarrado acidentalmente no local da epidural na noite anterior à remoção do cateter. Durante esse tempo, Caroline reclamou repetidamente de dor e incômodo na região lombar. O Dr. B examinou-a e diagnosticou “dor muscular”. Ainda com dor e mancando, Caroline teve alta do hospital em 17 de abril.

Durante os sete dias seguintes, Caroline permaneceu em casa, no campo. Ela ligou para o Dr. A e falou que estava com febre, tremores, dor lombar intensa e dores de cabeça. Em 24 de abril, o médico local, Dr. C, examinou Caroline e o bebê e recomendou que os dois fossem internados no hospital municipal para verificar a dor nas costas e a icterícia, respectivamente.

O médico que a recebeu no hospital, Dr. D, registrou que a dor nas costas de Caroline parecia estar situada na articulação S1, e não no local onde fora feita a epidural. Em 26 de abril, a icterícia do bebê havia melhorado, mas Caroline ainda não tinha sido examinada pelo clínico geral, o Dr. E, que admitiu ter esquecido dela. O médico assistente, Dr. F, examinou Caroline e diagnosticou sacroileíte. Ele liberou a paciente e receitou cloridrato de oxicodona, paracetamol e diclofenaco sódico. Também informou o obstetra de Carolina, o Dr. A, a respeito do diagnóstico.

Até o dia 2 de maio, o uso do medicamento aliviou a dor de Caroline, depois, porém, seu quadro se agravou. Seu marido a levou ao hospital local em estado delirante. No dia 3 de maio, logo após ser internada, começou a ter convulsões e a murmurar incoerentemente. O Dr. C anotou em seus registros médicos “? Uso excessivo de opiáceos, sacroileíte”. Àquela altura, o quadro era crítico, e ela foi levada de ambulância às pressas para o hospital municipal.

Quando chegou lá, Caroline não respondia mais e precisou ser intubada. Suas pupilas estavam dilatadas e fixas. Seu quadro não melhorou, e, no dia 4 de maio, ela foi transferida de ambulância para um segundo hospital da cidade. No sábado, dia 5 de maio, às 13h30, foi constatado que ela não tinha mais função cerebral, e o equipamento de suporte à vida foi desligado.

O exame *post mortem* revelou um abscesso no local da epidural e meningite envolvendo desde a região lombar até a base do cérebro, com culturas revelando infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Alterações no fígado, coração e baço eram compatíveis com o diagnóstico de septicemia.

A perícia do médico legista concluiu que o abscesso de Caroline poderia e deveria ter sido diagnosticado mais cedo. A discussão a seguir sobre o relatório da morte de Caroline Anderson dá destaque a muitas das questões abordadas nesta edição multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS.

Discussão

O que se destacou muitas vezes nessa história foi a falta de registros clínicos detalhados da época no prontuário e a incidência frequente de perda de anotações. O anestesista, Dr. B, estava tão preocupado com a dor incomum de Caroline que consultou a biblioteca médica, mas não registrou isso no prontuário da paciente. Ele tampouco comunicou à Caroline o risco do que ele pensava ser dor “neuropática”, nem se certificou de que ela havia sido minuciosamente examinada antes de ser liberada. É também preocupante que o Dr. B não tenha seguido as diretrizes baseadas em evidências para a higienização das mãos antes da inserção epidural. Um perito independente concluiu que a bactéria que causou o abscesso muito provavelmente teve origem na equipe ou no ambiente do hospital da cidade.

Era evidente que Caroline seria cuidada por outros depois da alta. Entretanto, ninguém a envolveu como participante de seus próprios cuidados, nem a instruiu sobre a necessidade de procurar médicos se a dor nas costas piorasse. Da mesma forma, nenhuma carta de encaminhamento ou telefonema foi enviada ao seu médico local, o Dr. C.

Na avaliação do legista, todos os médicos que examinaram Caroline depois que ela voltou para casa deram diagnósticos apressados, acreditando, equivocadamente, que qualquer problema mais relevante seria identificado por outra pessoa ao longo do processo. O Dr. C se limitou a um exame muito superficial de Caroline, já que sabia que ela daria entrada no hospital do distrito municipal. O médico encarregado da sua admissão no hospital, o Dr. D, achou que existia 30% de chance de Caroline ter um abscesso no local da epidural, mas não anotou no prontuário porque acreditava que isso seria óbvio para os colegas.

Em um grande desvio da prática médica consagrada, o Dr. E concordou em examinar Caroline, e simplesmente se esqueceu dela.

O último médico a examinar Caroline no hospital municipal foi o assistente, Dr. F, que a liberou recebendo analgésicos fortes, sem investigar completamente o diagnóstico provisório de sacroileíte, que ele julgou ser de origem pós-operatória ou infecciosa. Em relação à segurança no uso de medicação, as anotações escritas à mão pelo Dr. F para Caroline foram consideradas vagas e ambíguas: deu a ela instruções para aumentar a dose de cloridrato de oxicodona se a dor aumentasse e para continuar monitorando mudanças nos sintomas. As anotações que o Dr. F fizera em um pedaço de papel que detalhavam seu exame e uma possível necessidade de uma ressonância magnética (MRI) nunca foram encontradas.

Para o médico legista o único médico que poderia ter sido responsabilizado pelo acompanhamento de Caroline seria seu obstetra, o Dr. A. Ele foi contatado por telefone pelo menos três vezes após a alta de Caroline do hospital da cidade para ser informado sobre a dor contínua e os problemas da sua paciente, mas não se deu conta da gravidade do quadro.

Do nascimento do seu filho até a sua morte, 25 dias depois, Caroline passou por quatro hospitais diferentes. Era óbvia a necessidade de uma continuidade adequada dos cuidados na passagem de responsabilidades de uma equipe de médicos e de enfermeiros para a outra. A ausência de anotações apropriadas, contendo diagnósticos diferenciais/provisórios e exames, bem como resumos de alta e de indicações, atrasou o diagnóstico de um abscesso que ameaçava a vida de Caroline e, por fim, provocou sua morte.

Fonte: *Inquest into the death of Caroline Barbara Anderson, Coroner's Court, Westmead, Sydney, Austrália*, 9 de março de 2004. (O professor Merrilyn Walton foi autorizado por escrito pela família de Caroline a usar sua história para ensinar aos estudantes da área de saúde sobre a segurança do paciente das perspectivas dos pacientes e das famílias).

Introdução - Por que a segurança do paciente é relevante para cuidados em saúde?



Atualmente existem provas abundantes de que cuidados em saúde podem causar danos a um número significativo de pacientes, sejam eles sequelas permanentes, visitas mais frequentes aos hospitais, maior tempo de internação ou sejam até mesmo a morte. Ao longo da última década, aprendemos que os eventos adversos não ocorrem por intenção dos profissionais, mas devido à complexidade dos sistemas de saúde. Nesses sistemas, o sucesso do tratamento e os resultados dependem de uma gama de fatores, para além da competência de cada profissional de saúde.

Pode ser muito difícil garantir cuidados clínicos seguros quando estão envolvidos tantos e tão variados tipos de profissionais (médicos, obstetrias, dentistas, cirurgiões, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas e outros), a não ser que o sistema de saúde seja projetado para facilitar uma troca de informações oportunas e exaustivas entre todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente.

A segurança do paciente é uma questão em todos os países que oferecem serviços de saúde, sejam eles particulares ou públicos. Não verificar adequadamente a identidade de um paciente, receitar antibióticos sem se preocupar com o estado de saúde subjacente do paciente, ou administrar várias medicações sem levar em conta potenciais reações adversas pode causar danos ao paciente. Lesões não são causadas apenas pelo uso indevido da tecnologia. Elas também podem resultar da falta de comunicação entre diferentes prestadores de cuidados em saúde ou da demora no recebimento de tratamentos.

A situação da assistência à saúde nos países em desenvolvimento merece atenção especial. Nesses países, a infraestrutura e os equipamentos são precários, o suprimento e a qualidade dos medicamentos não são confiáveis, o controle de infecções e a gestão de resíduos é deficiente, o desempenho do pessoal é fraco devido à baixa motivação ou à pouca competência, e os serviços de saúde não recebem financiamento suficiente. Todos esses fatores fazem aumentar muito a probabilidade de eventos adversos se comparados com os países desenvolvidos. Infecções relacionadas aos cuidados em saúde, lesões causadas por erros cirúrgicos ou de anestesia, segurança no uso de medicação, lesões causadas por equipamentos médicos, manipulação insegura de injeções e de produtos sanguíneos, práticas não seguras para grávidas e recém-nascidos são alguns problemas importantes relacionados à segurança do paciente. Em vários hospitais, o desafio de controlar as infecções relacionadas aos cuidados clínicos é geral, porém as medidas de controle de infecções são quase

inexistentes. Isso é o resultado da combinação de numerosos fatores desfavoráveis, relativos à falta de higiene e de saneamento. Além disso, um contexto socioeconômico desfavorável e pacientes afetados por desnutrição e outros tipos de infecção e/ou doenças contribuem para o aumento do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Muitos estudos mostram que o risco de infecções de locais cirúrgicos, em países em desenvolvimento, é significativamente maior que em países desenvolvidos, com taxas entre 19% a 31% em diferentes hospitais e países [1]. Os dados da OMS sobre medicamentos não seguros mostram que cerca de 25% de todos os medicamentos usados em países em desenvolvimento são provavelmente falsificados, o que contribui para que os cuidados em saúde sejam menos seguros. Uma pesquisa da OMS sobre segurança no uso de medicação e medicamentos falsificados, incluindo 20 países, mostra que 60% dos casos de medicamentos falsificados ocorrem em países em desenvolvimento e 40% em países desenvolvidos [2]. Outro estudo da OMS ressalta que pelo menos metade de todo o equipamento dos hospitais de países em desenvolvimento é inutilizável ou só parcialmente utilizável em dado momento [3]. Em alguns países, cerca de 40% dos leitos dos hospitais estão localizados em estruturas originalmente construídas para outros propósitos. Isso torna extremamente difícil a instalação de recursos para proteção de radiação e controle de infecções, o que resulta em dispositivos geralmente inferiores ou inexistentes. Mesmo levando em consideração evidências limitadas e estimativas de países em desenvolvimento, é provável que um esforço combinado e urgente de educação e formação de profissionais de saúde seja necessário.

A segurança do paciente, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, é um assunto amplo, que incorpora desde as tecnologias mais modernas, como prescrição eletrônica e reformulação dos programas clínicos e dos ambientes ambulatoriais, até a higienização correta das mãos e o trabalho em equipe de forma eficaz. Muitas das características dos programas de segurança do paciente não envolvem recursos financeiros, mas comprometimento dos indivíduos com uma prática segura. Cada prestador de cuidados em saúde pode melhorar a segurança dos pacientes, estabelecendo com eles e suas famílias uma relação de respeito, verificando procedimentos, aprendendo com erros e estabelecendo uma comunicação efetiva com outros membros da equipe. Tais atividades podem também contribuir para minimizar os custos, na medida em que reduzem o dano causado aos pacientes. O relato e a análise dos erros podem levar a identificar os principais fatores determinantes. Entender os fatores que levam a erros é essencial para pensar o que se deve mudar para evitá-los.

Palavras-chaves

Segurança do paciente, teoria dos sistemas, culpa, cultura de culpa, falhas de sistema, abordagem pessoal, violações, modelos de segurança do paciente, interdisciplinar e centralização no paciente.

Objetivos pedagógicos

Estudantes devem compreender a disciplina Segurança do Paciente e como ela minimiza a incidência e o impacto de eventos adversos e maximiza a recuperação a partir desses eventos.



Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Os conhecimentos e as técnicas de segurança do paciente abrangem muitas áreas: trabalho em equipe eficaz, comunicação adequada e oportuna, segurança no uso de medicação, higiene das mãos, técnicas de cirurgia e de procedimentos cirúrgicos. Os tópicos neste Guia Curricular foram selecionados com base em sua relevância e eficácia. Neste tópico, apresentamos uma visão geral da segurança do paciente e delineamos o cenário para um aprendizado mais aprofundado em algumas das áreas referidas. Por exemplo, introduzimos o termo *evento sentinela* neste tópico, mas apresentaremos uma discussão mais minuciosa do significado e da relevância para a segurança do paciente no Tópico 5 (*Aprender com os erros para evitar danos*) e no Tópico 6 (*Compreender e gerenciar o risco clínico*)

Conhecimentos necessários

Estudantes devem ter conhecimento sobre:

- o dano causado por erros de cuidados em saúde e falhas de sistema;
- lições sobre erros e falhas de sistema ocorridos em outras organizações;
- história da segurança do paciente e origens da cultura da culpa;
- a diferença entre falhas de sistema, violações e erros;
- um modelo de segurança do paciente.



Desempenho esperado

Estudantes precisam saber aplicar a segurança do paciente em todas as suas atividades profissionais. Eles precisam provar que sabem o papel da segurança do paciente no fornecimento de cuidados em saúde seguros.



Danos causados por erros nos cuidados em saúde e falhas de sistema

Apesar da dimensão dos eventos adversos no sistema de saúde já ter sido há muito constatada [512], o grau de reconhecimento e de gestão desses eventos varia de acordo com os sistemas e os profissionais de saúde. A falta de informação e de compreensão da extensão do dano causado, bem como o fato de a maioria dos erros não causar nenhum mal, pode explicar o porquê de tanta demora para a segurança do paciente passar a ser vista como prio-



ridade. Além disso, erros afetam um paciente por vez. O pessoal de determinada área pode vivenciar ou observar um evento adverso muito raramente. Erros e falhas de sistema não acontecem todos ao mesmo tempo e no mesmo lugar, e esse fato pode mascarar a dimensão dos erros no sistema.

A coleta e a publicação de dados referentes aos resultados de pacientes ainda não é rotina em todos os hospitais e clínicas. Contudo, muitos estudos sobre o tema [11,13,14] já mostraram que a maioria dos eventos adversos é evitável. Em um estudo pioneiro, Leape *et al.* [14] constataram que mais de dois terços dos eventos adversos na amostra eram evitáveis, sendo 28% atribuíveis à negligência de um profissional de saúde e 42% a outros fatores. Eles concluíram que muitos pacientes foram vítimas de dano resultante de má gestão médica e atendimento abaixo do padrão.

Bates *et al.* [15] constataram que eventos adversos causados por medicamentos eram comuns e que os casos graves eram frequentemente evitáveis. Observaram ainda que os medicamentos causavam danos a pacientes com uma taxa de aproximadamente 6,5 a cada 100 admissões em grandes hospitais de ensino americanos. Embora a maioria desses eventos tenha sido resultado de erros na prescrição e na dispensação de medicação, muitos também ocorreram na administração. Os autores do estudo sugeriram que as estratégias de prevenção deveriam mirar todos os estágios do processo de ministração de medicamentos. A pesquisa se baseou em relatórios de autoavaliação de enfermeiros e farmacêuticos, e na revisão diária de prontuários. Trata-se de uma estimativa modesta, já que muitos médicos não têm o hábito de reportar seus erros no uso de medicação.

Muitos estudos confirmam que erros de cuidados em saúde são frequentes em nossos sistemas de saúde, e que os custos associados a eles são substanciais. Na Austrália [16], erros resultaram em 18 mil mortes desnecessárias e mais de 50 mil pacientes com deficiências. Nos Estados Unidos [17], erros na assistência à saúde provocam pelo menos 44 mil mortes desnecessárias por ano (esse número pode chegar a 98 mil), e ainda um milhão de danos suplementares.

Em 2002, os Estados-membros da OMS elaboraram uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre segurança do paciente, reconhecendo, assim, tanto a necessidade de reduzir o dano e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias quanto as provas irrefutáveis dos benefícios econômicos que o aperfeiçoamento da segurança do paciente pode trazer. Estudos mostram que hospitalização suplementar, despesas com processos judiciais, infecções adquiridas em hospitais, perda de receita, invalidez e despesas médicas custaram a alguns países entre

US\$ 6 bilhões e US\$ 29 bilhões por ano [17, 18].

A extensão dos danos ao paciente causados pelos cuidados em saúde foi revelada em estudos inter-

nacionais, listados na Tabela B.1.1. Esses estudos confirmam a quantidade relevante de pacientes envolvidos e mostram a taxa de eventos adversos em quatro países.

Tabela B.1.1. Dados de eventos adversos em cuidados intensivos em hospitais na Austrália, na Dinamarca, no Reino Unido e nos Estados Unidos

Estudo	Ano da coleta de dados	Número de admissões em hospitais	Número de eventos adversos	Taxa de eventos adversos (%)
1 EUA (<i>Harvard Medical Practice Study</i>)	1984	30.195	1.133	3,8
2 EUA (<i>Utah-Colorado Study</i>)	1992	14.565	475	3,2
3 EUA (<i>Utah-Colorado Study</i>) ^a	1992	14.565	787	5,4
4 Austrália (<i>Quality in Australian Health Care Study</i>)	1992	14.179	2.353	16,6
5 Austrália (<i>Quality in Australian Health Care Study</i>) ^b	1992	14.179	1.499	10,6
6 Reino Unido	1999 - 2000	1.014	119	11,7
7 Dinamarca	1998	1.097	176	9,0

Fonte: World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5. 2001, EB 109/9 [19].

^a Revisado de acordo com a mesma metodologia de *Quality in Australian Health Care Study* (harmonizando as quatro discrepâncias metodológicas entre os dois estudos).

^b Revisado de acordo com a mesma metodologia de *Utah-Colorado Study* (harmonizando as quatro discrepâncias metodológicas entre os dois estudos).

Os estudos 3 e 5 apresentam os dados mais diretamente comparáveis entre *Utah-Colorado Study* e *Quality in Australian Health Care Study*.

Os estudos listados na Tabela B.1.1 usaram a avaliação retrospectiva de registros médicos para calcular a extensão do dano resultante de cuidados em saúde [20-23]. Desde então, Canadá, Inglaterra e Nova Zelândia publicaram dados similares sobre eventos adversos [24]. Apesar das taxas de dano diferirem entre os países que publicaram dados, existe um consenso de que os danos sofridos são motivo de preocupação. As mortes catastróficas reportadas na mídia, mesmo se terríveis para as famílias e os profissionais de saúde envolvidos, não são representativas da maioria dos eventos adversos relacionados aos cuidados clínicos. Os pacientes estão mais vulneráveis a sofrer eventos menos graves, ainda que debilitantes, tais como infecção em lesões, úlceras por pressão e operações de coluna mal sucedidas [24]. Pacientes cirúrgicos correm mais risco que outros [25].

Para facilitar a gestão de eventos adversos, muitos sistemas de saúde os classificam por nível de gravidade. Os eventos adversos mais sérios, que causam danos graves ou morte, são chamados de eventos sentinela. Em alguns países, são conhecidos como eventos que “nunca deveriam acontecer”. Muitos países têm ou estão implantando sistemas para relatar e analisar eventos adversos. Para aprimorar os cuidados a longo prazo, alguns países tornaram até mesmo obrigatório o relato de eventos sentinela combinado com a análise da causa raiz (RCA) para determinar a origem de cada erro. A razão para classificar eventos adversos é garantir que os mais sérios – que poderiam se repetir – sejam analisados segundo métodos de melhoria de qualidade, assegurar que as causas do problema sejam reveladas e que as medidas para prevenir incidentes similares sejam tomadas. Esses métodos serão abordados no Tópico 7.

Tabela B.1.2. Alguns eventos adversos relatados na Austrália e nos Estados Unidos [19]

Tipo de evento adverso	EUA (% do total de 1.579 eventos)	Austrália (% do total de 175 eventos)
Suicídio de paciente internado ou no prazo de 72 horas após a alta	29	13
Cirurgia no paciente errado ou na parte errada do corpo	29	47
Erro na medicação levando à morte	3	7
Estupro/agressão/homicídio de paciente hospitalizado	8	N/A
Transfusão de sangue incompatível	6	1
Mortalidade materna (trabalho de parto, parto)	3	12
Sequestro infantil/criança é dispensada do hospital com a família errada	1	-
Instrumento esquecido dentro do corpo após a cirurgia	1	21
Morte inesperada de recém-nascido a termo	-	N/A
Hiperbilirrubinemia neonatal grave	-	N/A
Fluoroscopia prolongada	-	N/A
Embolia gasosa intravascular	N/A	-

Fonte: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [24].

N/A indica que a categoria não está na lista oficial de *eventos sentinela* relatáveis no país.

Custos econômicos e humanos

Os custos econômicos e humanos associados aos eventos adversos são significativos. A Australian Patient Safety Foundation (Fundação Australiana para a Segurança do Paciente) estimou em cerca de US\$ 18 milhões os custos de solicitações e prêmios de seguros em processos de negligência médica no estado da Austrália do Sul no período de 1997-1998 [26]. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido paga todo ano cerca de £400 milhões para indenizar por negligência clínica [14]. Em dezembro de 1999, a AHRQ (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos) relatou que prevenir erros médicos pode levar à economia de aproximadamente US\$ 8,8 bilhões por ano. Também em 1999, o IOM (Instituto de Medicina) estimou, no famoso relatório *To err is human*, entre 44 mil e 98 mil o número de mortes anuais por erro médico em hospitais, o que faz do erro médico a oitava maior causa de morte nos EUA. O relatório do IOM também estimou em US\$ 17 bilhões anuais os custos diretos e indiretos causados por erros evitáveis.

Os custos humanos em dor e sofrimento, que incluem perda de independência e de produtividade para pacientes, famílias e cuidadores, não foram calculados. Enquanto continuam os debates [27-31] dentro da profissão médica sobre os métodos usados para determinar as taxas de lesão e os custos para o sistema de saúde, muitos países já aceitaram que a revisão e a reforma na segurança do sistema de cuidados em saúde é prioridade.

Lições sobre erro e falhas de sistema em outras organizações



Desastres tecnológicos de larga escala, envolvendo naves espaciais, balsas, plataformas de petróleo, redes ferroviárias, usinas nucleares e instalações químicas, ocorridos nos anos 1980, levaram ao desenvolvimento de quadros organizacionais para tornar os ambientes e as culturas de trabalho mais seguros. O princípio central que serviu de base para os esforços de aprimoramento da segurança dessas organizações é que acidentes são causados por múltiplos fatores, e não fatores únicos e isolados. Fatores individuais conjunturais, condições do ambiente de trabalho, fatores organizacionais latentes e decisões de gestão estão frequentemente envolvidos. A análise desses desastres também mostrou que quanto mais complexa for a organização, maior é o risco de acontecer um grande número de erros de sistema.

Turner, um sociólogo que examinou falhas organizacionais nos anos 1970, foi o primeiro a reconhecer que rastrear a “cadeia de acontecimentos” era fundamental para entender as causas subjacentes de um acidente [32,33]. O trabalho de Reason sobre teoria cognitiva dos erros latentes e ativos, e dos riscos associados a acidentes organizacionais, se baseia nessa pesquisa [34, 35]. Reason analisou as características de muitos desastres de larga escala ocorridos nos anos 1980 e observou que erros humanos latentes eram mais significativos que falhas técnicas. Ele observou que, mesmo quando havia equipamentos ou componentes defeituosos, a ação humana poderia ter evitado ou atenuado os resultados ruins.

Uma análise da catástrofe de Chernobyl [36] mostrou que erros organizacionais e violações dos procedimentos operacionais, considerados como provas da “cultura de segurança insuficiente” [37] da usina, eram, na realidade, as próprias características organizacionais que contribuíram para o incidente. A lição aprendida com a investigação de Chernobyl é a importância da crítica feita ao nível de tolerância de uma cultura organizacional dominante a violações de regras e procedimentos. Essa também era uma característica dos eventos que levaram à explosão do ônibus espacial “Challenger”. A investigação desse acidente mostrou como violações se tornaram a regra, e não a exceção. (A comissão de investigação encontrou falhas no projeto do ônibus espacial, e a falta de comunicação também pode ter contribuído para a explosão.) Vaughan analisou os resultados do acidente e descreveu como as violações foram fruto de negociações constantes entre os especialistas, que estavam pesquisando soluções em um ambiente imperfeito e com conhecimento incompleto. Vaughan sugeriu que o procedimento para identificar e negociar fatores de risco levou a considerar como normais avaliações que, na realidade, apontavam risco.

Tabela B.1.1. Acidente do “Challenger”

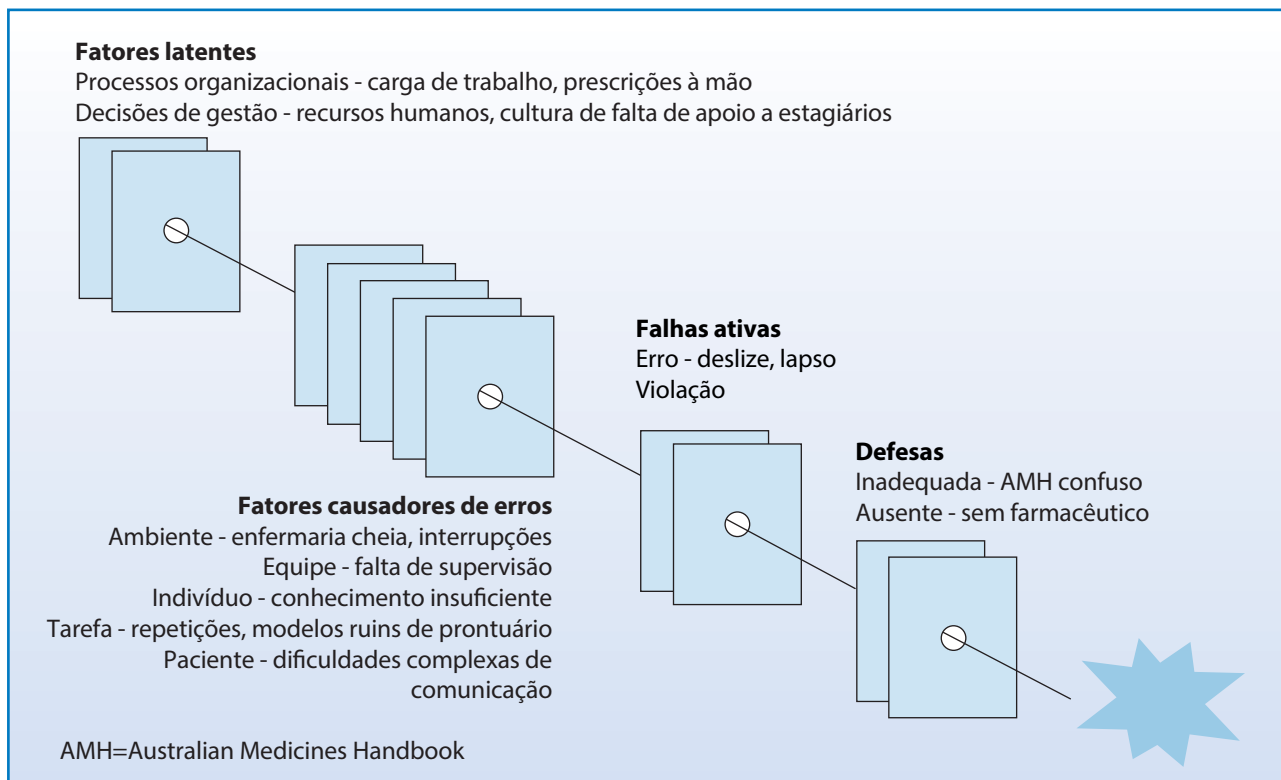
Violações que podem ter levado à explosão do “Challenger”

Durante quase um ano, antes da última missão do Challenger, engenheiros discutiram uma falha de projeto das juntas seladoras. Foram feitos esforços para chegar a uma solução, mas, antes de cada missão, oficiais da NASA e da Thiokol (a empresa que projetou e construiu os propulsores) tinham que se certificar de que os propulsores de combustível sólido eram seguros para voar. (Ver: McConnell M. Challenger: a major malfunction. Londres, Simon & Schuster, 1987:7). O “Challenger” completou nove missões antes do acidente fatal.

Reason [39] usou essas lições da indústria para entender a grande quantidade de eventos adversos nos ambientes de cuidados em saúde. Ele explicou que apenas uma abordagem sistêmica (em oposição à abordagem mais comum, baseada em culpar indivíduos) é capaz de criar uma cultura de cuidados clínicos mais segura, pois é mais fácil mudar as condições em que as pessoas trabalham do que mudar o comportamento humano. Para ilustrar a abordagem sistêmica, ele usou exemplos da indústria e mostrou os benefícios de usar defesas integradas, sistemas de proteção e entraves. Quando um sistema falha, a questão imediata deve ser por que falhou, e não quem causou a falha. Por exemplo: quais proteções falharam? Reason criou o modelo do queijo suíço [40] para explicar como falhas em diferentes níveis do sistema podem levar a acidentes/erros/incidentes.

O modelo do queijo suíço de Reason, mostrado abaixo (Figura B.1.1), ilustra os diferentes tipos de fatores (latentes, causadores de erros, falhas ativas e defesas) associadas com eventos adversos.

O diagrama mostra que a falha em apenas um nível da organização normalmente não é suficiente para causar um acidente. No mundo real, maus resultados geralmente ocorrem quando várias falhas acontecem em vários níveis diferentes (por exemplo: violação de regras, recursos inadequados, supervisão inadequada e inexperiência) e se alinham momentaneamente, permitindo o surgimento de uma trajetória da oportunidade de acidente. Por exemplo, se um médico iniciante tivesse sido devidamente supervisionado, um erro de medicação poderia ter sido evitado. Para combater erros na ponta do modelo, Reason invocou o princípio da “defesa em profundidade” [41], segundo o qual camadas sucessivas de proteção (compreensão, consciência, alarmes e advertências, restauração de sistemas, barreiras de segurança, contenção, eliminação, evacuação, fuga e salvamento) são projetadas para proteger contra falhas na camada subjacente. A organização é pensada para antecipar falhas e minimizar as condições latentes ocultas que permitem que falhas reais ou “ativas” causem danos.



Fonte: Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (Adaptado do modelo do queijo suíço de Reason) [41].

A história da segurança do paciente e as origens da cultura da culpa



Tradicionalmente, ao lidar com falhas e erros nos cuidados em saúde, baseamo-nos em uma abordagem pessoal: apontamos os indivíduos diretamente envolvidos na hora do incidente e os responsabilizamos pelo ocorrido. Culpar alguém tem sido a forma mais comum de resolver problemas. É o que chamamos de “cultura da culpa”. Desde 2000, tem havido um aumento significativo na quantidade de referências à cultura da culpa na literatura sobre saúde [42]. Isso talvez se deva à percepção de que não conseguiremos implementar melhorias sistêmicas enquanto focarmos em culpar as pessoas. Essa tendência a atribuir culpa é considerada um dos principais empecilhos à capacidade que o sistema de saúde tem de gerenciar risco [40, 43-46] e melhorar os cuidados. Por exemplo, se descobrimos que um paciente recebeu a medicação errada e sofreu uma reação alérgica, procuramos o aluno, o farmacêutico, o enfermeiro ou o médico que prescreveu ou administrou o remédio e culpamos essa pessoa pelo estado do paciente. Os indivíduos apontados como responsáveis são repreendidos. A pessoa responsabilizada pode ser retreinada, receber uma advertência disciplinar ou uma recomendação para jamais repetir o erro.

Sabemos que apenas insistir com aos profissionais de saúde para que se esforcem mais não é suficiente. Uma solução mais efetiva seria mudar políticas e procedimentos, para ajudar os profissionais de saúde a evitar que o paciente tenha reações alérgicas. No entanto, o foco ainda está no membro individual da equipe e não nas falhas do sistema em proteger o paciente ou evitar a ministração do medicamento errado.

Por que culpamos?

Exigir explicações sobre as causas do evento adverso não é uma reação incomum. Querer culpar alguém é humano. Para os envolvidos na investigação do acidente, a sensação de satisfação é maior se houver alguém a quem culpar. Psicólogos sociais usam a teoria da atribuição para estudar a forma como as pessoas determinam o que causou um determinado evento. Essa teoria se baseia na premissa de que as pessoas naturalmente querem atribuir sentido ao mundo. Assim, quando eventos inesperados acontecem, começamos automaticamente a tentar determinar as suas possíveis causas.

A essência da nossa necessidade de culpar é a crença de que uma punição passa uma mensagem forte para os outros: erros são inaceitáveis e aqueles que

os cometem serão punidos. O problema é que essa tese parte do princípio de que aquele que errou preferiu de alguma forma o procedimento errado ao invés do correto, de que a pessoa quis fazer a coisa errada, intencionalmente. Como os indivíduos são treinados e/ou são profissionais/membros de uma organização, sempre achamos que “deveriam saber o que fazer” [47].

Nosso conceito de responsabilidade pessoal incita à busca por um culpado. Admitir responsabilidade faz parte da formação e do código de conduta dos profissionais. Em caso de acidente, é mais fácil responsabilizar quem está no controle direto do tratamento, e não quem o está gerenciando [47].

Perrow [48] foi um dos primeiros a escrever, em 1984, que precisávamos parar de “apontar o dedo” para os indivíduos. Ele observou que entre 60% e 80% das falhas de sistema eram atribuídas a “erro do operador” [5]. Naquela época, a cultura predominante era punir o indivíduo em vez de tentar compreender os problemas operacionais que pudessem ter contribuído para o(s) erro(s). Supunha-se que, se pessoas são treinadas para desempenhar tarefas, uma falha na execução de uma delas só pode estar relacionada a uma falha individual e, portanto, o indivíduo faltoso merecia uma punição. Para Perrow, esses colapsos sócio-técnicos eram uma consequência natural dos complexos sistemas tecnológicos [31]. Outros [49] contribuíram para essa teoria enfatizando o peso dos fatores humanos, tanto em nível individual como institucional.

Com base nos trabalhos anteriores de Perrow [48] e de Turner [33], Reason [40] desenvolveu o seguinte quadro teórico para explicar o erro humano: primeiro, ações humanas são quase sempre limitadas e regidas por fatores que escapam ao controle imediato do indivíduo. Por exemplo, alunos de enfermagem devem seguir as políticas e os procedimentos estabelecidos pela equipe de enfermagem. Segundo, não é tão fácil evitar ações que não tínhamos a intenção de realizar. Por exemplo, um aluno de odontologia que precisa obter consentimento de um paciente para uma operação pode não saber as normas para fazê-lo. Um aluno de enfermagem talvez não tenha entendido a relevância de verificar se o formulário de consentimento informado foi assinado antes de realizar um procedimento. Ou ainda, o paciente pode ter dito a um estudante que não compreendeu o que assinou, mas o estudante, por sua vez, não mencionou isso para o médico.

Erros têm diversas causas, que podem estar ligadas ao indivíduo, às tarefas que devem ser executadas, à conjuntura ou à própria organização. Por exemplo, se um aluno de odontologia, medicina ou enfermagem entra numa área esterilizada sem

fazer a assepsia corretamente, pode ser porque nunca lhe mostraram como fazer ou porque não vê os outros obedecendo essa regra. Pode ser falta do produto de limpeza, ou que o aluno esteja respondendo a um chamado de emergência. Em uma equipe de trabalho bem-intencionada, experiente e habilidosa, é mais fácil melhorar as circunstâncias do que mudar as pessoas. Por exemplo, se a equipe só pudesse entrar na sala de cirurgia após seguir as devidas técnicas de assepsia, o risco de infecções seria reduzido.

Reason alertou para o risco do que chamamos de “viés de retrospectiva”: a maioria das pessoas envolvidas em acidentes graves não acha que algo vai dar errado e, em geral, faz o que parece ser o certo naquela hora, embora possa “estar cega para as consequências de suas ações”[35].

Hoje, gestores de organizações industriais e tecnológicas de ponta já percebem que a cultura da culpa não resolve questões de segurança [50]. Embora muitos sistemas de saúde comecem a reconhecer o problema, permanecemos numa abordagem pessoal, na qual é comum apontar o dedo ou encobrir erros, em vez de caminharmos em direção a uma cultura mais aberta, com procedimentos para identificar falhas ou brechas nas “defesas”. As organizações que reconhecem a importância da segurança verificam rotineiramente todos os aspectos do seu sistema de prevenção de acidentes, como a concepção dos equipamentos, os procedimentos, o treinamento, entre outros aspectos organizacionais [51].

Violações

O uso de uma abordagem sistêmica para analisar erros e falhas não implica numa cultura livre de culpa. Em todas as culturas, exige-se que todo profissional de saúde seja competente, ético e responsável por suas ações. Ao aprenderem o que significa pensamento sistêmico, os estudantes devem ter consciência de que, como profissionais de saúde confiáveis, devem agir de forma responsável e responder por suas ações [44]. Parte da dificuldade se deve ao fato de que muitos trabalhadores da saúde quebram regras profissionais diariamente. Por exemplo, não usam a técnica correta de higiene das mãos ou deixam profissionais iniciantes ou inexperientes trabalharem sem a supervisão adequada. Ao observar profissionais de saúde nas enfermarias ou nos ambulatórios pegando atalhos, os alunos podem ser levados a pensar que é assim que se faz. Tais comportamentos não são aceitáveis. Reason estudou o papel dos violadores dos sistemas e argumentou que, além de uma abordagem sistêmica para o gerenciamento de erros, são necessários reguladores eficazes, com leis, ferramentas e recursos adequados para punir comportamentos clínicos não seguros [40].

Reason definiu violação como um desvio das regras, dos padrões ou dos procedimentos operacionais seguros [40]. Ele associou as violações de rotina e de otimização a características pessoais, e as violações necessárias a falhas organizacionais.

Violações de rotina

Um exemplo de violação de rotina é quando profissionais não fazem a higienização das mãos entre um paciente e outro porque se acham ocupados demais. Reason afirmou que essas violações são comuns e frequentemente toleradas. Outros exemplos são a troca inadequada de informações (sobre o paciente) entre os integrantes da equipe na passagem de turno de trabalho, não seguir o protocolo e não atender às convocatórias.

Violações de otimização

Profissionais veteranos que deixam estudantes executarem um procedimento sem lhes dar a supervisão adequada por estarem ocupados com seus pacientes são um exemplo de violação de otimização. São casos nos quais uma pessoa é motivada por objetivos pessoais, tais como a ganância ou o gosto por correr riscos, a realização de um tratamento experimental ou de procedimentos desnecessários.

Violações necessárias

Enfermeiros e médicos com pouco tempo disponível, que intencionalmente pulam etapas importantes na ministração (ou prescrição) de medicamentos, ou uma obstetritz que não registra a evolução do parto de uma paciente por falta de tempo são exemplos de violações necessárias. Um profissional que deliberadamente faz algo que sabe que é perigoso ou prejudicial não necessariamente tenciona um mau resultado. Mas uma compreensão deficiente das obrigações profissionais e um mau gerenciamento desses comportamentos inadequados proporcionam um terreno fértil para comportamentos aberrantes.

Ao aplicar o pensamento sistêmico a erros e falhas, podemos assegurar que, quando um evento desse tipo acontecer, não nos precipitaremos em culpar as pessoas mais próximas do erro. Com a abordagem sistêmica, estamos aptos a examinar o sistema inteiro para descobrir o que aconteceu em vez de quem o causou. Somente após uma análise minuciosa dos múltiplos fatores associados ao incidente é que poderemos avaliar se houve, de fato, um responsável.

Modelo de segurança do paciente



A premência da segurança do paciente foi levantada há mais de uma década, quando o IOM dos Estados Unidos convocou a *National Roundtable on Health Care Quality*. Desde então, debates e discussões sobre a segurança do paciente em todo o mundo têm sido alimentados por lições aprendidas de outras organizações, pela aplicação de métodos de melhoria de qualidade para mensurar e aprimorar os cuidados ao paciente, e pelo desenvolvimento de ferramentas e estratégias para minimizar erros e falhas. Todo esse conhecimento fortaleceu o papel das ciências de segurança nos serviços de cuidados em saúde. A necessidade de melhorar o setor, através de reformulações nos procedimentos, foi reconhecida pela OMS e por seus Estados-membros, e também pela maioria das profissões de saúde.

A emergência da segurança do paciente como uma disciplina independente tornou-se possível graças a outras áreas de conhecimento, como psicologia cognitiva, psicologia organizacional, engenharia e sociologia. A aplicação do arcabouço teórico dessas disciplinas possibilitou o desenvolvimento de cursos de pós-graduação em qualidade e segurança, e em ensino de segurança do paciente dentro dos programas profissionalizantes e pré-profissionalizantes da área de saúde.

Para aplicar princípios e conceitos de segurança do paciente no local de trabalho, não é necessário que os profissionais tenham uma formação em qualidade e segurança, mas que saibam usar uma variedade de técnicas e estejam atentos à segurança do paciente em todas as situações, alertas para o fato de que sempre algo pode dar errado. Os profissionais de saúde devem criar o hábito de trocar experiências sobre eventos adversos. Hoje, à medida que reconhecemos o papel de uma comunicação precisa e oportuna para a segurança do paciente, mais importância damos a quem sabe trabalhar em equipe de maneira eficaz. O treinamento para isso começa na formação profissional. Aprender como trocar de função e ver pela perspectiva do outro é fundamental para o trabalho de equipe eficaz.

Os especialistas em segurança do paciente a definiram assim: “uma disciplina do setor de cuidados em saúde que aplica métodos científicos de segurança com o objetivo de chegar a um sistema confiável de cuidados em saúde. Segurança do paciente é também um atributo dos sistemas de saúde; minimiza a incidência e o impacto dos eventos adversos, maximizando a posterior recuperação “[52].

Essa definição estabelece o escopo do modelo conceitual de segurança do paciente. Emanuel *et al.* [47] desenvolveram um modelo simples de segu-

rança do paciente que divide os sistemas de saúde em quatro importantes campos:

1. os profissionais que trabalham com cuidados em saúde;
2. as pessoas que recebem os cuidados ou têm algum interesse em ter acesso a eles;
3. a infraestrutura de sistemas para intervenções terapêuticas (processos de prestação de cuidados em saúde);
4. os métodos de *feedback* e de aperfeiçoamento contínuo.

Esse modelo possui características em comum com outros modelos de qualidade [53] e entre elas estão a forma de entender o sistema de saúde; o reconhecimento da variação do desempenho de acordo com os serviços e as instalações; a compreensão dos métodos de aperfeiçoamento, que incluem a implantação e a mensuração de mudanças; e a compreensão das pessoas que trabalham no sistema, bem como das relações entre elas e a organização.



Como aplicar uma mentalidade de segurança do paciente em todas as atividades relacionadas aos cuidados em saúde

Há muitas oportunidades para os alunos agregarem o conhecimento de segurança do paciente a seu trabalho clínico e profissional.



Criar vínculos com pacientes.

Todos, inclusive os estudantes da área de saúde, devem estabelecer uma relação individual com cada paciente, considerando cada um como um ser humano único, com sua doença ou enfermidade específica. A aplicação pura e simples das habilidades e dos conhecimentos adquiridos não reverte necessariamente em melhores resultados para os pacientes. Os estudantes precisam conversar com eles sobre como veem sua doença ou seu quadro clínico e sobre o impacto dela neles próprios e nas suas famílias. Para garantir cuidados eficazes e seguros, é essencial que o paciente possa externar sua experiência da doença, bem como falar sobre o meio social em que vive, a maneira como vê os riscos envolvidos no tratamento, seus valores e suas preferências com relação a ele.

Alunos e professores devem se certificar de que os pacientes estão cientes de que estudantes não são profissionais de saúde qualificados. Ao serem apresentados aos pacientes ou às suas famílias, eles devem sempre ser chamados de “estudantes”. É importante não se referir a eles como “dentista iniciante” ou “enfermeiro iniciante”, “médico estudante”, “jovem farmacêutico”, “assistente” ou “colega”, pois isso pode levar o paciente a pensar que o aluno já está formado. A honestidade é muito importante para a segurança do paciente.

É importante que os alunos informem sua condição aos pacientes, ainda que isso implique corrigir o que o supervisor ou instrutor tenha dito anteriormente.

Às vezes, o instrutor apresenta o aluno de modo a inspirar confiança nele e no paciente, sem perceber que, com isso, está distorcendo a verdade. Como pode soar estranho corrigir o que o instrutor acabou de falar, é bom verificar antes a forma como ele costuma apresentar alunos, principalmente se for a primeira vez que estiverem trabalhando juntos. Os alunos devem deixar claro aos pacientes e a suas famílias que eles são estudantes.

Compreender os múltiplos fatores envolvidos nas falhas



Os alunos devem olhar para além do erro ou da falha e entender que muitos fatores podem estar envolvidos em um evento adverso. Para isso, os alunos devem perguntar sobre os fatores subjacentes e incentivar os outros a verem os erros a partir de uma perspectiva sistêmica. Por exemplo, em reunião de equipe ou discussão em grupo, podem ser os primeiros a levantar questionamentos sobre as possíveis causas dos erros, perguntando “o que aconteceu?”, em vez de “quem estava envolvido?”. O método dos cinco “porquês” (no Quadro B.1.2 a seguir), que consiste em continuar a fazer a pergunta mesmo depois de receber uma resposta, é usado para manter o foco das discussões no sistema e não nas pessoas envolvidas.

Quadro B.1.2. Os cinco “porquês”

Os cinco “porquês”

Afirmação: a enfermeira deu o medicamento errado.

Por quê?

Resposta: Porque ela não escutou direito o nome do que havia sido indicado pelo médico.

Por quê?

Resposta: Porque o médico estava cansado, era madrugada e a enfermeira não quis pedir para ele repetir o nome.

Por quê?

Resposta: Porque ela sabia que ele é explosivo e poderia gritar com ela.

Por quê?

Resposta: Porque ele estava muito cansado, tinha operado por, pelo menos, 16 horas.

Por quê? Porque...

Evitar culpar quando ocorrer um erro

É importante que os alunos apoiem uns aos outros e a seus colegas de outras profissões da área de saúde quando se envolverem em um evento adverso. Se os estudantes não estiverem abertos a falar sobre erros, terão poucas oportunidades para aprender com eles. No entanto, com frequência, eles são excluídos de reuniões onde são discutidos eventos adversos. Além disso, alguns hospitais, assim como algumas clínicas e escolas, não promovem tais encontros. Isso não significa necessariamente que os clínicos queiram esconder seus erros; pode ser que não estejam familiarizados com estratégias de aprendizagem em segurança do paciente. Podem também ter medo do aspecto médico-legal e de uma possível interferência por parte da administração. Felizmente, à medida que os conceitos de segurança do paciente se tornam mais amplamente difundidos e discutidos, surgem mais oportunidades para reavaliar os cuidados e implementar as melhorias necessárias para reduzir erros. Os alunos podem perguntar a seus supervisores se a organização realiza encontros ou fóruns para equipes, tais como reuniões para discutir mortalidade e morbidade ou sobre eventos adversos. Independentemente do seu nível de treinamento e de instrução, os alunos devem compreender a importância de relatar seus próprios erros para seus superiores.

Praticar cuidados com base em evidências

Os alunos devem aprender como aplicar práticas com base em evidências. Devem estar cientes do papel das diretrizes e saber da importância de segui-las. Quando um estudante é colocado em um ambiente clínico, deve buscar informações sobre as diretrizes comuns e os protocolos. Estes, por sua vez, devem estar fundamentados em evidências sempre que possível.

Manter a continuidade dos cuidados aos pacientes

O sistema de saúde é composto de muitas partes que se interligam para prover cuidados continuados para pacientes e suas famílias. Compreender o percurso dos pacientes através do sistema é necessário para entender como este pode falhar. Informações importantes podem ser perdidas, estar desatualizadas ou incorretas. Tais acontecimentos podem levar a tratamentos inadequados ou a erros, interrompendo a continuidade dos cuidados e deixando o paciente vulnerável a um mau resultado.

Ter consciência da importância do cuidado pessoal

Os estudantes devem ser responsáveis por seu próprio bem-estar, pelo de seus pares e demais colegas. Eles devem ser estimulados a ter seus próprios médicos e ciência de seu estado de saúde. Se um aluno tiver alguma dificuldade (doença mental ou dependência química, por

exemplo), deve ser incentivado a buscar ajuda profissional.

Agir de maneira ética todos os dias

Para aprender a ser um bom profissional de saúde, é preciso observar os profissionais veteranos e respeitados, além de vivenciar a experiência clínica na prática, com pacientes. Um dos privilégios dos alunos é poder aprender tratando pacientes reais. A maioria dos pacientes entende que os alunos têm que aprender e que o futuro dos cuidados em saúde depende desse treinamento. Contudo, também é importante lembrar que a oportunidade de interrogar, examinar e tratar pacientes é um privilégio concedido por cada um deles. Um estudante só pode examinar um paciente após o seu consentimento. Os estudantes devem sempre pedir permissão antes de tocar nos pacientes ou buscar informações sobre eles. Devem também estar cientes de que os pacientes podem revogar esse consentimento a qualquer hora e pedir que o estudante interrompa o que está fazendo.

Mesmo em um ambulatório de ensino, é importante que os instrutores clínicos informem aos pacientes que a cooperação deles nas atividades pedagógicas é inteiramente voluntária. Instrutores e alunos devem obter consentimento verbal dos pacientes, antes de examiná-los. Quando pacientes forem perguntados se um aluno pode examiná-los, devem ser informados de que o exame tem primordialmente fins pedagógicos. Um exemplo de expressão apropriada para um pedido como esse é: “você se incomodaria se esses alunos lhe perguntassem sobre sua doença e/ou o examinassem para aprender mais sobre seu quadro clínico?”.

É importante que todos os pacientes compreendam que sua participação é voluntária e que uma recusa não compromete seu tratamento. O consentimento verbal é suficiente para a maioria das atividades pedagógicas, mas há ocasiões em que um consentimento por escrito é necessário. Os alunos devem sempre perguntar se estiverem em dúvida sobre o tipo de consentimento exigido.

Deve-se tomar cuidado especial ao envolver pacientes em atividades pedagógicas, uma vez que, neste caso, os benefícios para os pacientes são secundários em relação à necessidade de aprendizagem dos alunos. Os cuidados ao paciente e seu tratamento, em geral, independem do envolvimento do estudante.

Diretrizes específicas para professores e estudantes da área de saúde dão proteção a todos. Caso não haja diretrizes, é aconselhável pedir ao corpo docente, que estabeleça uma política para a relação entre os alunos e os pacientes que estiverem auto-

rizados a tratar. Diretrizes bem delineadas protegem pacientes, promovem altos padrões éticos e ajudam a evitar mal-entendidos.

A maioria das escolas da área de saúde têm consciência do problema do “currículo oculto” na formação dos estudantes. Estudos mostram que os alunos em estágios clínicos já se sentiram pressionados a agir de forma antiética [54] e relatam que essas situações são difíceis de resolver. Todos os alunos e *trainees* estão potencialmente sujeitos a enfrentar dilemas éticos semelhantes. Nos raros casos em que um supervisor clínico induz alunos a participarem de cuidados que pareçam antiéticos ou enganosos para o paciente, o corpo docente deve intervir. Muitos alunos podem não se sentir suficientemente seguros para levantar tais questões com seus supervisores e, em geral, não sabem como agir. Abordar esse assunto no ensino de segurança do paciente é muito importante. Uma confusão de papéis pode levar o aluno a se estressar e provocar um impacto negativo no ânimo e no desenvolvimento do profissionalismo dos estudantes. Pode também pôr pacientes em risco. Aprender a relatar preocupações com cuidados antiéticos ou pouco seguros é fundamental para a segurança do paciente e está ligado à capacidade do sistema de incentivar esse tipo de relato.

Os alunos devem estar cientes de que têm a obrigação ética e legal de colocar os interesses dos pacientes em primeiro lugar [12]. Este fato pode inclusive significar ter que se recusar a obedecer uma instrução ou ordem indevida. A melhor forma de o aluno resolver um conflito desse tipo (ou, pelo menos, de colocá-lo sob outra perspectiva) é falar, em particular, com o profissional ou membro da equipe envolvido. O paciente não deve fazer parte da discussão. O aluno deve explicar o(s) problema(s) e por que não pode seguir a instrução ou ordem. Se o clínico ou o responsável pela equipe ignorar as questões levantadas e continuar a instruir o aluno a proceder daquela forma, recomenda-se discricionariedade ao decidir se deve continuar ou abandonar a situação problemática. Se decidir continuar, é preciso o consentimento do paciente.

Se o paciente não consentir, o aluno não deve prosseguir. Se um paciente estiver inconsciente ou anestesiado e um supervisor pedir a um estudante de medicina ou enfermagem para examiná-lo, o aluno deve explicar que não pode prosseguir sem que o paciente tenha dado consentimento prévio. Nesses casos, pode ser pertinente discutir a situação com outro membro da clínica ou do corpo docente. Em caso de dúvida sobre o comportamento de qualquer outra pessoa envolvida nos cuidados ao paciente, os estudantes devem levar o assunto a um membro do corpo docente de sua escolha.

Todos os alunos que se sentirem vítimas de retaliação por causa de sua recusa em fazer algo que lhes pareça errado devem buscar conselho junto a seus supervisores.

Reconhecer o papel da segurança do paciente na prestação de cuidados seguros



O início de estágios em ambiente clínico ou local de trabalho varia de acordo com cada programa de treinamento. Antes de começar essa experiência, os alunos deveriam se informar sobre outras opções disponíveis para o paciente no sistema de saúde e sobre os respectivos processos estabelecidos para identificar eventos adversos.

Perguntar sobre outras opções do sistema de saúde disponíveis ao paciente.

O sucesso dos cuidados e do tratamento do paciente depende da compreensão integral do sistema de saúde a que cada um deles tem acesso. Se o paciente não dispõe de refrigeração, não adianta mandá-lo para casa com insulina que precisa ser refrigerada. Um bom conhecimento dos sistemas (Tópico 3) contribui para entender como as diferentes partes estão interligadas e como a continuidade dos cuidados ao paciente depende da comunicação entre todas elas de forma eficaz e oportuna. →

Pedir informações sobre os processos estabelecidos para identificar eventos adversos.

A maioria dos hospitais ou clínicas possui um sistema para identificar eventos adversos. É importante que os alunos tomem conhecimento desses eventos e entendam como são tratados pela clínica. Se não existir um procedimento formal, o aluno deve perguntar aos responsáveis por essa área como tais eventos são abordados. No mínimo, isso levantará algum interesse sobre o assunto. (Os Tópicos 3, 4 e 6 abordam o relato e o gerenciamento de incidentes). →

Formatos e estratégias de ensino

Os dados de prevalência usados neste tópico foram publicados na literatura oficial e dizem respeito a diferentes países. Alguns instrutores podem querer usar dados de seus próprios países para a segurança do paciente. Se não estiverem disponíveis na literatura profissional, alguns dados relevantes podem ser encontrados em bancos de dados mantidos pelos serviços de saúde locais. Por exemplo, há muitas ferramentas de rastreamento para mensurar eventos adversos disponíveis gratuitamente na internet e projetadas para ajudar os profissionais de saúde. Se não houver medições gerais disponíveis para um determinado país ou uma determinada instituição, os professores podem procurar por informações

de uma área específica, como os índices de infecções. Os índices de infecções de um determinado país podem estar disponíveis e ser usados para mostrar o alcance da transmissão de infecções potencialmente evitáveis. Pode ainda haver literatura disponível sobre eventos adversos em sua profissão específica. Esses dados são todos relevantes para o ensino.

Este tópico pode ser dividido em seções a serem incluídas nos currículos existentes. Pode ser ensinado em pequenos grupos ou por meio de palestra. Neste último caso, os *slides* ao final do tópico podem ser úteis para a apresentação das informações.

A Parte A do Guia Curricular sugere uma série de métodos pedagógicos para a segurança do paciente, uma vez que palestras nem sempre são a melhor abordagem.

Discussão em pequenos grupos

Os instrutores podem usar qualquer uma das atividades listadas abaixo para estimular discussões sobre segurança do paciente. Outra abordagem é pedir que um ou mais alunos preparem um seminário sobre o assunto usando o conteúdo deste tópico. A partir daí, pode conduzir uma discussão sobre as áreas abordadas. Os alunos poderiam seguir os títulos enumerados mais adiante e se utilizar de qualquer uma das atividades listadas para apresentar o material. O professor responsável por essa sessão deve estar familiarizado com o conteúdo, de maneira a acrescentar informações sobre o ambiente clínico e o sistema de saúde local.

Formas de ensinar os danos causados por falhas sistêmicas e eventos adversos em cuidados em saúde:

- use exemplos da mídia (jornais e televisão);
- use casos anônimos ocorridos em hospitais e clínicas onde trabalha;
- use um estudo de caso para construir um fluxograma do percurso de um paciente;
- use um estudo de caso para tudo que deu errado e para as ocasiões em que uma determinada ação poderia ter evitado o resultado adverso;
- convide um paciente que passou por um evento adverso para falar com os alunos.

Formas de ensinar as diferenças entre falhas sistêmicas, violações e erros:

- use um estudo de caso para analisar as diferentes formas de se gerenciar um evento adverso;
- peça que os alunos observem ou participem de uma análise de causa raiz;

- peça que os alunos descrevam as consequências de não se usar uma abordagem de equipe multidisciplinar.

Palestra expositiva interativa

Convide um profissional de saúde conceituado de sua instituição ou de seu país para falar sobre erros nos cuidados em saúde no local de trabalho. Se não houver ninguém disponível, use um vídeo de um médico influente e respeitado falando sobre erros e sobre como todos os integrantes do sistema de saúde estão expostos a eles. Trechos de discursos de especialistas em segurança do paciente estão disponíveis na internet. Pedir para alguém discorrer sobre erros e o impacto deles em pacientes e equipes é uma introdução sólida à segurança do paciente. Os alunos podem ser estimulados a interagir durante a apresentação. O instrutor pode, então, falar sobre as informações contidas nesse tópico para mostrar aos alunos como e por que a atenção à segurança do paciente é essencial para uma prática clínica segura.

Slides em PowerPoint e projetores podem ser usados. Comece a sessão com um estudo de caso e peça aos alunos para identificarem algumas questões levantadas por aquele cenário. Use os *slides* do final do capítulo como guia.

Outras formas de apresentar as demais partes desse tópico estão listadas abaixo.

Lições sobre erros e falhas sistêmicas aprendidas com outras organizações.

- Convide um profissional de outra disciplina, como engenharia ou psicologia, para falar sobre falhas sistêmicas, cultura de segurança e o papel dos relatos de erros.
- Convide alguém da aviação para falar sobre como reagir a erros humanos.

História da segurança do paciente e as origens da cultura da culpa

- Convide um médico veterano respeitado para falar sobre os estragos causados pela culpabilização.
- Convide uma autoridade em segurança e qualidade para discutir sistemas em vigor para minimizar erros e administrar eventos adversos.

Simulação

Diferentes cenários relacionados com eventos adversos e com a necessidade de relatar e analisar erros podem ser desenvolvidos. Para cada cenário, peça aos alunos para identificarem onde o sistema falhou, como o problema poderia ter sido evitado e que medidas devem ser tomadas, caso o erro se repita.

Outras atividades de ensino-aprendizagem

Há muitas maneiras de os alunos aprenderem sobre segurança do paciente. A seguir, alguns exemplos de atividades que eles podem realizar, sozinhos ou em pares:

- seguir um paciente em seu percurso pelo serviço de cuidados em saúde;
- passar um dia com um profissional de saúde de uma disciplina diferente e identificar seus principais papéis e funções;
- sempre perguntar aos pacientes suas opiniões e sensações em relação à doença ou ao estado deles;
- perguntar se sua instituição de ensino ou seu serviço de saúde possui procedimentos ou equipes para investigar e relatar eventos adversos. Se for viável, peça aos alunos que consigam permissão de seus superiores para observar ou participar dessas atividades;
- descobrir se sua instituição de ensino promove reuniões sobre mortalidade e morbidade ou outros fóruns de avaliação por pares nos quais eventos adversos são revistos e/ou se promove reuniões para aperfeiçoamento da qualidade;
- discutir erros clínicos observados usando uma abordagem de não culpabilização;
- perguntar sobre o protocolo principal adotado pela equipe no setor clínico onde foram alocados. Os alunos devem perguntar como as diretrizes foram escritas, como a equipe toma conhecimento delas, como usá-las e quando não segui-las.

Estudos de caso

A história de Caroline, contada no início deste tópico, ilustra a importância da continuidade dos cuidados e a maneira como um sistema de cuidados pode dar muito errado.

Desde o momento em que deu à luz até morrer, 25 dias depois, Caroline deu entrada em quatro hospitais diferentes. Era essencial uma continuidade adequada dos seus cuidados na hora da transmissão (*hand-over*) das responsabilidades entre as diversas equipes de médicos e de enfermeiros. A ausência de registro de exames e diagnósticos diferenciais/ provisórios e de resumos de alta e encaminhamentos levou a um atraso no diagnóstico de um abscesso fatal e, por fim, à morte de Caroline.

Peça aos alunos que leiam o caso e identifiquem alguns dos fatores subjacentes que estiveram presentes durante os cuidados e o tratamento da paciente.

Aluno de odontologia sob pressão

Este caso ilustra como uma cadeia de eventos pode levar a danos involuntários. O número de obturações, a proximidade entre a cárie e a polpa dentária e as diversas oportunidades perdidas pela equipe de saúde para verificar a pressão arterial do paciente contribuíram para o evento adverso.

Peter, 63 anos e com histórico de hipertensão e infarto, agendou uma hora para fazer várias obturações. Na manhã da consulta, tomou seus habituais medicamentos anti-hipertensivos e anticoagulantes.

Na clínica, o estudante de odontologia cumprimentou Peter e iniciou os procedimentos para as obturações. O aluno pediu permissão ao seu supervisor para dar anestesia dentária em Peter, mas não verificou seus sinais vitais antes de aplicar o anestésico. Ele ministrou duas cápsulas de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 e começou a tratar as cáries em dois dentes superiores. Em um deles, a cárie estava muito próxima da polpa. Uma terceira cápsula foi ministrada antes da pausa para o almoço.

Peter retornou à tarde para mais obturações. O estudante solicitou permissão de seu supervisor para fazer uma anestesia mandibular, mas novamente não verificou os sinais vitais do paciente. No total, o paciente recebeu cinco injeções de anestésico (com 1,8 ml cada), um total de 180 mg de lidocaína e 0,09 mg de epinefrina em seis horas. Às 15h, Peter começou a sentir desconforto, apresentando vermelhidão e diaforese (sudorese). Sua pressão sanguínea era de 240/140 e seu pulso, 88. O aluno informou a seu supervisor, e eles chamaram uma ambulância. Os paramédicos chegaram e Peter foi levado ao setor de emergência do hospital mais próximo para tratar uma crise hipertensiva.

Perguntas

- Que fatores podem ter contribuído para o estudante de odontologia não ter verificado os sinais vitais de Peter, em nenhum momento do dia?
- O estudante relatou para o supervisor o histórico médico de Peter? Seria rotina da clínica não verificar os sinais vitais?
- Que sistemas poderiam ser implantados para evitar esse tipo de incidente no futuro?

Fonte: Caso fornecido por Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Segurança do paciente em obstetrícia

Este caso aborda realidades da prática e as consequências de não atentar para informações importantes.

Mary estava grávida de 26 semanas e tinha acabado de começar suas palestras de pré-natal. Para combater uma leve anemia, tomava suplementos à base de ferro, o que lhe causava constipação ocasional.

Por causa disso, Mary mudou sua dieta. Teve também várias infecções vaginais durante a gravidez, mas nada grave.

No começo da 27ª semana, as cólicas abdominais foram piorando e ela chamou sua obstetrix. A obstetrix fez um toque vaginal e afirmou que o colo do útero tinha consistência moderada, estava em posição intermediária, fechado, e com 1 cm de dilatação.

A obstetrix não lhe perguntou nada, a não ser há quanto tempo vinha sentindo cólicas. Ela fez o diagnóstico e disse que Mary estava tendo contrações do tipo Braxton-Hicks. Marcou, então, a próxima consulta para dali a dois dias.

Na segunda visita, Mary disse que as cólicas tinham parado, mas que tinha tido sangramentos e estava se sentindo cansada. A obstetrix disse a Mary que um pequeno sangramento era normal após um exame ginecológico e recomendou mais repouso.

Quatro dias depois, Mary percebeu que suas secreções vaginais haviam aumentado.

Tinha cólicas esporádicas e voltou a ligar para a obstetrix, que, mais uma vez, assegurou que as cólicas eram devido à constipação e explicou que um aumento nas secreções vaginais durante a gravidez era normal. Poucas horas depois, Mary começou a ter contrações uterinas mais regulares, foi levada à maternidade em trabalho de parto e deu à luz uma menina prematura.

Doze horas depois do nascimento, o bebê foi diagnosticado com pneumonia. Essa infecção foi causada por *Streptococcus agalactiae* (Grupo B *Streptococcus*), diagnosticada através de um exame de esfregaço vaginal realizado pouco antes do nascimento, no momento da internação hospitalar.

Perguntas

- Que fatores podem ter levado a obstetrix a manter seu diagnóstico inicial?
- Que fatores sistêmicos subjacentes podem estar associados ao fato de Mary ter tido um bebê prematuro com pneumonia?

Fonte: Caso fornecido por Teja Zaksek, Senior Lecturer and Head of Teaching and Learning, Midwifery Department, University of Ljubljana Health Faculty, Ljubljana, Slovenia.

Ferramentas e material de referência



Finkelman A, Kenner C. *Teaching /OM: implementing /Institute of Medicine reports in nursing education*, 2nd ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1st ed. Managing the risks of organizational accidents, 1st ed.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel et al. What exactly is patient safety? in: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999 (<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579>; acesso em 21 Fevereiro de 2011).

Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

Avaliação do conhecimento deste tópico

Vários métodos de avaliação são adequados, entre eles, perguntas discursivas, questões de múltipla escolha (MCQ), perguntas breves de melhor resposta possível (SBA/BAQ), discussão de caso clínico (CBD) e autoavaliação. Fazer um caderno de anotações pessoais também pode ser útil. Incentive os alunos a desenvolverem uma abordagem de portfólio para o aprendizado de segurança do paciente. O benefício dessa abordagem é que, ao final do programa de treinamento em segurança do paciente, cada aluno terá uma compilação de suas atividades e poderá usá-la para seu currículo e ao longo de sua carreira. O conhecimento dos alunos sobre o dano potencial a pacientes, as lições aprendidas com outras organizações, as violações,

a abordagem livre de culpa e os modelos para pensar segurança do paciente podem ser avaliados usando qualquer um dos seguintes métodos:

- portfólio
- discussão de caso clínico (CBD)
- exame clínico objetivo estruturado (OSCE)
- observações escritas sobre o sistema de saúde e o potencial de erros (em geral).

Pode-se também pedir aos alunos que escrevam ensaios sobre os tópicos, por exemplo:

- os efeitos de eventos adversos na confiança do paciente em relação aos cuidados em saúde;
- a reação da comunidade a histórias da mídia sobre danos e negligência com o paciente;
- o papel dos profissionais de saúde na mentoria dos alunos e o papel dos pacientes no sistema de cuidados em saúde.

A avaliação deve ser tanto formativa como somativa. A apresentação de resultados pode ser feita de diversas maneiras: de uma apreciação do tipo satisfatório/insatisfatório até a atribuição de uma nota. Consulte a seção do Guia do Professor (Parte A) para o tipo de avaliação adequado para tópicos de segurança do paciente. Exemplos de alguns desses métodos de avaliação também estão disponíveis na Parte B, Anexo 2.

Avaliação do conhecimento deste tópico

A avaliação é importante para analisar uma sessão pedagógica e saber que melhorias podem ser feitas. Veja o Guia do Professor (Parte A) com um resumo dos princípios de avaliação mais importantes.

Referências

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, 2009; 6-7.
2. World Health Organization Fact sheet N°275: *Substandard and counterfeit medicines*, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective*. In van Grutting CWG ed. *Medical devices: International perspectives on health and safety*. Elsevier, 1994.
4. Schultz DS, Rafferty MP, *Soviet health care and Perestroika*, *American journal of Public Health*, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638-642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10-110.
7. United States Congress House Sub-Committee on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452-1456.
9. Couch NP et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634-637.
10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123-129.
11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582-589.
12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469-472.
13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815-2820.
14. Leape L et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144-149.
15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29-34.
16. Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774-777.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
18. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
19. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 December 2001, EB 109/9.
20. Davis P et al. *Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
21. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270-276.
22. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458-471.

23. Baker GR et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678-1686.
24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
25. Andrews LB et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309-313.
26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (<http://www.apsf.net.au/>; acesso em 23 de fevereiro de 2011).
27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors*. Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 December, 1999.
28. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.
29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415-420.
30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812-816.
31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 248:93-95.
32. Turner BA. The organizational and inter organisational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378-397.
33. Turner BA. *Man-made disasters* London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475-484.
35. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.
36. Pidgen N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. International Atomic Energy Agency. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1*. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89-94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. Breaking bad news *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206-207.
44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6-11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163-164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. *Normal accidents: living with high-technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents-yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001,322:709-710.

Slides para o Tópico 1: O que é segurança do paciente?

Aulas expositivas, em geral, não são a melhor forma de ensinar segurança do paciente. Se você está cogitando preparar uma, é bom incluir discussões e interações entre os alunos durante a aula. Você pode usar um estudo de caso para criar uma discussão em grupo, ou fazer perguntas aos alunos sobre diferentes aspectos de cuidados em saúde para levantar as questões contidas neste tópico, como a cultura da culpa, a natureza do erro e a maneira como erros são gerenciados em outras organizações.

Os *slides* para o Tópico 1 foram elaborados para ajudar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os *slides* podem ser modificados para se adequarem à cultura e ao ambiente locais. Os instrutores não precisam usar todos os *slides*; é melhor que escolham de acordo com o conteúdo da aula.

Todos os nomes de medicamentos estão de acordo com *WHO International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; acesso em 24 de março de 2011).

Tópico 2

Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

Um afastador desaparecido

O histórico médico de Suzanne registrava quatro cesarianas em um período de 10 anos. A segunda e a terceira operações foram realizadas no hospital B, e a quarta, no hospital C. Dois meses após sua quarta cesariana, Suzanne deu entrada no hospital C com fortes dores no ânus.

Um médico realizou uma dilatação anal sob anestesia geral e retirou do reto da paciente um afastador cirúrgico com extremidades curvas de 15 cm de comprimento por 2 cm de largura. Era de um tipo normalmente usado em hospitais da região, e as iniciais nele gravadas indicavam que o instrumento viera do hospital B. O médico supôs que o afastador tinha sido deixado dentro de Suzanne após uma de suas cesarianas e que teria gradualmente se deslocado pelo peritônio até o interior do reto.

Durante a quarta cesariana da paciente, o cirurgião notou a presença de aderências fibróticas (cicatrizes) no peritônio, embora nenhuma cicatriz tenha sido observada pelo médico que realizou a terceira cesariana, dois anos antes. Ainda que não se saiba ao certo o que ocorreu, é mais provável que o instrumento tenha sido deixado dentro de Suzanne durante sua terceira cesariana e tenha permanecido lá por mais de dois anos.

Fonte: Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000, New South Wales Government (Australia), 2001:58.

Introdução - Por que empregar fatores humanos é importante?



O estudo de fatores humanos avalia a relação entre seres humanos e os sistemas com os quais interagem [1] ao focar na melhoria da eficiência, criatividade, produtividade e da satisfação no trabalho, com o objetivo de minimizar erros. A não aplicação dos princípios de fatores humanos é um fator determinante na maior parte de eventos adversos (danos aos pacientes) nos cuidados à saúde. Assim, todos os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão básica dos princípios de fatores humanos. Profissionais de saúde que não têm conhecimento básico de fatores humanos são como os profissionais de controle de infecção que não têm conhecimento básico de microbiologia.

Palavras-chave

Fatores humanos, ergonomia, sistemas, desempenho humano.

Objetivos pedagógicos



Os estudantes devem compreender a relação entre fatores humanos e segurança do paciente e aplicar esse conhecimento no ambiente profissional/clínico.

Resultados pedagógicos: Conhecimento e desempenho



Conhecimento necessário

Os estudantes precisam saber o significado do termo fatores humanos e compreender a relação entre fatores humanos e segurança do paciente.



Desempenho esperado

Os estudantes precisam aplicar o conhecimento de fatores humanos em seus ambientes de trabalho.

O Quadro B.2.1, a seguir, publicado pela *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, responde a algumas perguntas fundamentais sobre fatores humanos e a sua relação com cuidados à saúde.

Quadro B.2.1. Perguntas fundamentais sobre fatores humanos nos cuidados à saúde

Fatores humanos nos cuidados à saúde

P. O que o termo “fatores humanos” significa?

R. Fatores humanos aplicam-se onde quer que seres humanos trabalhem. Os fatores humanos reconhecem a natureza universal da falibilidade humana. A abordagem tradicional do erro humano pode ser chamada de modelo de “perfectibilidade”, o qual pressupõe que, se os trabalhadores se dedicarem o bastante, trabalharem o bastante e forem suficientemente bem treinados, erros serão evitados. Nossa experiência e a de especialistas internacionais mostram que essa atitude é contraproducente e ineficaz.

P. O que o estudo de fatores humanos inclui?

Fatores humanos é uma disciplina que procura otimizar a relação entre a tecnologia e os seres humanos, colocando em prática informações sobre o comportamento, as habilidades, as limitações e outras características humanas no projeto de ferramentas, máquinas, sistemas, tarefas, trabalhos e ambientes para o uso humano eficaz, produtivo, seguro e confortável.

P. Por que a questão dos fatores humanos nos cuidados à saúde é importante?

R. Questões relacionadas a fatores humanos são as principais responsáveis por eventos adversos nos cuidados à saúde. Nesta e em outras organizações de alto risco, tais como a indústria da aviação, os fatores humanos podem ter consequências sérias e, às vezes, fatais.

Entretanto, o sistema de cuidados à saúde pode se tornar mais seguro com o reconhecimento do potencial para o erro e com o desenvolvimento de sistemas e estratégias para aprender com os erros de modo a minimizar suas ocorrências e efeitos.

P. É possível gerenciar fatores humanos?

R. Sim, o gerenciamento de fatores humanos envolve a aplicação de técnicas proativas com o intuito de minimizar erros e *near misses* (quase-erros) e aprender com eles. Uma cultura do trabalho que incentive o relato de eventos adversos e *near misses* nos cuidados à saúde permite o aprimoramento dos sistemas de cuidados à saúde e de segurança do paciente.

A aviação é um bom exemplo de uma indústria que adotou o estudo de fatores humanos como uma abordagem para melhorar a segurança. Desde meados dos anos 1980, a aviação aceitou a falibilidade humana como inevitável e, em vez de exigir a perfeição constante, insustentável, e de punir publicamente os erros, essa indústria projetou sistemas para minimizar o impacto do erro humano. O registro de segurança da aviação é uma prova do sucesso dessa atitude – apesar de ter uma média de 10 milhões de decolagens e pousos por ano, a aviação comercial registrou menos de 10 acidentes fatais por ano em todo o mundo, desde 1965, e muitos desses acidentes ocorreram em nações em desenvolvimento.

Fonte: Human factors in health care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA-2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA-2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Fatores humanos e ergonomia



Os termos *fatores humanos* e *ergonomia* são usados para descrever interações entre indivíduos no trabalho, a tarefa a ser desempenhada e o próprio local de trabalho. Estes termos podem ser empregados de forma indistinta.

O estudo de fatores humanos é uma ciência reconhecida que recorre a muitas disciplinas (como anatomia, fisiologia, física e biomecânica) para

entender como as pessoas atuam sob diferentes circunstâncias. Definimos fatores humanos como: *o estudo de todos os fatores que facilitam a realização do trabalho de maneira adequada.*

Outra definição de fatores humanos é o estudo da inter-relação entre seres humanos, ferramentas, equipamentos que utilizam no trabalho e o próprio ambiente de trabalho [1].

Aplicação do conhecimento de fatores humanos

Os conhecimentos relativos aos fatores humanos podem ser aplicados em qualquer local de trabalho. Nos cuidados à saúde, conhecê-los pode nos ajudar a conceber processos que facilitem a realização dos trabalhos dos profissionais de saúde de forma adequada. A aplicação dos seus princípios é altamente relevante à segurança do paciente porque as ciências básicas de segurança estão integradas à disciplina de engenharia de fatores humanos. Esses princípios podem nos ajudar a garantir o emprego de práticas seguras de prescrição e dispensação, boa comunicação entre equipes e compartilhamento de informações com outros profissionais e pacientes de cuidados à saúde de forma eficaz. Essas tarefas, antes consideradas básicas, tornaram-se bem complicadas em consequência da crescente complexidade dos sistemas de cuidados à saúde. Grande parte da assistência à saúde depende dos profissionais que a fornecem. Especialistas em fatores humanos acreditam que os erros podem ser reduzidos se nos concentrarmos nos profissionais de cuidados à saúde e se estudarmos como eles interagem com o ambiente e como fazem parte dele. A aplicação dos princípios de fatores humanos pode facilitar o cuidado de pacientes por profissionais de saúde.

Os princípios de fatores humanos podem ser aplicados em qualquer ambiente. Setores como a aviação, a indústria e as forças armadas têm aplicado esse conhecimento na melhoria dos sistemas e serviços há muitos anos [2].

As lições e os exemplos de outras indústrias demonstram que, quando aplicamos princípios de fatores humanos, podemos melhorar os processos de trabalho nos cuidados clínicos. Por exemplo, a falta de comunicação adequada entre as pessoas no sistema e suas ações é uma das causas subjacentes de muitos eventos adversos. Muitos pensam que as dificuldades de comunicação entre membros de equipes de saúde estão relacionadas ao fato de cada pessoa ter uma série de tarefas que necessitam ser executadas ao mesmo tempo. Pesquisas na área de engenharia de fatores humanos revelam que o importante não é o número de tarefas a serem concluídas, mas a natureza dessas tarefas. Um profissional pode ser capaz de explicar as etapas de um procedimento simples a um estudante enquanto o executa. No entanto, em um caso mais complicado, pode ser impossível para o profissional se concentrar na tarefa e dar explicações ao mesmo tempo. Compreender o que são fatores humanos e aderir aos seus princípios são elementos fundamentais à disciplina de segurança do paciente [3].

Especialistas em fatores humanos contribuem para que um maior número de

profissionais de saúde executem suas tarefas da melhor forma possível, enquanto cuidam de seus pacientes. Isso é importante porque o objetivo de um bom projeto de fatores humanos é atender às necessidades de todos os indivíduos que utilizam e interagem com o sistema. Isso significa pensar em questões relativas à concepção do sistema, não só em termos da vulnerabilidade dos pacientes, parentes ansiosos e clínicos calmos, experientes e descansados, mas também do ponto de vista de trabalhadores inexperientes na assistência à saúde que podem estar estressados, fatigados e apressados.


Especialistas em fatores humanos recorrem a princípios baseados em evidências para desenvolver formas de facilitar a realização segura e eficiente de tarefas como: (i) prescrição e dispensação de medicamentos; (ii) transmissão de informações entre equipes; (iii) transferência de pacientes; (iv) registro de prescrição de medicamentos e outras recomendações enviadas por meio eletrônico; e (v) preparo de medicamentos. Se essas tarefas fossem simplificadas para os profissionais de saúde, eles poderiam fornecer um cuidado mais seguro. Essas tarefas requerem soluções de projeto que incluem *software* (sistemas informatizados de entrada de pedidos e programas que permitam a dispensação), equipamentos (bombas de infusão), ferramentas (bisturis, seringas, leitos) e a disposição física apropriada de áreas de trabalho, incluindo iluminação adequada. A revolução tecnológica nos cuidados à saúde aumentou a relevância dos fatores humanos em relação aos erros porque o potencial de dano é grande quando os dispositivos tecnológicos e médicos são mal utilizados. [3]. O conhecimento desses fatores permite também melhorar a compreensão do impacto da fadiga em seres humanos. Profissionais de saúde cansados são mais propensos a lapsos de memória e erros, pois a fadiga pode prejudicar o desempenho e provocar mudanças repentinas de humor, ansiedade, depressão e raiva [4, 5]. Se um enfermeiro precisar trabalhar um turno extra devido à escassez de funcionários, podemos prever que ele estará privado de sono e mais propenso a errar.

Em um sentido mais amplo, o estudo dos fatores humanos inclui interações entre humanos e máquinas (inclusive *design* de equipamento), assim como interações de humanos entre si, tais como comunicação, trabalho em equipe e cultura organizacional. A engenharia de fatores humanos busca identificar e promover o melhor ajuste entre pessoas e o ambiente em que vivem e trabalham, sobretudo em relação à tecnologia e às características do projeto presentes no ambiente de trabalho.

Esse campo reconhece que o ambiente de trabalho precisa ser projetado e organizado de modo a minimizar

a ocorrência de erros e suas consequências, quando ocorrerem. Embora não possamos eliminar a falibilidade humana, podemos agir para moderar e limitar os riscos.

Convém destacar que o estudo de fatores humanos não se refere *diretamente* aos seres humanos, como o nome sugere. Entretanto, refere-se à compreensão das limitações humanas e a um projeto dos ambientes de trabalho e dos equipamentos utilizados que leve em conta a variabilidade dos seres humanos e de suas atividades.

Saber como a fadiga, o estresse, a falta de comunicação, as interrupções, as habilidades e conhecimentos insuficientes afetam os profissionais de saúde é importante, porque nos ajuda a entender as predisposições que podem estar associadas aos erros e aos eventos adversos. A base fundamental do estudo de fatores humanos tem relação com a forma como os seres humanos processam informações. Adquirimos informações do mundo ao nosso redor, a interpretamos, lhe damos sentido e respondemos a ela. Os erros podem ocorrer a cada etapa desse processo (veja o Tópico 5). → 

Seres humanos não são máquinas. As máquinas, quando recebem manutenção adequada, são, de modo geral, bastante previsíveis e confiáveis. Na verdade, se comparados às máquinas, os seres humanos são imprevisíveis e pouco confiáveis, e nossa habilidade para processar informações é limitada pela capacidade de nossa memória de trabalho. Entretanto, os seres humanos são muito criativos, conscientes, imaginativos e flexíveis nos seus pensamentos [6].

Os seres humanos também são distraídos, o que é, ao mesmo tempo, uma qualidade e uma fraqueza. A habilidade de nos distrairmos ajuda a perceber quando algo incomum está acontecendo. Somos muito bons em reconhecer e responder às situações rapidamente e em nos adaptarmos às novas situações e informações. Entretanto, nossa habilidade de distração também nos predispõe ao erro, pois quando estamos distraídos, podemos não prestar atenção aos aspectos mais importantes de uma tarefa ou situação. Considere o seguinte exemplo: um estudante de medicina ou de enfermagem colhendo uma amostra de sangue de um paciente. Enquanto o estudante está limpando e organizando o material após ter retirado a amostra de sangue, um paciente em um leito próximo pede assistência. O estudante interrompe o que está fazendo, vai ajudar o paciente que o chamou e esquece de que os tubos de sangue não foram etiquetados. Outro exemplo: um farmacêutico que esteja recebendo um pedido de medicação pelo telefone e é interrompido por um colega que faz uma pergunta. Nessa situação, o farmacêutico pode não escutar direito a

pessoa do outro lado da linha ou esquecer de verificar a medicação ou dosagem por causa da distração.

Nosso cérebro também pode nos “pregar peças” ao interpretar uma situação de forma incorreta, contribuindo desse modo para a ocorrência de erros.

O fato de sermos capazes de interpretar situações incorretamente, apesar de nossas melhores intenções, é uma das principais razões por que, às vezes, somos levados a tomar decisões e realizar ações equivocadas, incorrendo em erros «bobos», independentemente do nível de experiência, inteligência, motivação ou vigilância. No ambiente de cuidados à saúde, descrevemos essas situações como erros, e esses erros podem ter consequências para os pacientes.

Essas são considerações importantes a serem feitas porque nos lembram de que cometer erros não é apenas ruim, é *inevitável*. Em termos simples, o erro é o lado negativo de se ter um cérebro. James Reason [6] descreveu o *erro* como a falha de uma ação planejada que não atingiu o resultado pretendido, ou a diferença entre o que realmente foi feito e o que deveria ter sido feito.


A relação entre fatores humanos e segurança do paciente

É importante que todos os profissionais de saúde estejam cientes das situações que aumentam a probabilidade de erro para os seres humanos [7]. Essa conscientização é fundamental para estudantes e outros funcionários inexperientes.

Vários fatores individuais afetam o desempenho humano, predispondo assim ao erro. Dois fatores de maior impacto são a fadiga e o estresse. Há evidências científicas contundentes que relacionam o cansaço com o mau desempenho, o que constitui a fadiga como um conhecido fator de risco para a segurança do paciente [8]. Foi provado que o trabalho prolongado produz a mesma deterioração no desempenho que um nível de álcool no sangue de 0,05 mmol/l, estado em que seria ilegal dirigir um carro em muitos países [9].

A relação entre o estresse e o desempenho também foi confirmado em pesquisas. Se, por um lado, níveis elevados de estresse é algo que todos nós conhecemos bem, por outro lado, é importante reconhecer que níveis baixos de estresse também são contraproducentes, porque podem nos levar ao tédio e a realizar tarefas sem a devida vigilância.

A indústria da aviação solicita que cada piloto monitore seu desempenho por meio de listas de verificação pessoais, uma técnica que os profissionais de saúde poderiam adotar facilmente. Todos os trabalhadores das áreas de saúde devem considerar usar uma série de estratégias pessoais de redução de erros para se assegurarem de que executam seu trabalho com excelência.

O acrônimo IM SAFE (“Estou seguro”, em inglês) foi desenvolvido na indústria da aviação e é útil como uma técnica de autoavaliação para determinar, todos os dias ao chegar no local de trabalho, se uma pessoa tem condições de trabalhar. Cada letra significa respectivamente: *illness* (doença), *medication* (medicação), *stress* (estresse), *alcohol* (álcool), *fatigue* (fadiga), *emotion* (emoção). (Essa ferramenta é discutida mais adiante no Tópico 5). → 

Praticando o conhecimento de fatores humanos

Os estudantes podem colocar seus conhecimentos de fatores humanos em prática de diferentes maneiras enquanto cuidam de seus pacientes.

Aplique os princípios relativos aos fatores humanos no ambiente de trabalho [10]

Os alunos podem aplicar seus conhecimentos de fatores humanos assim que entrarem em um ambiente de ensino clínico. Além disso, os seguintes conselhos são conhecidos por limitar o potencial para o erro humano.

Evite depender da memória

Para ir bem nas provas, os alunos devem se lembrar de vários fatos e informações. Isso é ótimo para avaliações, mas quando se trata de cuidar de pacientes, confiar somente na memória é perigoso, particularmente se o resultado for um paciente receber uma medicação ou dosagem errada. Os alunos devem procurar imagens e diagramas das etapas envolvidas em um processo ou procedimento de tratamento. Comparar as ações realizadas com uma imagem ou diagrama pode reduzir a carga da memória de trabalho, liberando o aluno para se concentrar na tarefa que tem em mãos, tal como fazer um prontuário médico ou administrar uma medicação adequada.

Por isso, os protocolos são tão importantes nos cuidados à saúde, pois reduzem a dependência da memória. Por outro lado, ter protocolos em excesso é ineficaz, sobretudo se não forem atualizados a tempo ou se não forem baseados em evidências. Os alunos devem perguntar sobre os principais protocolos usados no ambiente em que estão trabalhando, para que possam se familiarizar com eles. É importante verificar quando os protocolos foram revisados pela última vez. Aprender mais sobre o processo de atualização e revisão dos

protocolos reforça a ideia importante de que um protocolo eficaz deve ser um documento vivo.

Torne as coisas visíveis

Os alunos observarão que muitas enfermarias e clínicas têm o equipamento necessário para diagnosticar, tratar e acompanhar os pacientes (por ex.: unidades de radiologia, bombas de infusão, bisturis elétricos, tubos de oxigênio). Muitos alunos terão que fazer uso de tais equipamentos. Mais uma vez, o uso de imagens e instruções sobre as etapas envolvidas em ligar e desligar esses dispositivos e na leitura de informações que aparecem nas telas ajudará o aluno a dominar as habilidades envolvidas. Outro bom exemplo do uso de lembretes visuais é o uso de pictogramas para lembrar os funcionários e os pacientes de higienizarem as mãos.

Reveja e simplifique os processos

Quanto mais simples, melhor. Essa frase se aplica a todos os aspectos da vida, inclusive aos cuidados à saúde. Algumas tarefas de cuidados à saúde tornaram-se tão complicadas que são uma receita para o erro. Alguns exemplos incluem os processos de troca de equipe e alta de pacientes. Simplificar as trocas de equipe mediante a implementação de estratégias de comunicação diretas, reduzidas em quantidade e que envolvam o paciente diminui erros. Os alunos podem ajudar a simplificar os processos de comunicação repetindo as instruções que recebem e assegurando-se de que compreenderam todos os protocolos que estão sendo instituídos. Se não houver nenhum protocolo para a troca de equipes, por exemplo, o aluno pode perguntar como os diferentes profissionais de saúde se asseguram de que a informação que precisam comunicar será recebida e compreendida corretamente e como fazem para ter certeza de que o paciente está sendo tratado de maneira correta, e para se certificarem de que o paciente ou seu cuidador receberam a informação certa e no momento certo.

Outros exemplos de simplificação de processos poderiam incluir: (i) limitar a variedade de medicamentos disponíveis para prescrever; (ii) restringir o número de posologias diferentes para os medicamentos disponíveis; e (iii) manter inventários dos medicamentos mais usados.

Padronize os processos e os procedimentos comuns

Mesmo os alunos que trabalham em apenas um local podem observar que cada departamento ou clínica faz determinadas coisas, de forma diferente. Isso significa que eles têm que reaprender como fazer as coisas a cada vez que mudam de área. Os estabelecimentos de assistência à saúde que padronizam o modo de fazer das coisas (onde for conveniente) facilitam o trabalho dos funcionários, pois estes precisam recorrer menos à memória. Essa ação também melhora a eficiência e poupa tempo. Formulários de

alta, convenções de prescrição e tipos de equipamento podem ser todos padronizados dentro de um hospital, de uma região ou mesmo de um país inteiro.

Utilize *checklists* (listas de verificação) como rotina

A utilização de *checklists* tem sido aplicada com sucesso em diversas áreas que dependem de esforço humano, tais como nos estudos para avaliações, viagens e compras. Após a recente publicação dos resultados de uma pesquisa encomendada pela OMS no *New England Journal of Medicine* sobre o uso de *checklist* cirúrgico de forma segura [11], é comum agora a utilização de *checklists* para muitas atividades de assistência à saúde. Os estudantes devem se habituar a utilizá-las em suas práticas, sobretudo quando houver uma forma, baseada em evidências, de selecionar ou implementar um tratamento.

Diminua a dependência da vigilância

Seres humanos se distraem e ficam entediados se não houver muita atividade. Os estudantes devem prestar atenção ao potencial de erro quando estiverem envolvidos em atividades prolongadas e repetitivas. Em situações assim, a maioria de nós, aos poucos, diminuirá a atenção prestada à tarefa em execução, sobretudo se estivermos cansados. Nossos esforços para permanecermos focados fracassarão em algum momento.

Resumo

Em resumo, os ensinamentos do estudo de fatores humanos em outros setores são relevantes para a segurança do paciente em todos os ambientes de cuidados à saúde. Isso inclui compreender as interações e inter-relações entre humanos e ferramentas e as máquinas por eles utilizadas. Entender a inevitabilidade do erro e a abrangência das capacidades e reações humanas em qualquer tipo de situação é essencial para saber como a aplicação de princípios de fatores humanos pode aprimorar os cuidados à saúde.



Formatos e estratégias de ensino

Este assunto talvez seja muito novo para a maior parte das pessoas, sendo provavelmente uma boa ideia apresentá-lo em separado. Este tópico abre uma oportunidade para o ensino imaginativo e criativo no ambiente clínico, sendo idealmente aplicado por intermédio de exercícios práticos, no lugar de aulas expositivas. Muitos docentes não estão familiarizados com esta área e podem desejar ter a participação de professores de outras disciplinas, como a engenharia ou a psicologia. Elas talvez disponham de especialistas em engenharia de fatores humanos, os quais estarão aptos a dar uma palestra introdutória sobre esses princípios.

Palestra expositiva interativa



Visto que esse assunto será um conhecimento novo para os alunos, é possível que seja adequado convidar

um especialista em fatores humanos para dar uma palestra sobre os princípios fundamentais. Especialistas em fatores humanos geralmente atuam nos campos de engenharia e de psicologia. Algumas dessas disciplinas incorporaram os cuidados à saúde a seus domínios. Pode haver, também, um clínico que tenha estudado fatores humanos e aplicado esse conhecimento em suas práticas. Solicite que uma pessoa adequada dê uma palestra para abordar o básico, incluindo estudos de caso de assistência à saúde na palestra.

Atividades individuais e em pequenos grupos



Os professores podem optar por usar exercícios práticos que explorem considerações de fatores humanos sobre equipamentos clínicos comuns. Bons e maus exemplos que ilustram os princípios de fatores humanos podem ser encontrados em todo e qualquer ambiente clínico. Além disso, os professores podem pedir aos alunos que considerem o impacto dos fatores humanos em áreas não clínicas, tais como em suas vidas pessoais, relacionamentos na universidade e emprego anterior.

Exemplos:

1. Peça aos estudantes que analisem os equipamentos de vários setores do local onde trabalham (por ex.: unidade de reabilitação, setor de emergência, unidade de tratamento intensivo (UTI), setor de radiologia, farmácia, cirurgia odontológica).
 - Qual área possui mais equipamentos? Quais são os perigos associados ao uso de um único equipamento no tratamento de múltiplos pacientes? Os equipamentos estão bem conservados? Como os fatores humanos afetam o funcionamento eficaz e seguro dos equipamentos?

Para cada equipamento que encontrem, considerar o seguinte:

- Qual é o nível de facilidade para encontrar o botão de liga/desliga?
- Qual é o nível de facilidade para descobrir como o equipamento funciona?
- Alunos veteranos, professores e técnicos têm dificuldades em utilizar o equipamento?

2. Com relação ao uso prático de alarmes.

- Com que frequência disparam os alarmes dos diferentes tipos de equipamentos?
- Com que frequência os alarmes são ignorados?
- O que acontece quando um alarme é suspenso? Fica claro por quanto tempo ele permanecerá assim?
- Silenciar o alarme é uma reação “automática” ou há uma abordagem sistemática para descobrir a causa do alerta?

3. Considerar a relação entre o projeto de um equipamento e a segurança. Por exemplo, qual

é o nível de facilidade para programar uma bomba de infusão corretamente?

- Quais os perigos associados à existência de mais de um tipo de bomba de infusão no mesmo ambiente de trabalho/estabelecimento?

4. Desenvolva uma lista de verificação para executar um procedimento clínico emergencial.

Utilize a análise de um evento adverso para revisar os problemas de fatores humanos (consultar Tópico 5: *Aprender com os erros para evitar danos*).

Estudos de caso

Os seguintes casos ilustram como o cansaço pode comprometer a segurança do tratamento prestado por profissionais de saúde.

Enfermeiros: cansados demais para manter a segurança?

Terça-feira, 20 de julho de 2004

A notícia. O que se aplica aos médicos também se aplica aos enfermeiros especialistas: aqueles que trabalham por muito tempo como rotina, muitas vezes em horários imprevisíveis, tais como plantões de mais de 12 horas, cometem mais erros que aqueles que trabalham por períodos mais curtos.

Essa é a conclusão do estudo financiado pelo governo federal dos Estados Unidos na edição de julho/agosto do periódico *Health Affairs*. Esse estudo é um dos pioneiros na análise da relação entre os erros médicos e o cansaço entre enfermeiros especialistas, que são os que prestam a maior parte dos cuidados aos pacientes de um hospital.

O estudo. Ann Rogers, professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia (*University of Pennsylvania School of Nursing*), acompanhou, junto a seus colegas, 393 enfermeiros em tempo integral de hospitais dos Estados Unidos. Quase todos eram mulheres e a maioria era branca, de meia-idade, trabalhavam em grandes hospitais urbanos e tinham mais de uma década de experiência.

Por duas semanas, cada enfermeiro manteve um registro detalhado das horas trabalhadas, intervalos e erros cometidos. De maneira geral, 199 erros e 213 *near misses* foram detectados comumente pelos próprios enfermeiros. A maioria dos erros e *near misses* envolveram medicação, incluindo erros quanto à droga, ao paciente,

ao método de administração, ao horário ou até mesmo a completa omissão da medicação.

Os erros e os *near misses* aumentaram quando os turnos dos enfermeiros ultrapassaram 12 horas por dia, quando a carga de trabalho excedeu 40 horas semanais ou quando fizeram horas extras não planejadas ao final de um plantão regular. “Enfermeiros não são diferentes dos outros grupos ocupacionais”, disse Rogers. “Quando trabalham por muito tempo, o risco de erros sobe.”

O impacto nos pacientes. Como em estudos prévios sobre residentes médicos, este não tentou vincular erros diretamente aos danos causados aos pacientes. Um estudo anterior realizado na Pensilvânia descobriu que a inclusão de um paciente cirúrgico extra à carga de trabalho de um enfermeiro aumentou as chances de os pacientes morrerem ou sofrerem uma complicação grave.

Em termos mais gerais. A preocupação acerca da prevalência de erros médicos e dos efeitos da fadiga nos médicos em treinamento levou a novas regras em algumas especialidades, as quais limitam as semanas de trabalho a 80 horas, e os turnos a, no máximo, 24 horas. Alguns estados estão pensando em impor limites aos turnos de enfermeiros, que se alongaram na última década devido a cortes de pessoal pelos hospitais, bem como à escassez de profissionais de enfermagem em todo o país.

Fonte: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* Washington Post. Washington Post. Tuesday, 20 de julho de 2004. © 2004 The Washington Post Company.

Atividade

- Peça aos estudantes que leiam o artigo publicado no *Washington Post* e reflitam sobre possíveis fatores que podem estar associados a enfermeiros cansados.

Profissional de saúde com privação de sono

Após terminar seu plantão de 36 horas em um grande centro médico universitário, uma residente médica do primeiro ano voltou para casa dirigindo. Durante o percurso, a residente adormeceu ao volante e chocou-se contra um carro

conduzido por uma mulher de 23 anos, que sofreu um trauma craniano que a deixou permanentemente incapacitada.

A mulher lesionada (parte reclamante) instaurou um processo de erro médico contra o centro médico, alegando que o centro “sabia, ou deveria saber, que a residente havia trabalhado 34 das 36 horas que estivera em serviço e que sabia, ou deveria saber, que a residente estava, portanto, cansada devido às horas excessivas de trabalho e deixou o hospital com a capacidade de discernimento prejudicada, pois passara por privação de sono.”

Perguntas

- Você já viu alguma situação semelhante acontecer com algum colega de curso ou companheiro de trabalho da área de saúde?
- Caso você visse uma situação semelhante, qual seria o seu conselho a essa residente após ela completar um plantão de trabalho de 36 horas?
- Você concorda que o centro médico é responsável pelos ferimentos sofridos pela mulher?
- Que medidas você sugere que sejam tomadas para prevenir acidentes semelhantes?

Fonte: Caso fornecido pelo professor Arman C. Crisostomo, Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, University of the Philippines Medical College/ Philippines General Hospital, Manila, The Philippines.

Um swab esquecido após uma episiotomia

Este caso ilustra uma falha na verificação de protocolos em salas de operações.

Sandra, 28 anos, consultou sua obstetra, queixando-se de um fluxo vaginal com odor muito forte há três dias. Ela tinha dado à luz um menino 10 dias antes. Foi necessária a realização de uma episiotomia durante o parto. O obstetra suspeitou de uma infecção do trato urinário e prescreveu antibióticos por cinco dias.

Sandra voltou ao obstetra uma semana depois, apresentando os mesmos sintomas. Já havia terminado o ciclo de antibióticos. Os exames vaginais revelaram sensibilidade no local da episiotomia e um pouco de inchaço. O obstetra revisou detalhadamente o histórico clínico de Sandra, procurando, em particular, notas relativas ao parto e à contagem de *swabs*. A contagem estava registrada no histórico e fora verificada por um segundo enfermeiro. O doutor prescreveu outro ciclo de antibióticos. Uma vez que os sintomas persistiam, Sandra decidiu procurar uma outra

opinião. O segundo obstetra a internou para exames com anestesia, dilatação e curetagem. Ele telefonou para o primeiro médico, após encontrar um *swab* esquecido durante a sutura da ferida da episiotomia.

Atividade

- Se estiver ensinando alunos de enfermagem, pergunte-lhes sobre o papel do enfermeiro na sala de operações, especialmente quanto ao *swab* esquecido durante o primeiro procedimento. Questione o processo de definição dos fatores fundamentais que possam estar associados ao evento adverso.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert consensus group. Caso fornecido por Ranjit De Alwis, Senior Lecturer, International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia.

Alteração das práticas rotineiras sem notificação à equipe de assistência à saúde

Este caso ilustra o efeito dos fatores humanos sobre a segurança do paciente. O incidente em pauta reflete a falta de comunicação da equipe clínica e a falha no cumprimento dos protocolos de tratamento acordados, o que prejudicou o atendimento ao paciente.

Mary é dentista especializada em tratamentos de canal radicular. Em geral, ela realiza todo o processo de tratamento em uma única sessão, fato bastante conhecido por sua equipe odontológica.

Certo dia, sentiu-se mal durante o procedimento de tratamento de canal radicular em um molar superior de um paciente. Como não estava bem, decidiu não preencher o canal radicular do dente e deixar o restante da tarefa para outra consulta. Mary não explicou a situação ao assistente. Por sua vez, o assistente não anotou a necessidade de uma outra sessão de tratamento de canal radicular. A dentista se esqueceu do ocorrido. O paciente continuou o tratamento odontológico com outros dentistas e, visto que seu boletim médico não fora atualizado de maneira adequada, nenhum outro profissional se preocupou com o tratamento de canal radicular não finalizado. Posteriormente, outro dentista preencheu a cavidade dental, sem perceber que os canais radiculares não estavam preenchidos.

Após três meses, o paciente retornou com uma lesão significativa próximo à raiz do dente inflamado. Naquele momento, foi necessário prescrever um tratamento antibiótico antes de extrair o molar doente.

Perguntas

- Nomeie alguns fatores que podem ter contribuído para a documentação incompleta do tratamento não finalizado.
- Quais os fatores que podem ter contribuído para que outros dentistas em consultas de acompanhamento subsequentes não tenham sido capazes de verificar os canais radiculares não preenchidos?
- Discuta as responsabilidades dos diferentes membros da equipe (em sua área de atuação) no que tange à manutenção de registros e à documentação.

Fonte: Caso fornecido por Shan Ellahi, Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Avaliação do conhecimento deste tópico

Muitas estratégias de avaliação são apropriadas para este tópico, incluindo perguntas de múltipla escolha, redações, pergunta breve de melhor resposta possível, discussão de caso clínico e autoavaliações. Uma pequena discussão em grupo liderada por um aluno ou um grupo de alunos sobre alguma questão sobre fatores humanos na área clínica é uma maneira útil de aprimorar o entendimento. Se os alunos estiverem no local de trabalho, solicite que observem como a tecnologia é utilizada e quais eventos preparatórios são realizados no treinamento de profissionais de saúde para utilizá-la.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante na revisão dos resultados de uma sessão de ensino e como é possível fazer melhorias. Consulte o Guia do Professor (Parte A) para obter um resumo dos princípios importantes de avaliação.

Ferramentas e material de referência

Segurança do paciente

National Patient Safety Education Framework, seções 4.2 e 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811A-D746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811A-D746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Grupo clínico de fatores humanos

<http://www.chfg.org>; acesso em 18 de janeiro de 2011. Este site possui uma apresentação em PowerPoint que explica fatores humanos de maneira muito clara.

Human factors in health care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006

([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA-2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA-2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

Este artigo está disponível gratuitamente na internet e fornece uma explicação básica sobre fatores humanos e sua relevância para a segurança do paciente.

Projeto à prova de erros

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* [“Protegendo o projeto de processos de cuidados à saúde contra erros” (elaborado sob um IPA {Intergovernmental Personnel Act} com Berry College). Publicação nº 070020 da AHRQ (Agência de Investigação de Saúde e Qualidade) Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, maio de 2007 (<http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>; acesso em 18 de janeiro de 2011).

Fadiga dos profissionais de cuidados à saúde

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell, 2006.
3. National Patient Safety Education Framework, seções 4.2 e 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); acesso em 21 de fevereiro de 2011).
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318-26.
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.
6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1ª ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management-enhancing patient safety*. London, British Medical Journal Books, 2001.

8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235-237.
10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Slides para o Tópico 2: Por que aplicar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?

Aulas expositivas, em geral, não são a melhor maneira de ensinar segurança do paciente aos alunos, mas este assunto específico possui alguns princípios teóricos com os quais os estudantes precisam se familiarizar. Convide um engenheiro ou psicólogo que seja especialista em fatores humanos para oferecer um panorama geral sobre esse assunto. Caso uma palestra seja a forma de exposição escolhida, é uma boa ideia planejar interações e discussões entre os estudantes. Valer-se de um estudo de caso é uma forma de gerar discussões em grupo. Engenheiros podem trazer exemplos de outros setores, como aviação e transporte. Se tais exemplos forem utilizados, ofereça também outros que sejam relevantes aos cuidados à saúde, de forma que os alunos possam ver como a teoria é aplicada na prática. Outra estratégia é questionar os alunos quanto aos diferentes aspectos dos cuidados à saúde que salientam os problemas inerentes a esse assunto. Os slides do Tópico 2 foram elaborados para ajudar o professor na exposição do conteúdo. Os slides podem ser alterados de acordo com o ambiente e a cultura local. Os instrutores não precisam usar todos os slides, e é melhor adequá-los às áreas abordadas naquela aula específica.

Tópico 3

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

Paciente submetido à injeção errada

Jacqui passou por um procedimento exploratório chamado colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em um grande hospital de ensino para investigar uma suspeita de disfunção da vesícula biliar. Sob anestesia geral, um endoscópio foi introduzido em sua boca e guiado pelo esôfago até o duodeno. As cânulas foram introduzidas através do endoscópio no canal biliar comum e um contraste foi injetado para que se pudesse fazer uma radiografia.

Dois meses depois, Jacqui ficou sabendo que estava entre os 28 pacientes que receberam infusão de contraste contendo uma substância corrosiva, o fenol. O setor de farmácia normalmente requisitava frascos de 20 ml de Conray 280¹. Porém, durante um período de aproximadamente cinco meses, o setor requisitou e

foorneceu incorretamente à sala de cirurgia frascos de 5 ml de Conray 280 a 60% com 10% de fenol, cuja etiqueta indicava claramente: “usar sob supervisão rigorosa – substância cáustica” e “frasco de dose única”. Um enfermeiro finalmente percebeu o erro que passara despercebido pelo setor de farmácia e pelas várias equipes da sala de cirurgia.

A maneira como os medicamentos são requisitados, armazenados e entregues às salas de cirurgia e o método para se garantir que os medicamentos corretos sejam dados aos pacientes envolvem várias etapas com muitas chances de erros. É importante compreender a complexidade do sistema para entender onde e como os componentes se articulam entre si.

1. N.T.: Conray 280 é uma marca de contraste radiológico.

Fonte: *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February - 7 June 1999* [Informe de uma investigação no centro cirúrgico no Hospital de Canterbury] Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. Setembro 1999:1-37 (<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx>; acesso em 18 janeiro 2011).

Introdução: Por que é importante pensar de forma sistêmica para a segurança do paciente?



O cuidado em saúde raramente é realizado por indivíduos de forma isolada. O atendimento seguro e eficaz depende não só do conhecimento, das habilidades e dos comportamentos de profissionais da linha de frente, mas também de como esses profissionais cooperam e se comunicam no ambiente de trabalho, que geralmente é parte de uma organização maior. Em outras palavras, os pacientes dependem de muitas pessoas fazendo

a coisa certa no momento certo; ou seja, dependem de um sistema de atendimento [1]. Ser um profissional de saúde que trabalha de forma segura requer uma compreensão das interações e dos relacionamentos complexos que ocorrem nos cuidados em saúde. Tal consciência, por exemplo, pode ajudar os profissionais a identificar as situações que podem resultar em erros prejudiciais aos pacientes e usuários e tomar medidas de precaução. Este tópico aborda o sistema de saúde; como reduzir erros é discutido em detalhe no Tópico 5.

Palavras-chave

Sistema, sistema complexo, organização de alta confiabilidade (OAC).

Objetivos pedagógicos

Entender como o pensamento sistêmico pode melhorar os cuidados em saúde e minimizar eventos adversos.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Conhecimentos necessários

Os alunos devem ser capazes de explicar os termos *sistema* e *sistema complexo* em relação aos cuidados em saúde e a razão por que a abordagem sistêmica em segurança do paciente é superior à abordagem tradicional.

Desempenho esperado

Os alunos devem ser capazes de descrever os elementos de um sistema que oferece cuidados em saúde de forma segura.

O que os alunos precisam saber sobre sistemas nos cuidados em saúde: explicar a que se referem os termos sistema e sistema complexo e sua relação com os cuidados em saúde

O que é um sistema?

A palavra *sistema* é um termo abrangente usado para descrever qualquer conjunto de duas ou mais partes que interagem entre si ou «um grupo interdependente de itens que formam um todo unificado» [2].

Os estudantes da área de saúde são bem familiarizados com o conceito de sistemas no contexto de sistemas biológicos e orgânicos. Os sistemas orgânicos incluem desde algo tão pequeno como uma única célula até organismos mais complexos ou populações inteiras. Esses sistemas estão em um estado contínuo de troca de informações interna e externamente. O processo contínuo de entrada, transformação interna, saída e *feedback* é característico desses sistemas. Essas mesmas características aplicam-se aos múltiplos sistemas que compõem os cuidados em saúde, assim como ao sistema de cuidados em saúde como um todo.

Sistemas complexos

Quando os estudantes entram pela primeira vez em um grande estabelecimento de saúde, eles ficam impressionados com sua complexidade: o grande número de profissionais de saúde, profissionais auxiliares e especialidades médicas, a diversidade de pacientes, os diferentes setores, os diferentes odores etc. Esses estudantes encaram e reagem às instalações de cuidados em saúde como um sistema. O ambiente parece caótico e imprevisível, e eles se perguntam como vão se adaptar a

ele. Em algum momento, são alocados em diferentes enfermarias, departamentos e clínicas e se familiarizam com os funcionamentos de sua área ou disciplina específica. Em geral, acabam esquecendo do restante do sistema.

Um sistema complexo é aquele em que há tantas partes interagindo, que fica difícil, se não impossível, prever o comportamento do sistema com base no conhecimento das partes [3]. A prestação de cuidados em saúde se encaixa nessa definição de sistema complexo, sobretudo em grandes instalações. As grandes instalações de saúde são compostas, em geral, de muitas partes interativas que incluem seres humanos (pacientes e funcionários), infraestrutura, tecnologia e agentes terapêuticos. As várias formas como as partes do sistema interagem entre si e o modo como agem coletivamente são altamente complexas e variáveis [3].

Todos os profissionais de saúde precisam compreender a natureza da complexidade na assistência à saúde. Essa compreensão é importante na medida em que previne eventos adversos e é útil para analisar as situações em que algo deu errado. (Esse assunto é abordado com mais detalhes no Tópico 5.) De outro modo, pode haver uma tendência a culpar somente os indivíduos envolvidos diretamente em uma situação, sem se dar conta de que há, via de regra, muitos outros fatores que contribuíram para ela. Os cuidados em saúde são complexos devido [3]:

- à diversidade das tarefas envolvidas nos cuidados ao paciente;
- à dependência dos profissionais de saúde entre si;
- à diversidade de pacientes, clínicos e outros funcionários;
- à grande quantidade de relações entre pacientes, cuidadores, profissionais de saúde, funcionários de apoio, administradores, parentes e membros da comunidade;
- à vulnerabilidade dos pacientes;
- às variações na disposição física dos ambientes clínicos;
- à variabilidade ou falta de regulamentos;
- à implementação de novas tecnologias;
- à diversidade de alternativas e organizações envolvidas nos cuidados;
- à grande especialização dos profissionais de saúde – embora a especialização permita um maior número de tratamentos e de serviços disponíveis aos pacientes, ela também oferece mais oportunidade para que haja mais erros e um risco maior de que eles ocorram.

Os estudantes que trabalham com pacientes logo percebem que cada paciente requer cuidados e um tratamento sob medida para as suas condições e circunstâncias específicas. O aluno pode ver rapi-

damente que, quando todos os serviços assistenciais individualizados se harmonizam, eles formam um sistema de cuidados.

Muitos serviços de saúde se apresentam como um sistema – edifícios, pessoas, processos, mesas, equipamento, telefones –, no entanto, a menos que as pessoas envolvidas entendam o propósito e o objetivo em comum, o sistema não funcionará de forma unificada. As pessoas são as engrenagens que fazem o sistema funcionar.

Para que os alunos compreendam o sistema de cuidados em saúde, é preciso que não pensem apenas em sua futura profissão. Para que o sistema funcione de forma eficaz, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, obstetrias e outros profissionais de saúde necessitam entender os papéis e responsabilidades de cada um. O funcionamento do sistema também requer que se compreenda o efeito da complexidade no cuidado ao paciente e que organizações complexas, tais como serviços de atendimento clínico, estão propensas a erros. Por exemplo, até pouco tempo, era comum encarar as centenas de serviços oferecidos aos pacientes de um hospital isoladamente. O trabalho dos médicos era independente daquele dos enfermeiros, dos farmacêuticos e dos fisioterapeutas. As unidades e os setores também eram vistos como entidades distintas.

Se o setor de emergência não conseguia prestar atendimento com a rapidez necessária, imaginávamos que bastava regularizar o setor faltoso – no caso, o de emergência – sem considerar os outros serviços a ele relacionados para resolver o problema. Mas talvez a emergência não estivesse conseguindo transferir pacientes para as enfermarias a tempo por falta de disponibilidade de leitos. A equipe de funcionários talvez tenha tido excesso de prioridades conflitantes, as quais a impediu de atender às necessidades dos pacientes.

Muito embora os profissionais de saúde enfrentem muitos desafios diariamente em seus ambientes de trabalho e talvez consigam entender os múltiplos componentes e as diversas relações que tendem a funcionar mal, eles têm dificuldade em pensar de maneira sistêmica porque, em geral, não são treinados para pensar nos conceitos ou na linguagem da teoria dos sistemas, nem utilizam suas ferramentas para entender os sistemas em que trabalham.

Conhecer a complexidade dos cuidados em saúde ajudará os profissionais da área a compreender como a estrutura organizacional e os processos de trabalho podem contribuir para a qualidade global do cuidado ao paciente. Muito do conhecimento sobre organizações complexas deriva de outras disciplinas, tais como a psicologia organizacional. Em um estudo

publicado em 2000, o IOM dos Estados Unidos relatou que processos organizacionais, tais como a simplificação e a padronização, que são princípios de segurança reconhecidos, raramente eram aplicados aos sistemas de cuidados em saúde avaliados [4].

Uma abordagem sistêmica exige que a assistência em saúde seja encarada de uma forma global, com todas as suas complexidades e interdependências, deslocando o foco do indivíduo para a organização. Isso nos obriga a nos distanciarmos de uma cultura de culpabilização para adotar uma abordagem sistêmica. Ao utilizar uma abordagem sistêmica, um profissional técnico poderá informar a um profissional de atendimento primário sobre a possibilidade de problemas no cumprimento imediato de uma ordem devido a outras demandas conflitantes. O profissional de atendimento primário e o técnico em saúde poderão então trabalhar juntos para encontrar uma solução, ao mesmo tempo antecipando e evitando um problema posterior.

Em resumo, uma abordagem sistêmica nos permite analisar os fatores organizacionais responsáveis pelo mau funcionamento dos cuidados em saúde e por acidentes/erros (processos e projetos mal executados, trabalho em equipe deficiente, limitações financeiras e fatores institucionais), em vez de enfatizar as pessoas associadas a eles ou responsabilizá-las por esses eventos. Esse tipo de abordagem também nos ajuda a deixar de culpar os outros e assim compreender e melhorar a transparência dos processos de atendimento, em vez de nos concentrarmos somente em uma ação isolada.


A abordagem tradicional quando algo vai mal: culpar e humilhar

Em um ambiente tão complexo, não é surpreendente que haja muitas falhas, rotineiramente. Quando algo dá errado, a abordagem tradicional é responsabilizar o profissional de saúde mais diretamente envolvido no atendimento ao paciente naquele momento – quase sempre um estudante ou outro profissional iniciante. Embora haja uma forte – e natural – tendência de responsabilizar um único indivíduo (enfoque pessoal) [5], essa atitude é ineficaz e contraproducente por uma série de motivos. Seja qual for o papel que o profissional de saúde supostamente culpado tenha tido na evolução do incidente, é muito improvável que suas ações tenham sido realizadas de forma deliberada para causar danos ao paciente. (Uma ação deliberada é chamada de violação.) Veja o Tópico 5: *Aprender com os erros para evitar danos* e o Tópico 6: *Compreender e gerenciar o risco clínico*. → T5 T6

A maioria dos profissionais de saúde envolvidos em um evento adverso se sente muito constrangida com a ideia de que sua ação (ou inércia) possa ter contribuído de



alguma forma para o ocorrido. A última coisa de que necessitam é punição.

Wu descreveu o profissional de cuidados em saúde como a “segunda vítima” em tais circunstâncias [6]. A tendência natural em situações como essas é limitar a notificação. Os profissionais hesitarão em relatar incidentes se acreditarem que serão responsabilizados mais tarde por qualquer coisa que possa acontecer. Se a cultura da culpa for perpetuada, uma organização de saúde terá muitas dificuldades em reduzir os eventos adversos no futuro (veja o Tópico 5: *Aprender com os erros para evitar danos*). → 

Infelizmente, muitos profissionais de saúde - incluindo os experientes, técnicos e gestores, assim como a comunidade em geral - compartilham de uma visão diferente, a qual apoia a ideia de que um indivíduo deve ser culpabilizado. Isso representa um grande desafio, especialmente para a equipe de funcionários subalternos (veja a Introdução para os Tópicos da Parte B).

Mas usar uma abordagem sistêmica não significa que os profissionais de saúde não sejam responsáveis ou responsabilizados por suas ações. Uma abordagem sistêmica requer o entendimento de todos os fatores subjacentes que contribuíram para o incidente; concentrar apenas na pessoa não identificará as causas principais, logo, o mesmo incidente pode voltar a ocorrer.

Responsabilização

Todos os profissionais de saúde têm responsabilidades éticas e legais pelas quais devem responder. Embora essas exigências possam variar de profissão para profissão e de país para país, seus objetivos visam, em geral, assegurar à comunidade de que o profissional de saúde tem os conhecimentos, as habilidades e o comportamento exigidos pelo órgão profissional relevante. Essas responsabilidades éticas e legais são frequentemente mal compreendidas por profissionais de saúde e muitos continuam inseguros quanto à diferença entre ações negligentes, ações antiéticas e erros. A Tabela a seguir expõe as diferenças básicas.

Tabela B.3.1. Definições dos termos médico-legais

Tipo de comportamento médico-legal	Definições	Comentários
Negligência	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inobservância do exercício das habilidades, do cuidado e dos conhecimentos esperados de um profissional de saúde prudente [7]. 2. Os cuidados prestados não estavam de acordo com o padrão de atendimento aceitável de um profissional qualificado, apto para cuidar do paciente em questão (SP-SOS 2005), ou esteve abaixo do padrão esperado de médicos em sua comunidade [8]. 3. Omissão da aplicação de cuidados esperados de uma pessoa razoavelmente prudente e cuidadosa em circunstâncias semelhantes [9]. 4. Omissão da aplicação (em geral, por parte de um médico ou outro profissional de saúde) de cuidados, prudência ou habilidade de maneira razoável, usual ou esperada (geralmente ou habitualmente aplicados por outros médicos respeitáveis no tratamento de pacientes similares) no desempenho de um dever legalmente reconhecido, resultando, de forma previsível, em perda, dano ou ferimento a outrem; negligência pode ser um ato de omissão (ou seja, não intencional) ou de comissão (ou seja, intencional), caracterizado pela falta de atenção, imprudência, inadvertência, descuido ou arbitrariedade; nos cuidados em saúde, a negligência implica um desvio abaixo do "padrão de prática médica" que seria exercido por um profissional treinado de forma similar em circunstâncias semelhantes [10]. 	Os elementos da negligência são determinados pelo país onde a ação ocorre.
Conduta profissional indevida	<p>(Na definição de imperícia.)</p> <p>Conduta profissional indevida ou imperícia despropositada no desempenho de um ato profissional é um termo que pode ser aplicado aos médicos, advogados e contadores [10].</p> <p>A conduta profissional indevida se diferencia da má prática e se aplica a todos os profissionais de saúde. Essa definição varia em cada país. Conduta profissional indevida se refere, em geral, a um desvio significativo do padrão de atendimento esperado de um profissional de saúde.</p>	Cada país terá seu próprio sistema para registrar as diferentes profissões de saúde e para gerenciar queixas sobre a competência e a conduta dos profissionais

1. Uma ação que pode estar completamente dentro dos planos, mas o plano é inadequado para atingir o resultado pretendido [11].
2. Um erro por aplicação equivocada de regras ou por falta de conhecimento cometido de forma consciente. Os erros por aplicação equivocada de regras costumam ocorrer durante a resolução de um problema, quando se escolhe uma regra equivocada - seja devido a uma percepção errada da situação, levando à aplicação da regra errada, ou devido à má aplicação de uma regra, geralmente uma regra importante (usada com frequência), que parece se adequar à situação. Os erros de conhecimento surgem devido à falta de conhecimento ou devido à má interpretação do problema [12].
3. Uma deficiência ou falha nos processos de julgamento e/ou inferência envolvidos na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para atingi-lo, sem considerar se as ações realizadas com base nessa decisão funcionarão de acordo com o plano ou não; erros de consciência... inclusive os erros de aplicação de regras que ocorrem durante a resolução de problemas quando uma regra errada é escolhida, e os erros que surgem devido à falta de conhecimento ou devido à má interpretação do problema [13].

A falta de honestidade quanto aos erros pode constituir uma conduta profissional indevida, e, em alguns países, erros são passíveis de punição.

É importante saber como o país onde você estuda trata os erros nos cuidados em saúde.

Uma abordagem sistêmica significa também exigir que os estudantes e profissionais de saúde sejam profissionalmente responsáveis por suas ações. Se um estudante de odontologia administra uma medicação errada a um paciente por não seguir o protocolo de verificação de medicações, esse estudante deve ser responsabilizado? Uma análise de tal caso que utilize uma abordagem sistêmica examinaria os fatores que contribuíram para que o estudante não verificasse a medicação: e se o aluno fosse novo na clínica odontológica e não estivesse sendo supervisionado?; ou se não soubesse das etapas envolvidas?; ou não tivesse conhecimento da existência de um protocolo para ajudar a se certificar de que a medicação certa estava sendo administrada ao paciente certo?; ou se ele/ela não tivesse certeza, mas não houvesse ninguém por perto com quem pudesse verificar e o aluno temesse sofrer sanções por atrasar a administração do medicamento? Uma mentalidade sistêmica teria sugerido que esse estudante não estava preparado para tais deveres. Mas, se o estudante estivesse preparado e supervisionado por um dentista e estivesse ciente dos protocolos, mas não tivesse verificado a medicação por ser preguiçoso ou descuidado ou querer terminar o trabalho cedo, então esse estudante seria responsabilizado pelo erro. Nem sempre se pode supervisionar os profissionais inexperientes; em tais circunstâncias, eles devem pedir conselhos a um colega mais experiente, apesar da pressão para transferir os pacientes para outros serviços.

A maioria das circunstâncias que cerca os eventos adversos é complexa, assim, é melhor usar uma abordagem sistêmica para compreender o que aconteceu e por que, antes de tomar qualquer decisão que responsabilize indivíduos. É importante lembrar que essa cultura isenta de culpa não se aplica somente a estudantes, mas também a outros funcionários,

mesmo aqueles que já exercem a profissão há muito tempo e têm muitos anos de experiência.

Responsabilizar-se pelo que se faz é uma obrigação profissional e ninguém acredita que os indivíduos não devam ser responsabilizados. Entretanto, além da responsabilidade individual, há também a responsabilidade do sistema, que requer uma autoanálise. Por muito tempo, os sistemas de cuidados em saúde passaram a responsabilidade por erros e equívocos no sistema para funcionários individuais de cuidados em saúde.

As melhores organizações de cuidados em saúde compreendem a diferença entre violações e erros e implementam mecanismos de responsabilização que são justos, transparentes e previsíveis, em que os funcionários estão cientes dos tipos de problemas pelos quais serão responsabilizados pessoalmente.

Os pacientes também são parte do sistema e, quando se presta pouca atenção ao seu nível de escolaridade ou ao contexto cultural, corre-se o risco de lhes oferecer atendimento e tratamento abaixo do ideal. Esses pacientes dificilmente vão se queixar ou causar problemas para os profissionais de saúde. Os pacientes como um grupo geralmente são os que têm menos chances de opinar sobre o modo como um serviço de saúde deve operar; eles, muitas vezes, não têm escolha, a não ser aceitar as inconveniências, o cuidado, o tratamento inadequado e a informação inexata. Os pacientes toleram atendimentos insatisfatórios porque, em geral, compreendem as pressões sofridas pelos profissionais de saúde e não querem ofendê-los. Com muita frequência, eles não compreendem a condição em que se encontram e não percebem a importância da adesão a um protocolo de tratamento, como,

por exemplo, seguir fielmente as orientações quanto à medicação. É bastante comum que os pacientes, ao se sentirem melhor, interrompam a medicação sem antes consultar um profissional de saúde. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde gastem o tempo necessário para explicar aos pacientes os protocolos de tratamento e as consequências de seu não cumprimento.

A nova abordagem



Especialistas em segurança acreditam que, embora seja difícil mudar aspectos de sistemas complexos, é ainda mais difícil mudar o comportamento e os processos de pensamento dos seres humanos no que diz respeito às suas contribuições para os erros [5]. Consequentemente, a atitude principal em relação a um erro deve ser tentar mudar o sistema usando uma *abordagem sistêmica* [5]. Uma abordagem sistêmica em relação aos erros nos cuidados em saúde requer uma compreensão quanto aos múltiplos fatores envolvidos em cada uma das áreas que compõem o sistema de cuidados em saúde. Os profissionais de saúde fazem parte do sistema. As análises dos acidentes em outras organizações indicam que raramente há uma única causa para um acidente. Pelo contrário, as falhas de sistema surgem por uma ampla variedade de fatores. A intenção de uma abordagem sistêmica na investigação de incidentes é melhorar o *design* do sistema, para evitar que os erros ocorram no futuro e/ou minimizar suas consequências.

Reason apresenta, nas categorias a seguir, os muitos elementos do sistema que devem ser considerados como parte de uma abordagem de “mentalidade sistêmica” na investigação de acidentes [14].

Fatores relativos ao paciente e ao profissional de saúde

São as características dos indivíduos envolvidos, incluindo o paciente. É importante lembrar que os profissionais, os estudantes e os pacientes fazem parte do sistema de cuidados em saúde.

Fatores relativos às tarefas

São as características das tarefas que os profissionais de saúde executam. Incluem tanto as próprias tarefas, quanto os fatores, tais como o fluxo de trabalho, a pressão do tempo, o controle e o volume de trabalho.

Fatores relativos a tecnologias e ferramentas

Os fatores relacionados à tecnologia referem-se à quantidade e qualidade das tecnologias existentes na organização. Tais fatores incluem a quantidade e os tipos de tecnologias e a sua disponibilidade, facilidade de uso, acessibilidade e localização. Também estão incluídos nessa categoria o *design* de ferramentas e tecnologias, além de sua integração com outras tecnologias, a capacitação dos usuários, a propensão a avarias ou falhas de funcionamento, a capacidade de resposta e outras características do *design*.

Fatores relativos à equipe

Grande parte dos cuidados em saúde é fornecida por equipes multidisciplinares. Fatores como comunicação em grupo, clareza dos papéis de cada um e coordenação das equipes mostraram-se relevantes em outras organizações e agora sua importância no cuidado em saúde está sendo cada vez mais reconhecida [15].

Fatores relativos ao ambiente

São as características do ambiente onde os profissionais de saúde trabalham. Elas incluem iluminação, barulho, espaço físico e *layout*, por exemplo.

Fatores relativos à organização

São as características estruturais, culturais e políticas relacionadas à organização. Exemplos incluem características de liderança, cultura, regulamentos e políticas, níveis de hierarquia e extensão do controle de supervisores.

O modelo do queijo suíço

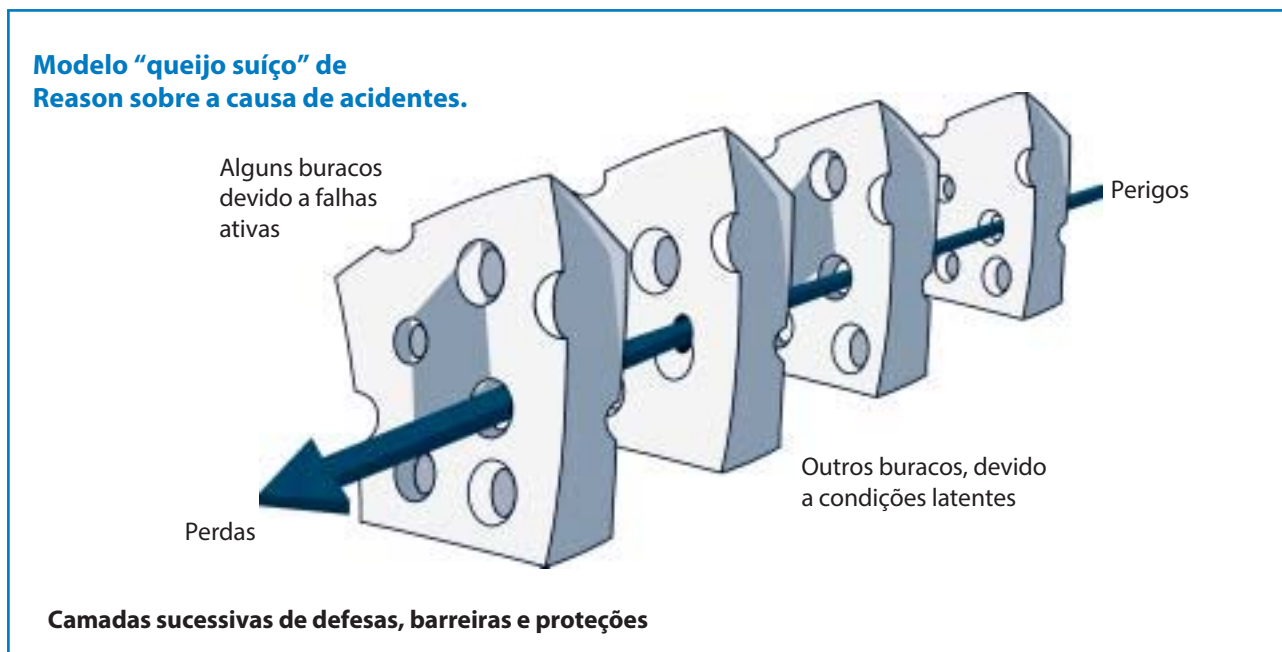


Observar os cuidados em saúde a partir dessas várias perspectivas ressalta a natureza multifatorial de cada incidente ou evento relacionado à segurança do paciente. É por isso que estudantes das profissões de saúde devem evitar apontar culpados por um evento adverso e, em vez disso, considerar as questões sistêmicas envolvidas. A maioria de eventos adversos está associada a fatores sistêmicos e humanos. Reason usou o termo *falhas ativas* para descrever os erros cometidos por funcionários que produzem efeitos adversos imediatos. No entanto, ele descreveu também uma segunda condição prévia essencial para a ocorrência de um evento adverso, a saber, a presença de uma ou mais condições latentes. As condições latentes são geralmente o resultado de uma decisão ruim, *designs* ruins e protocolos ruins desenvolvidos por pessoas que não trabalham na linha de frente. Com frequência, essas condições estão presentes muito antes de ocorrer o evento em questão. Exemplos de condições latentes para funcionários de cuidados em saúde incluem fadiga, número inadequado de funcionários, equipamento defeituoso e treinamento e supervisão inadequados [16].

Reason criou o modelo do queijo suíço para explicar como as falhas em diferentes camadas de um sistema podem gerar incidentes [5]. Esse modelo mostra como, em geral, uma falha em uma camada de um sistema de atendimento não é suficiente para causar um acidente (veja Figura B.3.1).

Os eventos adversos geralmente ocorrem quando há várias falhas em várias camadas (por exemplo, funcionários cansados, procedimentos inadequados e equipamentos defeituosos) que se alinham momentaneamente criando uma “trajetória” para oportunidades de acidente (indicado pela seta na Figura B.3.1).

Figura B.3.1 Defesas, barreiras e proteções

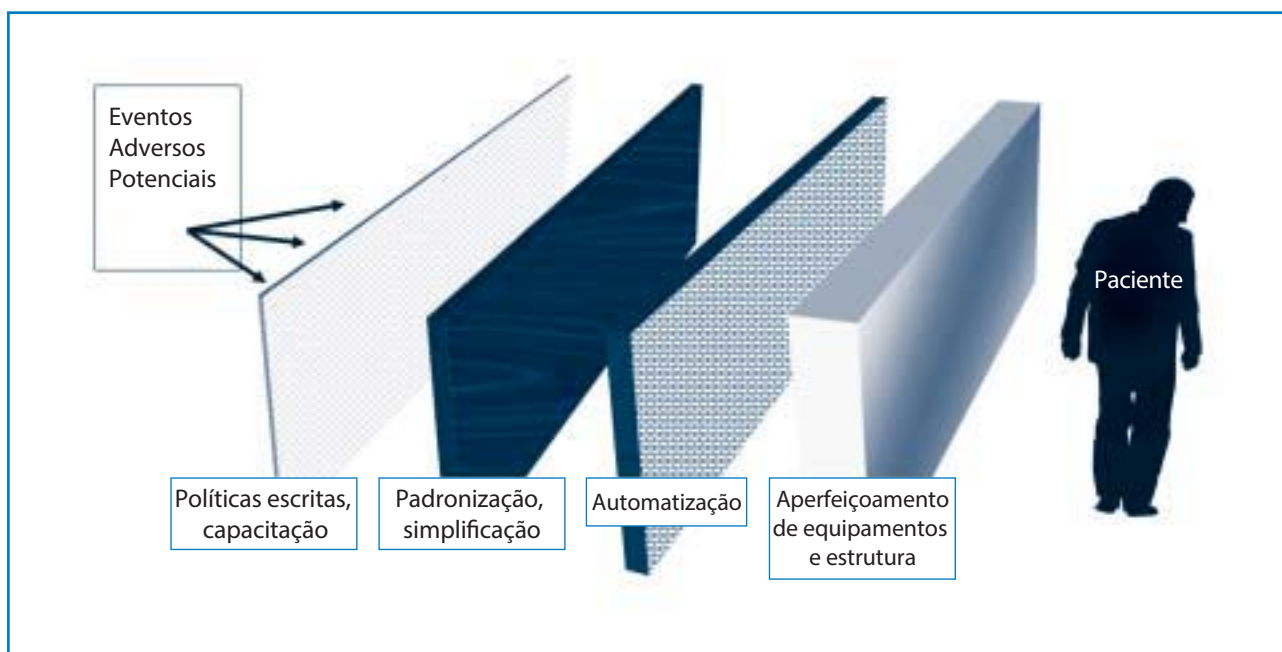


Para evitar que esses eventos adversos ocorram, Reason propôs a utilização de múltiplas defesas, na forma de camadas sucessivas de proteção (compreensão, percepção, alarmes e advertências, restauração de sistemas, barreiras de segurança, contenção, eliminação, evacuação,

fuga e salvamento), concebidas para defender contra falhas na camada subjacente (ver Figura B.3.2). A vantagem da abordagem sistêmica na análise de situações é que se consideram todas as camadas, de forma a verificar se há maneiras de aprimorar alguma delas.

Figura B.3.2. Camadas de defesas

15



Fonte: Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

Como os estudantes podem aplicar esse conhecimento?



Entender o termo organização de alta confiabilidade (OAC)

O termo OAC [18] refere-se a organizações que operam sob condições de perigo, mas conseguem operar de forma quase completamente “isenta de falhas”. Em outras palavras, enfrentam pouquíssimos eventos adversos. Essas organizações incluem: sistemas de controle de tráfego aéreo, usinas nucleares e porta-aviões militares. Embora existam muitas diferenças entre essas e as organizações de saúde, a mensagem relevante para a assistência é a de que é possível alcançar um desempenho consistentemente seguro e eficaz, apesar dos altos níveis de complexidade e imprevisibilidade no ambiente de trabalho. Essas OACs demonstram às organizações de saúde que elas também podem melhorar a segurança ao concentrarem-se nos sistemas envolvidos.

As diferenças entre as OACs descritas acima e as organizações de saúde são significativas e atingem o cerne dos problemas existentes. Como profissionais de saúde, não costumamos pensar que os cuidados em saúde falharão. A falha não faz parte da mentalidade profissional, a menos que tenha a ver com tratamentos específicos. À medida que prestamos cuidados, habitualmente não estamos atentos à possibilidade de uma falha de comunicação entre profissionais, de um cirurgião poder estar extremamente cansado depois de trabalhar a noite inteira, ou de a caligrafia de um médico estar ilegível, de modo que um farmacêutico possa administrar a dose incorreta e um enfermeiro possa, então, administrar esse medicamento. Qualquer um desses casos citados pode ser um fator para um evento adverso. Os profissionais de saúde estão acostumados a conversar individualmente com pacientes sobre os riscos relacionados às complicações e aos efeitos colaterais conhecidos, mas não aplicam o mesmo raciocínio ao tratamento prestado pelo sistema como um todo. A mentalidade sistêmica requer que os profissionais de saúde pensem nos dois tipos de risco potencial: riscos do tratamento e riscos do sistema.

As OACs também são conhecidas por sua resiliência – elas tentam se antecipar às falhas e tomam medidas preventivas. O paciente é o componente mais resiliente do nosso sistema de saúde, e muitos eventos adversos são evitados devido à sua tenacidade. Ele melhora, mesmo que receba medicação ou tratamento errado.

Ainda não temos uma cultura de segurança nos cuidados em saúde. As OACs se esforçam enormemente para estabelecer e manter culturas de segurança e proporcionar incentivos e recompensas aos trabalhadores. Em uma OAC, as pessoas são recompensadas caso admitam um erro, porque o reconhecimento e as ações

resultantes para evitar erros semelhantes no futuro poupam tempo e dinheiro da organização. Imagine um sistema de saúde em que o pessoal assumisse livremente seus erros e tivéssemos a capacidade de adotar/installar elementos e recursos, de modo que erros similares pudessem ser evitados ou minimizados. A taxa de eventos adversos diminuiria significativamente, salvando muitas vidas, reduzindo o sofrimento e aumentando a motivação profissional da equipe.

Conhecer as características das organizações de alta confiabilidade [18]

As OACs têm as seguintes características:

- *preocupação com a falha*: reconhecem e planejam a possibilidade de falhas devido à natureza de alto risco e à probabilidade de erro de suas atividades;
- *comprometimento com a resiliência*: buscam, de maneira proativa, ameaças inesperadas e as neutralizam antes que causem dano;
- *sensibilidade às operações*: dispensam muita atenção às questões enfrentadas pelos trabalhadores na linha de frente; e
- *uma cultura de segurança* na qual indivíduos se sentem à vontade para salientar potenciais perigos ou falhas reais, sem temerem críticas de superiores hierárquicos.

Aplicar as lições das OACs aos cuidados em saúde



As organizações de saúde podem aprender com as OACs. Podemos examinar o sucesso delas e estudar quais fatores foram responsáveis por ele. É possível, também, aprendermos com seus erros, em especial como desastres ocorrem e quais fatores costumam estar presentes.

O papel da regulamentação

Devido à natureza do trabalho com o público, os profissionais de saúde são regulamentados na maioria dos países. A regulamentação profissional protege o público ao exigir que os profissionais tenham domínio das competências necessárias para o exercício da profissão e ao estabelecer e aplicar normas de desempenho profissional. A regulamentação estabelece critérios para o registro e manutenção da licença profissional. O papel dos reguladores inclui receber e investigar queixas contra cada um dos profissionais de saúde e tomar as medidas adequadas, se necessário, tais como suspensão, cancelamento ou imposição de condições para a prática da profissão.

Resumo



Uma abordagem sistêmica nos auxilia a compreender e a analisar os múltiplos fatores subjacentes a eventos adversos. Portanto, empregar uma abordagem sistêmica para avaliar a situação – em contraste com uma abordagem pessoal – terá maior chance de resultar no estabelecimento de estratégias que visem a diminuir a probabilidade de reincidências.

Estudos de caso

A importância da comunicação interdisciplinar

Em muitos casos de morte materna evitável, identificados no relatório da UK Confidential Enquiry (Investigação Confidencial do Reino Unido), os cuidados foram prejudicados pela falta de cooperação interdisciplinar e interorganizacional e por problemas de comunicação, incluindo a cooperação insatisfatória ou inexistente entre membros da equipe, consultas telefônicas impróprias ou inadequadas, falhas no compartilhamento de informações relevantes entre profissionais de saúde, incluindo entre clínicos gerais e a equipe da maternidade, e habilidades interpessoais deficientes. Tal estudo também identificou outra questão relacionada aos cuidados obstétricos que se refere ao não reconhecimento de desvios da normalidade, resultando em gestantes não encaminhadas, como seria adequado, para a avaliação médica. O estudo de caso a seguir destaca a importância dessas questões.

Uma jovem refugiada, de baixo peso, que não falava inglês, estava com hemoglobina baixa e recebia cuidados de uma obstetritz. O marido, com um inglês bastante deficiente, servia de intérprete. Ela deu entrada no hospital no último trimestre da gestação, com sangramento e dor abdominal. Diagnosticou-se constipação, apesar dos testes anormais de função hepática, e ela foi liberada para voltar para casa, sob cuidados da obstetritz. Algumas semanas mais tarde, no fim da gravidez, ela foi readmitida com dor abdominal e, a despeito de um exame de sangue ainda mais irregular, não foi encaminhada para obter uma opinião médica experiente, sendo liberada novamente. Alguns dias depois, ela foi internada *in extremis*, com disfunção hepática e de múltiplos órgãos. Nesse ínterim, o feto faleceu. Apesar da gravidade do quadro, os cuidados ainda foram descoordenados e, embora ela tenha sido examinada por um médico interno experiente em tratamento intensivo, permaneceu na sala de parto. A mulher morreu, dois dias depois, por coagulação intravascular disseminada relacionada à esteatose hepática da gravidez.

Pergunta

- Usando uma abordagem sistêmica, descreva os fatores que possam estar associados a esse resultado catastrófico e como eventos adversos semelhantes poderão ser evitados no futuro.

Fonte: The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 (www.cemach.ora.uk/; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

A falha em administrar a profilaxia antibiótica pré-operatória em tempo hábil de acordo com o protocolo

Este exemplo destaca como os serviços de cuidados em saúde podem ter dificuldades em acomodar mudanças de última hora.

O anestesista e o cirurgião conversaram sobre a administração de antibióticos pré-operatórios necessários para o paciente, que estava prestes a passar por uma colecistectomia laparoscópica. Ele informou ao cirurgião sobre a alergia do paciente à penicilina e o cirurgião sugeriu clindamicina como um antibiótico pré-operatório alternativo. O anestesista entrou no corredor estéril para buscar o antibiótico, mas voltou e explicou ao enfermeiro circulante que ele não tinha conseguido encontrar nenhum antibiótico adequado. O enfermeiro telefonou para solicitar os antibióticos pré-operatórios.

O anestesista explicou que não poderia solicitá-los, porque não havia formulários de requisição de medicamento (ele procurou em uma pasta de formulários). O enfermeiro circulante confirmou que os antibióticos solicitados "estavam a caminho".

A incisão cirúrgica foi realizada. Seis minutos depois, os antibióticos foram entregues na sala de cirurgia e imediatamente injetados no paciente.

Essa injeção aconteceu após o momento da incisão, contrariando o protocolo, que exige que os antibióticos sejam administrados antes da incisão cirúrgica, a fim de evitar infecções no local da cirurgia.

Perguntas

- O que pode ser feito para evitar que um incidente como esse aconteça novamente?
- Como esse caso ilustra a necessidade da comunicação interdisciplinar?
- Quem pode interromper um procedimento, caso surja um problema?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Uma falha de sistema que resultou em morte

Este exemplo destaca como ambientes de alta pressão podem ser incapazes de atender às normas básicas de cuidados em saúde.

A senhora Brown era uma assistente administrativa de 50 anos que trabalhava no setor de abastecimento de um hospital. Estava acima do peso. Ela escorregou no jardim de casa ao receber o jornal e bateu a perna em uma torneira, sofrendo uma fratura da fíbula. Deu entrada no hospital porque o local estava inchado e dolorido, sendo necessária uma redução. O procedimento foi adiado, visto que a sala de operações estava ocupada e o ferimento era relativamente pequeno. Em razão de a enfermagem ortopédica estar lotada, ela foi acomodada em uma enfermaria clínica. Dois dias depois, a fratura foi reduzida e a perna imobilizada com gesso. Ao

se levantar para ir para casa, ela teve uma síncope e morreu. A autópsia revelou que ela havia sofrido uma embolia pulmonar maciça. Em nenhum momento foi receitado heparina para a prevenção de trombose venosa profunda ou quaisquer outras medidas preventivas. Informaram ao marido que ela tinha morrido de um coágulo no pulmão que se formara na perna, como resultado do inchaço e do trauma. A falta de medidas preventivas não foi mencionada.

Atividades

- Construir um fluxograma da admissão da senhora Brown, desde o acidente até seu falecimento.
- Identificar todos os profissionais de saúde que possam ter se envolvido nos cuidados e no tratamento.
- Quais são os possíveis fatores que podem ter contribuído para a morte?

Fonte: Estudo de caso retirado Runciman B, Merry A, Walton M Safety and ethics in health care: a guide to getting it right. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Sucessão de erros que levaram à cirurgia dentária no lugar errado

Este caso ilustra como problemas latentes no sistema podem conduzir a erros na etapa dos cuidados (a parte mais espinhosa).

Um cirurgião-dentista estava fazendo uma remoção cirúrgica de terceiro molar inferior, que estava completamente incluso. Nenhum dos terceiros molares (de ambos os lados) estavam visíveis.

De acordo com o registro clínico, o terceiro molar direito deveria ser extraído. No entanto, a radiografia no negatoscópio pareceu mostrar que era o terceiro molar inferior direito que estava incluso e que o terceiro molar inferior esquerdo estava ausente.

O cirurgião-dentista fez a incisão, levantou um retalho e iniciou a osteotomia. O molar incluso não apareceu, levando o cirurgião a alargar a osteotomia. Por fim, ele percebeu que o terceiro molar direito não estava lá e que tinha cometido um erro ao analisar os registros clínicos quando planejou a cirurgia. Além disso, o auxiliar de dentista havia exibido a radiografia na posição errada, invertendo os lados esquerdo e direito da boca.

Perguntas

- Quais fatores podem ter ocorrido para levar o cirurgião a escolher o dente errado?
- O que pode ter levado o auxiliar a colocar a radiografia na posição incorreta?

- O que poderia ter evitado tal erro?

Fonte: Caso fornecido por Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Ferramentas e material de referência

Ferramenta de avaliação de microsistema clínico
Batalden PB et al. *Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575-585 (<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).

Aprendendo a aperfeiçoar sistemas complexos de cuidados

Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. Em: *Collaborative education to ensure patient safety*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75-88.

Estratégia organizacional

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Formatos e estratégias de ensino

DVD Interativo

O *workshop Learning from Error* (Aprendendo com o Erro) da OMS inclui um DVD ou arquivo disponível para download (www.who.int/patientsafety/education) sobre vincristina intratecal, retratando um caso de administração intratecal de vincristina e as questões de sistemas que contribuíram para a evolução desse incidente. Os objetivos do *workshop* são: reforçar a percepção dos riscos de administração de vincristina; desenvolver uma compreensão da necessidade de uma nova ênfase na segurança do paciente em hospitais; transmitir conhecimentos aos participantes de maneira a contribuir para a segurança do paciente e identificar os procedimentos e políticas locais que tornem o ambiente de trabalho mais seguro. (Este *workshop* pode ser aplicado à maioria dos tópicos neste Guia Curricular).

Palestra sobre sistemas e complexidade

Discussão em pequenos grupos

Pequenos grupos de discussão podem se reunir nos variados níveis do sistema e em seu ambiente de trabalho.

O grupo pode discutir um artigo profissional relevante, como o *The wrong patient* [19], com a ajuda de um instrutor. Como alternativa, o grupo pode selecionar um dos casos mencionados acima para debate, a partir de uma perspectiva de sistemas. Como parte deste exercício, o grupo poderia explorar os papéis dos diferentes participantes da equipe.

Outras atividades para estudantes

- Acompanhar um paciente, desde o momento em que entra em um estabelecimento de cuidados em saúde até ser liberado, e identificar todas as etapas e tipos de profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente.
- Organizar encontros de estudantes em pequenos grupos com um instrutor e discutir suas conclusões e observações.
- Discutir os papéis e as funções de pessoas de diferentes partes do sistema de cuidados em saúde.
- Visitar partes da organização que não sejam conhecidas.
- Participar de uma análise de causa raiz de um problema ou assistir a uma.

Avaliação do conhecimento deste tópico

Pode-se solicitar que cada estudante escreva um relato da experiência de um paciente que o estudante acompanhou durante todo o curso de seu tratamento.

Muitas estratégias de avaliação são apropriadas para este tópico, incluindo perguntas de múltipla escolha, redações, perguntas breves de melhor resposta possível (SBA/BAQ), discussões de casos clínicos e autoavaliações. Uma pequena discussão em grupo, liderada por um aluno ou um grupo de alunos, sobre os vários níveis do sistema no próprio ambiente de trabalho deles é uma maneira útil de alcançar um melhor entendimento.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante na revisão dos resultados de uma sessão de ensino e na verificação de possíveis melhorias. Consulte o Guia do Professor (Parte A) para ler um resumo dos princípios de avaliação importantes.

Referências

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726-727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, *Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms*. Council of Europe. 2005.
14. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (<http://www.patientsafety.gov/>; accessed 24 May 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826-833.

Slides para o Tópico 3: A compreensão dos sistemas e efeito da complexidade no cuidado ao paciente

As aulas expositivas, em geral, não são a melhor maneira de ensinar segurança do paciente aos alunos. Caso a palestra seja a forma de ensino adotada, recomenda-se que os estudantes sejam incluídos nas discussões sobre o tema.

Valer-se de um estudo de caso é uma forma de gerar discussão em grupo. Outra maneira é fazer perguntas aos estudantes sobre diferentes aspectos dos cuidados em saúde que tratarão das questões contidas neste tópico, como a cultura da culpa, a natureza do erro e como os erros são geridos em outras organizações.

Os slides do Tópico 3 foram idealizados para ajudar o professor na exposição do conteúdo. Os slides podem ser alterados de acordo com o ambiente e a cultura locais. Os tutores não precisam usar todos os slides e é melhor adequá-los às áreas abordadas naquela sessão.

Tópico 4

Atuar em equipe de forma eficaz

Uma equipe de tratamento não se comunicou com a outra

Simon, 18 anos, chegou de ambulância ao hospital. Ele se envolvera em uma briga e sofrera um ferimento grave ao bater a cabeça no meio-fio. Os médicos da ambulância estavam muito ocupados e não tiveram tempo de instruir os profissionais de saúde do setor de emergência. Simon não conseguia dizer seu nome ou se expressar com clareza ao ser examinado pela primeira vez por um médico, que era um residente formado havia poucas semanas. Naquela noite, não havia supervisor médico e a equipe de enfermagem não percebeu a gravidade do trauma craniano.

O residente atribuiu o quadro de Simon à ingestão alcoólica; diagnóstico este reforçado pela deso-

rientação e agressividade do paciente. Entretanto, tal comportamento também é compatível com traumatismo craniano grave. Simon recebeu medicação antiemética e permaneceu em observação. Várias vezes, em momentos diferentes, tanto o residente quanto a enfermagem avaliaram as reações motoras e verbais do paciente.

Ao longo do período, os enfermeiros registraram no prontuário a piora progressiva do quadro clínico de Simon, mas não a comunicaram diretamente ao residente. Infelizmente, o médico confiou na comunicação oral e, por isso, não consultou as anotações do prontuário. Simon morreu quatro horas e meia após sua entrada no hospital.

Fonte: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Introdução - Por que atuar em equipe é um elemento essencial para a segurança do paciente?



Atuar em equipe de forma eficaz nos cuidados à saúde pode ter um impacto positivo e imediato na segurança do paciente [1]. A importância de equipes eficazes na assistência clínica tem aumentado devido a fatores como: (i) a maior incidência da complexidade e da especialização no atendimento; (ii) o aumento de comorbidades; (iii) a maior incidência de doenças crônicas; (iv) a escassez da força de trabalho em nível mundial; e (v) as iniciativas para se chegar a uma jornada de trabalho que seja segura.

Um exemplo típico de cuidados complexos que envolvem várias equipes é o tratamento de uma mulher grávida com diabetes que desenvolve uma embolia pulmonar. Sua equipe de cuidados à saúde pode incluir enfermeiros, uma obstetrix, um obstetra, um endocrinologista e um pneumologista, além da própria parturiente. Ademais, os profissionais de saúde que cuidam dela durante o dia não são os

mesmos que prestam assistência à noite e no fim de semana. Em um hospital de ensino, existem médicos de todas as especialidades, assim como todas as categorias de profissionais de saúde, que necessitam ter sua atuação coordenada, como enfermeiros, farmacêuticos, outros profissionais auxiliares e a equipe de cuidado principal do paciente. Em um lugar onde os recursos sejam limitados, a equipe pode se resumir a um enfermeiro, uma obstetrix, um médico e a mulher grávida, mas é igualmente importante que mantenham uma boa comunicação o tempo todo.

Muitos alunos já se encontram familiarizados com a equipe médica geralmente associada aos grandes hospitais. Esta é hierárquica e inclui desde médicos mais experientes até os novatos. Do ponto de vista do paciente, a equipe de saúde é mais ampla. É também composta por enfermeiros, agentes de saúde além de profissionais técnicos envolvidos com os cuidados da enfermagem.

Este tópico leva em conta que, no início dos programas de treinamento, os estudantes podem ainda não ter tido oportunidades de trabalharem pessoalmente como parte de uma equipe de saúde e, por isso, é comum que desconheçam como são formadas as equipes para que funcionem efetivamente. Neste tópico, fazemos referência à experiência dos alunos com trabalho em equipe e uma introdução às equipes de saúde que eles integrarão quando forem estudantes mais experientes ou médicos em sua prática clínica.

Palavras-chave

Equipe, valores, suposições, papéis e responsabilidades, métodos de aprendizagem, habilidades de ouvir, resolver conflitos, liderar e se comunicar de forma eficaz.

Objetivos pedagógicos

O estudante deve compreender a importância do trabalho em equipe nos cuidados à saúde e saber como trabalhar em equipe de forma eficaz. Reconhecer que, enquanto estudante, deverá ser um integrante de várias equipes de assistência clínica.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Conhecimentos necessários

Os conhecimentos necessários para este tópico incluem a compreensão geral dos diferentes tipos de equipes de cuidados à saúde, como essas equipes melhoram o atendimento ao paciente, como devem ser formadas e desenvolvidas as suas características para a formação de equipes e lideranças eficazes, técnicas de comunicação entre os seus membros, técnicas para solução de discordâncias e conflitos, obstáculos para atuação eficaz da equipe e formas de avaliar o seu desempenho.

Desempenho esperado

A aplicação dos seguintes princípios promoverá o cuidado à saúde de forma eficaz.

- Ter consciência de como os princípios e valores de um afetam as interações com os outros. Isso é muito importante quando pacientes e funcionários são de contextos culturais diferentes.
- Respeitar os outros integrantes da equipe e prestar atenção aos fatores psicossociais que afetam as interações.
- Ficar atento para o impacto da mudança nas equipes.
- Incluir o paciente na equipe, bem como sua família, quando necessário.
- Usar técnicas adequadas de comunicação.
- Usar técnicas de apoio mútuo.
- Resolver conflitos.
- Estar aberto à mudança e observar comportamentos.

Introdução a equipes de saúde

O que é uma equipe?

A natureza das equipes é variada e complexa. Nos cuidados à saúde, a equipe mais eficaz, do ponto de vista do paciente, é a equipe multidisciplinar; no entanto, as equipes podem se originar de uma única categoria de profissionais. Os integrantes da equipe podem trabalhar próximos uns dos outros em um mesmo local ou dispersos geograficamente. Algumas equipes têm integrantes permanentes, enquanto que, em outras, os membros podem ser variáveis. Exemplos de equipes incluem corais, times desportivos, unidades militares, tripulações de companhias aéreas e equipes de atendimento de emergência. Na área de saúde, os pacientes podem ser assistidos em diversos ambientes: domicílio, clínicas, pequenas unidades de saúde e grandes hospitais de ensino. Em cada um desses locais, a capacidade de comunicação entre os profissionais das equipes e o paciente determinará a eficiência do cuidado e do tratamento, e também como os seus integrantes se sentem em relação ao seu trabalho.

Independentemente de sua natureza, pode-se dizer que as equipes de saúde compartilham algumas características que dizem respeito aos seus integrantes, tais como:

- conhecer o seu papel e o dos outros membros da equipe e interagir uns com os outros para o alcance de um objetivo comum [2];
- tomar decisões [3];
- possuir conhecimentos e habilidades especializados e saber lidar com situações de sobrecarga de trabalho [4,5];
- atuar como uma unidade coletiva, como resultado da interdependência das tarefas executadas pelos integrantes da equipe [6]. Uma equipe não funciona como outros grupos, tais como um comitê que reúne profissionais de perfis diferentes e com um propósito específico e, em geral, não vinculado diretamente à prestação de cuidados aos pacientes.

Salas definiu uma equipe como:

- um conjunto distinto de duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente e adaptável em direção a um mesmo objetivo/missão/fim, cada um com seus papéis ou funções específicas e com um período de permanência limitada no grupo [7].

Os profissionais de saúde participam de muitos comitês que são criados com o objetivo de ajudar a administração na gestão de problemas ou exercícios de planejamento; tais grupos não constituem equipes.

Os diferentes tipos de equipes que atuam na assistência à saúde



Existem muitos tipos de equipes que atuam na área da saúde. Entre elas, encontram-se centros de saúde rurais, centros de saúde materno-infantil, maternidades, UTIs, enfermarias clínicas, equipes de atenção básica, que atuam na comunidade, além de equipes especializadas, tais como as equipes multidisciplinares de gestão de emergências e as que se destinam ao planejamento e à coordenação dos cuidados ao paciente oncológico.

As equipes podem atuar no mesmo local, como em uma clínica ou hospital rural, ou seus integrantes podem estar espalhados por diversos locais, como uma equipe multidisciplinar de assistência oncológica ou uma equipe de atenção básica. As equipes podem incluir uma única disciplina ou envolver profissionais de várias disciplinas, abrangendo o pessoal da administração; o paciente sempre deve ser considerado como parte da equipe. Os papéis que esses profissionais desempenham podem variar entre as equipes e dentro de cada uma delas, a cada momento. Esses papéis costumam ser flexíveis e variam de acordo com as oportunidades. Por exemplo, o líder pode mudar, dependendo dos conhecimentos necessários, a cada situação específica.

No sentido de promover a assistência centrada no paciente e na segurança dos cuidados, tanto o próprio paciente quanto seus cuidadores têm sido considerados integrantes ativos da equipe de saúde. Envolver o paciente na equipe é importante para que ele compartilhe das tomadas de decisão e esteja bem informado para dar o seu consentimento. Além disso, seu envolvimento pode melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, pois o paciente é uma fonte valiosa de informação, já que é o único integrante da equipe que está presente o tempo todo durante o tratamento. Os pacientes também são os que reúnem maior experiência sobre suas doenças ou problemas de saúde.

O programa TeamSTEPP™ [8], desenvolvido nos Estados Unidos, identifica os tipos de equipes diferentes e inter-relacionados entre si que apoiam e prestam serviços de saúde.



Equipes principais

As equipes principais consistem nos líderes e integrantes da equipe que estão envolvidos diretamente nos cuidados ao paciente. Os integrantes da equipe principal incluem os envolvidos no atendimento direto, tais como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, dentistas, assistentes e, naturalmente, o paciente ou seu cuidador. Esses integrantes atuam em centros de saúde, como clínicas, ou em enfermarias, por exemplo. Os integrantes principais incluem também profissionais responsáveis pela continuidade do atendimento – aqueles que controlam a avaliação inicial e a alta do paciente, como, por exemplo, os responsáveis pelo

caso. A equipe principal pode mudar com frequência, mas, em geral, é constituída por um médico e um enfermeiro e, dependendo da área de saúde, pode também incluir um fisioterapeuta, um dentista e/ou um farmacêutico.

Equipes de coordenação

A equipe de coordenação é o grupo responsável pela gestão operacional do dia a dia, funções de coordenação e gestão de recursos operacionais para as equipes principais. Os enfermeiros geralmente assumem essas funções nos hospitais. Em contextos rurais e em clínicas, a equipe de coordenação pode incluir gestores de serviços de saúde, enfermeiros, médicos ou outros profissionais de saúde.

Equipes de contingência

As equipes de contingência se formam para atender situações específicas ou de emergência (ex.: equipes de reanimação cardiopulmonar, equipes de resposta a desastres, equipes de emergência obstétrica, equipes de respostas rápidas). Os integrantes de uma equipe de contingência são provenientes de diferentes equipes principais.

Serviços auxiliares

As equipes de serviços auxiliares são constituídas por funcionários da limpeza ou de serviços gerais, que atendem diretamente ao paciente, cumprindo tarefas específicas e em tempo limitado, ou que fornecem serviços de apoio que facilitam a assistência. Os integrantes dessas equipes se encontram, em geral, em locais diferentes daquele em que o paciente recebe seu atendimento de rotina.

As equipes de serviços auxiliares são primordialmente equipes de prestação de serviços, cuja missão é dar apoio à equipe principal, o que não significa que não devam compartilhar dos mesmos objetivos. O sucesso da cirurgia de um paciente depende de informações precisas sobre alimentação e de instruções em relação a ordens como “nada pela via oral”, para que o paciente não receba, por equívoco, uma refeição que possa levá-lo a engasgar. Em geral, equipes de serviços auxiliares trabalham de forma independente. Entretanto, pode haver momentos em que elas devem ser consideradas como parte da equipe principal.

Serviços de apoio

As equipes dos serviços de apoio são constituídas por indivíduos que fornecem serviços indiretos e específicos em uma instituição clínica. Os integrantes dessas equipes, quando orientados na realização de serviços específicos, contribuem para otimizar a experiência de cuidados à saúde para os pacientes e suas famílias. Seus papéis são integrados à medida em que gerenciam o ambiente, os recursos e a logística dentro de um estabelecimento. Os serviços de apoio consistem essencialmente numa equipe cuja missão é criar um ambiente de

cuidados à saúde eficiente, seguro, confortável e limpo, o que impacta na equipe de cuidados do paciente, na percepção de mercado, na eficiência operacional e na segurança do paciente.

Administração

A administração inclui a liderança executiva de uma unidade ou estabelecimento e é responsável 24 horas por dia pelo funcionamento geral e pela gestão da organização. A administração define o clima e a cultura propícios para que o sistema de trabalho cooperativo floresça ao estabelecer e comunicar a visão institucional, desenvolvendo e reforçando políticas e fornecendo recursos necessários para sua execução bem-sucedida, definindo expectativas para os funcionários (funções e responsabilidades), responsabilizando equipes por seus desempenhos e definindo a cultura da organização.

Como o uso de equipes melhora o cuidado do paciente

A assistência à saúde sempre identificou, na figura individual do clínico, o único responsável pelo cuidado e tratamento do paciente. Entretanto, nos dias atuais, os pacientes raramente são atendidos por um único profissional de saúde. A segurança do paciente, no contexto de um sistema complexo de assistência à saúde, reconhece que o trabalho em equipe eficaz é essencial para minimizar os eventos adversos causados pela má comunicação com outros que cuidam

do paciente e os mal-entendidos quanto aos papéis e responsabilidades de cada um. Os pacientes têm interesses pessoais quanto à forma como serão atendidos e também devem participar das vias de comunicação. O envolvimento deles se mostrou essencial para minimizar erros e potenciais eventos adversos.

A associação entre as habilidades não técnicas, tais como o trabalho em equipe e os eventos adversos, agora se encontra bem fundamentada [9,10], assim como a carga crescente de doenças crônicas, comorbidades e o envelhecimento das populações. Esses desafios exigem um atendimento coordenado e multidisciplinar [11].

Em uma ampla revisão sobre treinamento de equipes, Baker et al. [1] concluíram que o treinamento de profissionais de saúde como equipes “constitui uma estratégia prática e eficiente para melhorar a segurança do paciente e reduzir erros médicos.”

O trabalho em equipe foi associado a melhores resultados em áreas como a assistência primária [12] e a oncologia [13], e também à redução de erros médicos [14, 15]. Como resumido na Tabela B.4.1, melhorar o trabalho em equipe pode resultar em benefícios que vão além da obtenção de melhores resultados para pacientes e para sua segurança e também pode gerar benefícios individuais para os seus integrantes e para a equipe como um todo, bem como para a organização da qual a equipe faz parte [11].

Resultados mensuráveis do trabalho em equipe eficaz

		Benefícios Individuais	
<i>Benefícios para a organização</i>	<i>Benefícios para a equipe</i>	<i>Pacientes</i>	<i>Integrantes da equipe</i>
Redução do tempo e dos custos de hospitalização	Melhor coordenação dos cuidados	Mais satisfação com o atendimento	Mais satisfação no trabalho
Redução de internações imprevistas	Uso eficiente de de saúde	Aceitação do tratamento	Mais clareza quanto às atribuições
Melhor acessibilidade para os pacientes	Melhor comunicação e diversidade profissional	Melhores resultados à saúde e qualidade da assistência Menos erros médicos	Melhora no bem-estar

Tabela B.4.1. Medidas para um trabalho em equipe eficaz

Fonte: Adaptado de Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

Formação e desenvolvimento das equipes

Muitas pesquisas sobre como as equipes se formam e se desenvolvem foram feitas em outras organizações de alto risco operacional. Como detalhado na Tabela B.4.2, há quatro etapas do desenvolvimento da equipe: formação, confrontação, normatização e atuação [17].

Tabela B.4.2. Etapas do desenvolvimento de equipes

Etapas	Definição
Formação	Caracterizada tipicamente pela ambiguidade e pela confusão. Os integrantes da equipe podem não ter escolhido trabalhar juntos e podem comunicar-se de maneira reservada, superficial e impessoal. Podem estar confusos em relação à tarefa que deverão executar.
Confrontação	Uma etapa difícil em que pode haver conflito entre integrantes da equipe e alguma rebeldia contra as tarefas que lhe forem atribuídas. Os integrantes da equipe podem competir por posições de poder e pode haver frustração diante da falta de progresso na execução da tarefa.
Normatização	Estabelece-se uma comunicação aberta entre os integrantes, e a equipe começa a cumprir a tarefa que lhe foi confiada. Geralmente aceitos, são estabelecidos os procedimentos e padrões de comunicação.
Atuação	A equipe concentra toda sua atenção em atingir os objetivos. A equipe agora está integrada, solidária, aberta e confiante, competente e eficaz.

Fonte: Modificado de Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

À semelhança do que ocorre em outras organizações, muitas equipes de saúde, tais como equipes de emergência ou equipes cirúrgicas, precisam trabalhar em conjunto, funcionar plenamente, não dispendo de tempo para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais e para a passagem pelas fases de formação ou normatização descritas acima [18]. Por este motivo, é importante que os profissionais de saúde saibam trabalhar em equipe de forma eficaz antes de integrá-la. A próxima seção descreve as características de equipes que trabalham de forma eficaz.

Características de equipes bem-sucedidas



Há muitos modelos para descrever o trabalho em equipe eficaz. Historicamente, esses modelos vieram de outras organizações, tais como a gestão de recursos de tripulação, proveniente da aviação (CRM, da sigla em inglês - *crew resource management*). O Quadro B.4.1 expõe as principais características da gestão de recursos (CRM) desenvolvidas pela aviação.

Quadro B.4.1. Resumo da gestão de recursos de tripulação

A aplicação da CRM na assistência à saúde

A CRM foi desenvolvida pela indústria da aviação para melhorar as comunicações na cabine de controle e implementar sistemas de tomada de decisões centradas nas equipes. A CRM é definida como “utilização de todas as fontes disponíveis – informações, equipamentos e pessoas – que visam a realizar operações de voo seguras e eficientes”. (*The National Transportation Safety Board, USA*). A CRM tem sido utilizada na assistência à saúde para melhorar o trabalho em equipe, as comunicações e iniciar outros processos com segurança.

As equipes de saúde se configuram de muitas formas; algumas são muito estáveis, mas outras podem ser bastante instáveis, com frequentes trocas de integrantes. Cada integrante da equipe pode ter diferentes níveis de conhecimento e habilidades, que precisam ser aproveitados. Mickan e Roger [16] descreveram a seguinte lista que oferece respaldo às equipes de saúde que atuam de forma eficaz independente dos seus níveis de estabilidade.

Finalidade comum

Os integrantes da equipe definem um propósito comum e claramente definido que inclui interesses coletivos e demonstra responsabilidade compartilhada.

Objetivos mensuráveis

As equipes estabelecem objetivos mensuráveis e concentrados na tarefa da equipe.

Liderança eficaz

As equipes necessitam de uma liderança eficaz que estabeleça e mantenha as estruturas, gerencie conflitos, escute os integrantes, confie neles e lhes dê apoio. Os autores destacaram também como é importante que os integrantes da equipe entrem em acordo e compartilhem suas funções de liderança.

Comunicação eficaz

Boas equipes de saúde compartilham ideias e informações de forma rápida e regular, mantêm registros escritos e reservam um tempo para a reflexão em equipe. Algumas das análises mais profundas sobre a comunicação de equipes interprofissionais (que cobrem várias disciplinas e não apenas especialidades médicas) concentraram-se em equipes de alto-risco, como as equipes cirúrgicas [19, 20].

Boa coesão

Equipes coesas demonstram comprometimento e espírito de equipe excepcionais e identificáveis apresentando maior longevidade, visto que seus membros desejam continuar trabalhando juntos.

Respeito mútuo

Equipes eficazes têm integrantes que respeitam os talentos e as crenças de cada membro, além de respeitar suas contribuições profissionais. Tais equipes também aceitam e incentivam a diversidade de opiniões entre os membros.

Requisitos adicionais

Outros requisitos para equipes eficazes também incluem [8, 18, 21]:

- competência em tarefas individuais (tanto habilidades técnicas pessoais quanto de trabalho em equipe);
- motivação para as tarefas;
- flexibilidade;
- capacidade de monitorar o próprio desempenho;
- resolução eficaz de conflitos e capacidade de aprender com eles;
- empenho no monitoramento de ocorrências.

Liderança

A liderança eficaz é uma característica-chave de uma equipe eficaz. Os líderes eficazes dessas equipes facilitam, orientam e coordenam as atividades de outros membros da equipe ao:

- aceitar o papel de liderança;
- solicitar ajuda, conforme o caso;
- monitorar constantemente as ocorrências;
- definir prioridades e tomar decisões;
- utilizar recursos para maximizar o desempenho;
- resolver conflitos da equipe;
- equilibrar a carga de trabalho dentro da equipe;
- delegar tarefas ou atribuições;
- realizar reuniões de planejamento do cuidado (*briefings*), reuniões de análise retrospectiva do cuidado (*debriefing*) e a qualquer momento realizar reuniões organizativas para resolução de problemas inesperados (*huddles*);
- empoderar os membros da equipe para expressarem-se livremente e fazerem perguntas;
- organizar atividades de melhoria e de treinamento para a equipe;
- inspirar outros membros da equipe e manter uma cultura positiva de grupo;
- garantir que a equipe mantenha o rumo e obtenha os resultados esperados.

Incluir o paciente como membro de uma equipe de saúde é um conceito novo. Tradicionalmente, o papel do paciente tem sido mais passivo, limitando-se a ser um receptor dos cuidados. Sabemos, porém, que os pacientes trazem suas próprias habilidades e informações sobre a sua situação e a doença. Os estudantes podem começar a demonstrar liderança nessa área tentando incluir os pacientes e suas famílias tanto quanto possível. Estabelecer contato visual com os pacientes, verificar e confirmar informações e buscar informações adicionais pode ser feito durante uma ronda

pelas enfermarias ou nas consultas clínicas. Os estudantes podem incluir o paciente em uma verificação de segurança para garantir que as informações corretas e completas estejam disponíveis para todos da equipe.

Técnicas de comunicação para equipes de saúde



O escritor irlandês George Bernard Shaw tem uma citação famosa: “O maior problema da comunicação é a ilusão de que ela foi alcançada”. As boas habilidades comunicacionais habitam o cerne da segurança do paciente e do trabalho em equipe eficaz. As seguintes estratégias podem auxiliar os membros das equipes na troca precisa de informações e assegurar que o foco seja a transmissão da informação. Recentemente demonstrou-se que o uso de uma ferramenta chamada ISBAR - do inglês (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) ou em português ASHAR (*Apresentação, Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação*) - melhora as chamadas telefônicas feitas por estudantes em ambientes simulados de imersão clínica. [22].

A seguir, a descrição e os exemplos de casos foram retirados do programa TeamSTEPPS™ [8].

ASHAR (ISBAR)

A ASHAR (do inglês ISBAR) é uma técnica para comunicar informações críticas de interesse do paciente que requeiram imediata atenção e ação. Tal técnica visa a certificar que haja precisão na informação e no grau de preocupação durante a comunicação entre profissionais de saúde.

Apresentação

“Meu nome é Mary Smith e sou a enfermeira que está cuidando da Sra. Joseph, que se encontra no leito 5 da ala 4.”

Situação

O que está acontecendo com a paciente?
“Estou ligando a respeito da Sra. Joseph, do quarto 251. Sua queixa principal é uma recente dificuldade respiratória.”

Histórico

Qual é o histórico ou contexto clínico? “A paciente tem 62 anos e está no primeiro dia do pós-operatório de cirurgia abdominal. Nenhum histórico de doença cardíaca ou pulmonar.”

Avaliação

Qual é a minha opinião sobre o problema?
“Os ruídos respiratórios estão reduzidos no lado direito, com queixa de dor. Gostaria de descartar pneumotórax.”

Recomendação

O que eu faria para corrigi-lo?

“Recomendo que a paciente seja avaliada imediatamente. Você pode vir agora?”

Se um integrante da equipe de saúde estiver insatisfeito com a resposta à solicitação de atendimento imediato, deverá buscar assistência e auxílio de outro profissional superior.

Convocatória

A convocatória é uma estratégia para comunicar informações importantes ou críticas, de maneira a informar todos os membros da equipe simultaneamente durante situações de emergência.

Essa técnica ajuda os integrantes da equipe a preverem os próximos passos e atribuírem a responsabilidade a um indivíduo específico que será encarregado de cumprir a tarefa. A seguir, mostramos um exemplo de convocatória e intercâmbio entre um líder de equipe e um residente.

Líder: Estado das vias aéreas?

Residente: Vias aéreas desimpedidas

Líder: Ruídos respiratórios?

Residente: Ruídos respiratórios estão reduzidos no lado direito.

Líder: Pressão arterial?

Residente: PA de 96/92.

Check-back

Esta é uma técnica simples para assegurar que a

informação transmitida pelo remetente seja compreendida perfeitamente pelo destinatário [23]:

Passo um: O remetente dá início à mensagem.

Passo dois: O destinatário aceita a mensagem e a retorna em confirmação.

Passo três: O remetente ratifica a mensagem para assegurar que foi compreendido.

Médico(a): Administre 25 mg de Benadryl IV em bolus.

Enfermeiro(a): 25 mg de Benadryl IV em bolus?

Médico(a): Confirmado.

Transição do cuidado (Hand-over e Hand off)

A transição do cuidado é um momento crucial para a troca precisa de informações. Falhas de comunicação podem resultar no tratamento incorreto dos pacientes e subsequentes efeitos adversos. A transição do cuidado significa a transferência da responsabilidade profissional e a devida prestação de contas quanto a alguns ou todos os aspectos dos cuidados de um paciente ou de um grupo de pacientes a outro profissional ou equipe, em caráter temporário ou permanente. O “passar o bastão” (“I pass the baton”) é uma estratégia que auxilia na execução de uma transferência oportuna e precisa.

I	Introduction (Apresentação)	Apresentar-se, informar sua função e o nome do paciente
P	Patient (Paciente)	Nome, dados de identificação, idade, sexo, localização
A	Assessment (Avaliação)	Queixa principal, sinais vitais, sintomas e diagnóstico
S	Situation (Situação)	Estado atual/circunstâncias, incluindo o código de estado, grau de (in)certeza, alterações recentes e resposta ao tratamento
S	Safety concerns (Preocupações de segurança)	Valores/relatórios de laboratório críticos, fatores socioeconômicos, alergias e alertas (quedas, isolamento etc.)
The		
B	Background (Antecedentes)	Comorbidades, ocorrências anteriores, medicações atuais e história familiar
A	Actions (Ações)	Quais ações foram realizadas ou são necessárias? Justificar de forma sucinta
T	Timing (Coordenação)	Nível de urgência, coordenação explícita e priorização das ações
O	Ownership (Responsabilidade)	Identificar o responsável (pessoa/equipe), incluindo paciente/família
N	Next (Seguimento)	O que acontece a seguir? Previsão de alterações? Qual é o plano? Há planos de contingência?

Resolução de divergências e conflitos



Uma habilidade essencial para o bom trabalho em equipe é a capacidade de resolver conflitos e divergências entre seus integrantes. Isso pode revelar-se muito desafiador para aqueles menos experientes, como estudantes, ou para equipes de natureza altamente hierárquica. Contudo, é muito importante que todos

se sintam à vontade para verbalizar algo que percebam que pode comprometer a segurança do paciente.

Os protocolos a seguir foram desenvolvidos para ajudar os profissionais a expressarem suas preocupações de forma categorizada.

Segurança psicológica

Este é o grau em que se percebe o ambiente de trabalho como propício para assumir esses riscos interpessoais [24].

Regra da dupla contestação

A regra da dupla contestação tem o objetivo de permitir que todos os integrantes da equipe suspendam uma atividade, caso percebam ou descubram uma falha básica de segurança. Poderá haver momentos em que uma abordagem dirigida a um participante da equipe seja ignorada ou descartada sem maiores considerações. Isso exigirá que alguém verbalize suas preocupações novamente, pelo menos duas vezes, se a declaração inicial tiver sido ignorada (logo o nome “regra da dupla contestação”). Essas duas tentativas podem ser realizadas pela mesma pessoa ou por pessoas diferentes:

A primeira contestação deve ser em forma de pergunta.

Enfermeiro(a): Estou preocupado (a) com a Sra. Jones, no leito 23. Ela não parece bem, e os sintomas estão diferentes dos que costuma apresentar. Pode dar uma olhada nela?

A segunda contestação deve corroborar a preocupação do membro da equipe.

Enfermeiro(a): Estou muito preocupado(a) com a Sra. Jones. Os sintomas dela estão me preocupando. Acho que ela precisa ser vista agora mesmo.

Lembre-se que isso significa atuar em defesa do paciente. A tática da dupla contestação assegura que uma preocupação apresentada seja acatada, compreendida e reconhecida. Se isso não resultar em mudança, ou se a resposta for inaceitável, então o profissional preocupado deverá tomar medidas mais contundentes e reportar-se a um supervisor ou à próxima pessoa na linha de comando.

CUS

CUS é uma abreviação para um processo de três passos que auxilia as pessoas a suspender uma atividade problemática.

I am **C**oncerned (Estou Preocupado)
I am **U**ncomfortable (Estou Incomodado(a))
This is a **S**afety issue (É uma questão de Segurança).

O roteiro DESC

O DESC descreve um guia para a resolução de conflitos. O objetivo é alcançar o consenso.

Descrever a situação ou o comportamento específico e fornecer evidências ou dados concretos.

Expressar como a situação lhe afeta e quais são suas preocupações.

Sugerir alternativas e buscar concordância.

Consequências devem ser expostas em função de seus efeitos nos objetivos da equipe estabelecidos ou na segurança do paciente.

Desafios para se atuar em equipe de forma eficaz



Há um conjunto de barreiras específicas para se estabelecer e manter uma eficaz atuação em equipe na assistência à saúde. Algumas delas estão descritas abaixo.

Troca de funções

Em diversos ambientes clínicos, há uma considerável troca e sobreposição de funções desempenhadas por diferentes profissionais de saúde. Exemplos disso incluem alterações na função de obstetritz; técnicos de RX que laudam radiografias simples; enfermeiros que fazem colonoscopias; técnicos de higiene dental que realizam extrações e processos simples de restauração dentária; enfermeiros especialistas; obstetritz; e farmacêuticos que prescrevem medicamentos. Tais trocas de funções podem representar desafios às equipes em termos de alocação e reconhecimento de funções. Além disso, pode haver integrantes da equipe sem qualquer qualificação específica, tal como um auxiliar odontológico ou um auxiliar de enfermagem. Essas pessoas são partes importantes da equipe e devem ser instruídas e apoiadas da mesma maneira que os outros. Em algumas situações, pode ser necessário que desempenhem atividades para as quais não foram treinadas. Caso isso aconteça, elas devem estar preparadas e receber apoio apropriado.

Ambientes em mudança

A essência da assistência à saúde está se modificando de muitas maneiras, incluindo a elevada prestação de cuidados a doenças crônicas em ambientes de atendimento comunitário e a transferência de diversos procedimentos cirúrgicos para unidades de pacientes externos. Tais alterações exigem a criação de novas equipes e a modificação das existentes.

Hierarquias na assistência à saúde

A assistência à saúde é altamente hierarquizada por natureza, o que pode se revelar contraproducente em equipes bem ajustadas e eficazes, nas quais as opiniões de todos os membros devem ser consideradas; o líder da equipe não deve ser necessariamente o médico. Apesar do crescente reconhecimento da relevância do trabalho em equipe na assistência à saúde, isso não se traduziu na mudança das práticas, em especial em países onde as normas culturais de comunicação não se adaptam com naturalidade ao trabalho em equipe.

Natureza individualista da assistência à saúde
Muitas profissões da área de saúde, tais como enfermagem, odontologia e medicina, baseiam-se na relação autônoma e individual entre o profissional e o paciente. Embora essa relação seja fundamental, ela é colocada em questão por muitos conceitos do trabalho em equipe e cuidados compartilhados. Isso é percebido em muitos níveis, desde clínicos relutantes em compartilhar os cuidados de seus pacientes a implicações médicas e judiciais da assistência à saúde em equipe.

Instabilidade das equipes

Como discutido anteriormente, as equipes de saúde são transitórias por natureza, agrupadas para uma tarefa ou evento específico (por exemplo, equipes de parada cardíaca). O caráter transitório dessas equipes coloca uma ênfase maior na qualidade do treinamento de seus membros, despertando desafios especiais nos cuidados à saúde, campo em que a formação e o treinamento recebem atenção insuficiente, visto que os profissionais se concentram na prestação do serviço.

Acidentes em outras organizações

As análises de incidentes de grande impacto, como desastres aéreos, identificaram três tipos principais de falhas no trabalho em equipe que contribuem para incidentes, são eles: falta de clareza nas definições das funções, falta de coordenação explícita e outras falhas de comunicação. [18, 25].

Avaliação do desempenho da equipe

Avaliar o desempenho da equipe é um passo importante para melhorá-la. Encontram-se disponíveis algumas medidas de avaliação do trabalho em equipe [18, 26, 27]. As equipes podem ser avaliadas em ambiente simulado, por observação direta de sua prática real ou pelo uso de exercícios de equipe, tais como os descritos abaixo nas seções sobre ensino de trabalho em equipe.

As equipes podem ser avaliadas pelo desempenho de cada membro ou como uma unidade completa. As avaliações podem ser conduzidas por um perito ou por avaliações de desempenho feitas por seus pares.

Uma análise dos estilos de aprendizagem ou da capacidade de resolução de problemas que os indivíduos demonstram no trabalho em equipe pode ser útil após a avaliação de seu desempenho [28].

Resumo dos conhecimentos necessários

O trabalho em equipe eficaz não acontece por acaso. Ele exige compreender as características das equipes bem-sucedidas, assim como entender como funcionam e as formas como elas se mantêm eficazes. Há uma variedade de ferramentas que foram desenvolvidas para promover a comunicação e o desempenho da equipe, incluindo o ISBAR, a convocatória, o *check-back* e o *"I pass the baton"* [Passar o bastão].

O que os estudantes precisam fazer para aplicar os princípios do trabalho em equipe

Os estudantes podem aplicar os princípios do trabalho em equipe tão logo iniciem seu treinamento. Muitos programas de formação relacionados aos cuidados em saúde fundamentam-se na Aprendizagem Baseada em Problemas (sigla PBL, em inglês) ou envolvem pequenas discussões em grupo que exigem que os estudantes trabalhem conjuntamente para construir o conhecimento e resolver problemas. Por meio dessas atividades, os estudantes podem começar a entender o funcionamento das equipes e o que compõe um grupo de aprendizagem eficaz. Aprender a compartilhar informações, manuais e apontamentos de aula antecede o compartilhamento de informações sobre pacientes ou clientes.

Estar atentos ao fato de que nossos próprios valores e concepções afetam a interação com os outros integrantes da equipe

Os estudantes aprendem observando a forma como os diferentes profissionais de saúde interagem. Eles perceberão que, embora uma equipe seja composta por muitas personalidades e estilos de prática, isso não necessariamente a torna menos eficaz. Pelo contrário, as forças complementares e as fraquezas dos diferentes participantes da equipe podem facilitar a prestação segura e de alta qualidade dos cuidados à saúde.

Estar atentos à função dos integrantes da equipe, a como fatores psicossociais afetam as interações da equipe, além de reconhecerem que podem provocar alterações nos integrantes da equipe

Pode ser muito difícil para estudantes (e, inclusive, para clínicos em exercício da profissão) compreender as distintas funções desempenhadas pelos profissionais de saúde nas equipes, ou a maneira como as equipes respondem às alterações ou aos fatores psicossociais. Os estudantes podem ser encorajados a fazer observações estruturadas das equipes, a observar as funções dos diferentes indivíduos e a forma como a alocação dessas funções se relaciona com as características individuais e profissionais dos integrantes da equipe. Eles podem ser incentivados a conversar com diferentes integrantes sobre suas experiências de trabalho em equipe. Os docentes podem, eles próprios, garantir que os estudantes sejam incluídos em equipes e recebam funções, de modo que possam observar esses processos, através de uma participação interna. É essencial que todos os membros da equipe compreendam as funções dos diferentes profissionais, para que os pacientes recebam encaminhamentos e tratamentos apropriados.

Incluir o paciente como integrante da equipe

Sempre que estudantes entrevistarem pacientes, fizerem anamnese, realizarem procedimentos ou



intervenções de cuidados ao paciente devem dedicar tempo suficiente para estabelecer um vínculo com a pessoa sob cuidados e envolvê-la no tratamento. Isso pode incluir conversar com os pacientes sobre o que estão fazendo ou sobre as preocupações e inquietações que ele ou os profissionais possam ter. Os estudantes podem envolver ativamente os pacientes nas rondas pelas enfermarias, tanto convidando-os a participar naquele momento, quanto discutindo com a equipe como podem incluí-los em tais discussões.

Usar técnicas de apoio mútuo, solucionar conflitos, utilizar técnicas de comunicação apropriadas e observar e alterar comportamentos

Os estudantes podem praticar todas essas competências no trabalho com seus colegas em grupos de estudo ou em equipes de cuidados à saúde, à medida que avançam no programa e se envolvem gradativamente com a assistência. Conforme detalhado mais adiante, muitos exercícios de trabalho em equipe podem ser usados com grupos de estudantes e profissionais para explorar os estilos de liderança, técnicas de resolução de conflitos e habilidades comunicadoras. O limite para os estudantes experimentarem ou observarem essas atividades dependerá do grau de segurança sentido pelos profissionais de saúde para levantarem questões ou problemas com a equipe ou com seu líder.

Há uma série de conselhos práticos para ajudar os estudantes a aperfeiçoarem suas habilidades de comunicação. Eles podem começar a praticar um bom trabalho em equipe logo no início do treinamento. Uma comunicação clara e respeitosa é a base do bom trabalho em equipe. Sempre se apresente ao paciente, à equipe ou àqueles com quem estiver trabalhando, mesmo que trabalhem junto por muito pouco tempo. Aprenda o nome dos membros da equipe e use-os. Algumas pessoas não se preocupam em aprender os nomes dos integrantes menos frequentes da equipe, tais como os auxiliares, acreditando que eles não são tão importantes. Contudo, os participantes da equipe se relacionam melhor entre si quando utilizam seus nomes, em vez de serem chamados pela profissão, como “enfermeiro” ou “assistente”. Ao delegar tarefas às pessoas, olhe para elas e certifique-se de que têm as informações necessárias para a realização da tarefa. Falar sem se dirigir a um interlocutor específico é uma prática insegura, pois é possível que não fique claro quem é o destinatário da mensagem. Use linguagem objetiva, não subjetiva.

Leia novamente as instruções e feche o ciclo de comunicação com relação às informações dos cuidados ao paciente. Diga o óbvio para evitar mal-entendidos.

Enfermeiro: *O Sr. Brown fará uma radiografia.*

Estudante: *Então levaremos o Sr. Brown para fazer uma radiografia agora.*

Peça esclarecimento, caso algo não faça sentido. Faça perguntas e sempre seja claro. Esclareça sua função em diferentes situações.

Enfermeiro: *O Sr. Brown fará uma radiografia.*

Estudante: *Então, levaremos o Sr. Brown para fazer uma radiografia agora.*

Enfermeiro: *Sim.*

Estudante: *Quem levará o Sr. Brown para sua radiografia?*

Seja assertivo, quando necessário. Isso é difícil, em todos os contextos e lugares. Porém, se um paciente estiver correndo risco de ter um problema grave, os profissionais de saúde, incluindo os estudantes, devem se manifestar. Médicos experientes ficarão gratos a longo prazo, caso um de seus pacientes não seja acometido por um evento adverso grave. Quando houver um conflito, concentre-se em “o quê” é certo para o paciente, e não em definir “quem” está certo ou errado.

Instrua a equipe antes de realizar uma atividade (*brief*) e faça um breve relatório logo após a sua realização (*debriefing*). Isso incentiva todos os participantes da equipe a contribuir para as discussões sobre o desenvolvimento da atividade e o que poderá ser feito de outra forma ou melhor da próxima vez.

Estudos de caso

Comunicação inadequada por parte da equipe

Este estudo de caso destaca como um trabalho em equipe ruim pode contribuir para o prejuízo do paciente. Um médico estava chegando ao fim de sua primeira semana de trabalho na emergência. Seu turno acabara uma hora antes, mas o setor estava muito movimentado e seu superior solicitou que ele visse um último paciente. Tratava-se de um rapaz de 18 anos. Ele estava com os pais, que tinham certeza de que o filho tinha tido uma overdose. A mãe encontrou um frasco vazio de paracetamol que estava cheio no dia anterior. O jovem já tivera overdoses antes e estava sob os cuidados de um psiquiatra. No entanto, ele afirmava categoricamente que tomara apenas dois comprimidos para uma dor de cabeça. Ele disse que derrubou os comprimidos no chão e teve que jogá-los fora. Os pais disseram que tinham encontrado o frasco vazio, havia seis horas e tinham certeza de que o filho não poderia ter tomado o paracetamol mais de quatro horas antes de terem achado o frasco (ou seja, 10 horas antes).

O médico explicou que não havia benefício algum em fazer uma lavagem gástrica. Em vez disso, fez um exame de sangue para determinar os níveis de paracetamol e salicilato. Pediu ao laboratório que telefonasse para a emergência com os resultados assim que possível. Uma estudante de enfermagem estava no balcão quando o técnico do laboratório telefonou. Ela anotou os resultados em um bloco de anotações. O nível de salicilato estava negativo.

Ao informar o resultado do exame de paracetamol, o técnico disse “dois”, pausou por um momento e depois disse “um três”. “Dois vírgula um três”, repetiu a enfermeira, desligando o telefone. Ela anotou “2,13” no bloco de anotações. O técnico não informou se esse nível era tóxico e não conferiu se a enfermeira havia compreendido. Quando o médico chegou ao posto de enfermagem, a enfermeira leu para ele o resultado. O médico analisou um gráfico que vira anteriormente no quadro de avisos, o qual mostrava como tratar overdose.

No mesmo quadro, havia também um protocolo para tratar overdose de paracetamol, porém ele estava encoberto por um memorando. O gráfico mostrava que 2,13 estava muito abaixo do nível de tratamento. O médico pensou em conferir a situação com sua supervisora, mas ela parecia atarefada. Em vez disso, disse a um estudante de enfermagem que o paciente precisaria ser internado naquela noite, para que o psiquiatra pudesse avaliá-lo no dia seguinte. O médico deixou seu posto antes da chegada do resultado do exame. O laudo que constava era: “Nível de paracetamol: 213”. O erro não foi descoberto por dois dias, período em que o paciente desenvolveu insuficiência hepática irreversível. Não foi possível encontrar um doador de fígado para transplante, e o paciente faleceu uma semana depois. Se ele tivesse sido tratado ao dar entrada na emergência, poderia ter sido salvo.

Na segunda-feira, ao iniciar o turno seguinte, o médico foi informado pelo médico especialista sobre o ocorrido. Ainda em estado de choque, explicou que agira com base no resultado, que julgou ser correto. Ele admitiu que não percebeu que os níveis de paracetamol nunca são expressos em decimais. Não tendo visto o protocolo, não achou que seria apropriado iniciar o tratamento antes da chegada dos resultados do nível de paracetamol, uma vez que a história, ainda que contraditória, sugeria que o paciente poderia ter ingerido uma quantidade considerável de comprimidos. Seria injusto culpar o médico, o estudante de enfermagem ou o técnico individualmente. A verdadeira falha é a falta de verificações de segurança no sistema de comunicação de resultados de exames.

Ao menos três pessoas cometeram uma série de pequenos enganos, e o sistema não conseguiu detectá-los.

Atividades

- Desenhe um diagrama do fluxo de informação entre os profissionais de saúde nesta história e destaque as falhas na comunicação.
- Discuta como o médico e o estudante de enfermagem podem ter se sentido e como auxiliá-los através de uma análise retrospectiva (*debriefing*) sem culpá-los pelo ocorrido.

Fonte: National Patient Safety Agency. London, Department of Health, 2005. Os direitos autorais e outros direitos de propriedade intelectual deste material pertencem à NPSA e todos os direitos são reservados. A NPSA autoriza organizações de cuidados em saúde a reproduzirem este material para uso pedagógico e não comercial.

Falha na transmissão de informações entre membros da equipe e na confirmação de premissas ocasionando resultados adversos ao paciente

Este exemplo destaca como a dinâmica entre estudantes de cirurgia e a equipe e a movimentação da equipe dentro e fora da sala de operações podem provocar eventos adversos.

Antes de uma paciente ser levada ao centro cirúrgico para uma cirurgia de rotina de *bypass* gástrico, um enfermeiro relatou a outro que a paciente tinha alergia a “morfina e a grampos cirúrgicos”. Essa informação foi repetida ao cirurgião e ao anestesista antes do início do procedimento.

Quando a cirurgia já estava chegando ao fim, o cirurgião retirou-se da sala de cirurgia e deixou um cirurgião estagiário e dois residentes finalizando o procedimento. O segundo cirurgião também saiu da sala, e os dois residentes ficaram responsáveis pelo fechamento da incisão. Eles grampearam uma extensa incisão ao longo do abdômen do paciente. Fizeram o mesmo com as três incisões laparoscópicas. Ao iniciarem a atividade, um estudante de medicina retirou uma folha do prontuário da paciente e a levou-a até os residentes. O estudante chamou uma residente tocando no ombro dela e segurou o papel para que ela lesse e informou-a de que a paciente tinha alergia aos grampos. A residente olhou o papel e respondeu: “Ninguém é alérgico a grampos”.

O primeiro cirurgião retornou à sala de cirurgia quando os residentes completavam o grampeamento. Ele observou que os residentes utilizaram grampos nas incisões e avisou que a paciente não queria grampos. Mandou que retirassem os grampos e suturassem a incisão. Desculpou-se por não lhes ter informado sobre a alergia. Um dos residentes perguntou se era possível ser alérgico a grampos. “Não importa. A paciente tem certeza de que é.” O cirurgião disse aos residentes que teriam que remover todos os grampos e suturar a incisão. Isso levou 30 minutos a mais.

Discussão

- Discuta como esse caso demonstra a importância da comunicação clara entre todos os integrantes da equipe, assim como a questão das necessidades e preferências do paciente.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Caso fornecido por Lorelei Lin-

gard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

A ressuscitação de emergência requer trabalho em equipe

Este caso ilustra a importância de a equipe estar preparada para a execução eficaz de um procedimento tipo código azul ou ressuscitação emergencial.

Simon, médico-supervisor, estava na lanchonete do hospital almoçando após o horário normal. Durante a refeição, um anúncio de parada cardíaca foi feito pelos alto-falantes. Ele correu para pegar o elevador para o quinto andar, onde ocorria a emergência. Era horário de pico e os elevadores estavam ocupados.

Quando conseguiu chegar, um enfermeiro havia trazido o carrinho de parada cardiorrespiratória enquanto outro instalava a máscara de oxigênio no paciente.

“Pressão arterial, pulso, frequência cardíaca?”, gritou o médico.

Um enfermeiro buscou uma braçadeira de pressão arterial e começou a inflá-la. O enfermeiro que segurava a máscara de oxigênio tentou avaliar a pulsação do paciente no punho dele. O médico-assistente pediu, aos gritos, que colocassem um monitor de eletrocardiograma no paciente e que abaixassem a cabeceira da cama. Os enfermeiros tentaram seguir as ordens; um parou de medir a pressão arterial e abaixou a cama. Isso fez com que a máscara de oxigênio caísse, já que o tubo se prendeu nos painéis laterais da cama.

Simon ficou nervoso, pois ficou sem a informação da frequência cardíaca. O paciente parecia não estar respirando. O monitor cardíaco acendeu e mostrou fibrilação ventricular.

“Pás e 50 joules”, requisitou Simon.

Os enfermeiros olharam e disseram: “O quê?”.

“Pás e 50 joules. Agora!”, respondeu Simon.

“Chamem um médico, qualquer médico, para me ajudar!”, gritou ele.

Não conseguiram reanimar o paciente.

Atividade

– Descreva esse caso confuso de forma clara. Identifique os fatores-chave e os resultados.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Caso fornecido por Ranjit De Alwis, Senior Lecturer, International Medical

Cada membro da equipe é importante

Este é um exemplo de como iniciativas, como o briefing pré-cirúrgico, podem permitir que cada um dos inte-

grantes da equipe cirúrgica forneça informações que afetem o resultado do paciente.

Um briefing de equipe no pré-operatório é uma pequena reunião que envolve enfermeiros, cirurgiões e anestesistas e que ocorre antes da cirurgia. O objetivo é discutir questões relevantes do procedimento e do paciente.

Como parte da preparação para uma ressecção baixa anterior e ileostomia, a equipe interprofissional se reuniu para um *briefing*. O cirurgião perguntou a uma enfermeira se ela tinha algo a dizer. Ela informou que a paciente estava preocupada com sua hérnia. O cirurgião perguntou à paciente (que ainda estava consciente) sobre esse assunto. Posteriormente, o cirurgião explicou à equipe como proceder com relação à hérnia e que talvez usasse malha cirúrgica.

Perguntas

- Este é o local adequado para se discutir com um paciente que provavelmente recebeu medicação pré-operatória?
- Que tipo de consentimento informado a paciente estaria apta a fornecer naquele momento? O que significa “a paciente está preocupada com sua hérnia”?
- A enfermeira deveria ter mencionado a situação antes de a paciente chegar à sala de operação?
- Essa informação deveria ter sido registrada no prontuário da paciente para ser avaliada?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Caso fornecido por Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Ontario, Canada.

Emergência em um consultório odontológico

Este caso ilustra a importância de todos os integrantes da equipe estarem adequadamente preparados para o trabalho em conjunto no caso de uma emergência.

Durante a extração de um dente molar, o paciente começou a transpirar e ficar pálido. Ele pediu ao dentista que parasse o procedimento, pois não se sentia bem.

O dentista interrompeu e colocou o paciente em posição horizontal, elevando suas pernas. Ele verificou a pulsação imediatamente e solicitou o equipamento de emergência.

A assistente odontológica era novata naquele centro, e ninguém havia informado a ela a localização dos equipamentos de emergência. Ela saiu do consultório, deixando o dentista sozinho com o paciente, enquanto procurava pelos equipamentos.

O quadro clínico do paciente piorou rapidamente. O dentista que, por sua vez, estava sozinho no consultório com o paciente e sem equipamentos de emergência, saiu em busca de ajuda.

Dois minutos mais tarde, o dentista retornou ao local com a assistente (que havia encontrado os equipamentos) e mais dois colegas.

O paciente não parecia estar respirando naquele momento. Os dentistas iniciaram uma reanimação cardiopulmonar (RCP). A assistente solicitou uma ambulância.

A equipe não conseguiu salvar o paciente.

Perguntas

- Que fatores estão associados a este incidente?
- De que forma uma comunicação eficaz entre os integrantes da equipe poderia ter evitado esta morte?

Fonte: Caso fornecido por Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Formatos e estratégias de ensino

Este tópico inclui um conjunto de estratégias para o aprendizado e a prática do trabalho vivenciadas em equipe. Equipes eficazes não “surtem” por acaso, existindo um substancial arcabouço teórico de apoio que pode ser ensinado de maneira didática. Os conhecimentos necessários apresentados anteriormente podem formar a base de apresentações didáticas.

Visto que uma das formas mais eficazes de aprender a trabalhar em equipe é participar de uma, incluímos uma série de atividades que podem ser facilmente aplicadas a pequenos grupos de estudantes e com recursos limitados. Considerando que muitos estudantes terão pouca experiência na participação em equipes de cuidados em saúde, incluímos atividades nas quais os alunos poderão refletir sobre suas experiências de trabalhos em equipe não relacionados a cuidados em saúde.

Para familiarizá-los com equipes reais de cuidados em saúde, incluímos também atividades que preveem os tipos de equipes que os estudantes pouco a pouco encontrarão ao avançarem na formação e na carreira.

Uma revisão sistemática recente do treinamento de trabalho em equipe desenvolvida para alunos de medicina e médicos principiantes mostrou que o ensino de habilidades de equipe foi moderadamente eficaz no curto prazo e pareceu mais eficaz

quando mais princípios de trabalho em equipe foram incluídos no programa de formação [29].


Toda formação e curso de capacitação de equipes deve levar em consideração o comportamento aceitável de acordo com a cultura local, no que tange a se fazer ouvir dentro da equipe e à natureza das hierarquias em um determinado país.

Concluímos esta seção com uma análise sobre a formação interprofissional que pode, ou não, constituir em uma opção a ser considerada em seu currículo.

Formação em trabalho de equipe no contexto curricular

Ao longo de um programa de treinamento de um ano, há oportunidades de estratificar o ensino e o aprendizado em torno do trabalho em equipe. Por exemplo, tal programa pode ser estruturado da seguinte forma:

Primeiro(s) ano(s)


Apresentações didáticas sobre: 

- os fundamentos do trabalho em equipe e dos estilos de aprendizado;
- os diferentes tipos de equipes nos cuidados em saúde;
- os diferentes estilos de aprendizagem.

Atividades em pequenos grupos com foco no(a): 

- construção de habilidades elementares de equipe;
- compreensão de diferentes estilos de aprendizagem e de resolução de problemas;
- reflexão sobre experiências de equipes não atuantes nos cuidados em saúde;
- funções de diversas equipes de cuidados em saúde.

Anos intermediários e finais

Apresentações didáticas sobre: 

- funções e responsabilidades dos diferentes profissionais de saúde nas equipes;
- características das equipes eficazes;
- estratégias na superação de barreiras para o trabalho eficaz em equipe.

Atividades em pequenos grupos que incluam: 

- participação interprofissional;
- reflexão sobre a experiência de participar de equipes de cuidados em saúde como aluno;
- simulação do trabalho em equipe em contexto de cuidados em saúde (de alta ou baixa fidelidade).

Atividades de ensino

Incorporação de modelos de conduta

Sabendo-se que o trabalho em equipe nem sempre é reconhecido ou valorizado nos ambientes de cuidados em saúde encontrados pelos alunos, é importante incorporar modelos de conduta clínica durante o treinamento do trabalho em equipe. Se possível, identifique clínicos com boa reputação quanto ao serviço com equipes multidisciplinares para servir como modelos de conduta. Idealmente, esses profissionais devem apresentar aspectos diferentes da teoria que embasa o trabalho em equipe e dar exemplos de suas próprias experiências. Sempre que possível, as referências de conduta devem ser provenientes de áreas da saúde diferentes.

Atividades reflexivas de experiências de trabalho em equipe

Uma forma simples de apresentar conceitos de trabalho em equipe aos estudantes é fazê-los analisar equipes das quais já participaram no colégio ou na universidade. Incluem-se aqui equipes esportivas, equipes de trabalho, corais etc. Exercícios reflexivos podem incluir a criação de pesquisas simples a serem utilizadas para a formulação de questões sobre o trabalho em equipe.

Exercícios reflexivos podem ser elaborados a partir de exemplos de sucessos ou insucessos no trabalho em equipe considerados relevantes ou atuais na comunidade local específica. Como opção, pode-se incluir a elaboração de questionários ou discussões em grupo sobre artigos de jornal que descrevam fracassos de equipes esportivas associados às falhas de equipe ou exemplos impactantes de erros médicos ocasionados por fracassos no trabalho em equipe. Os estudos de caso presentes neste tópico também podem ser usados para analisar as falhas no trabalho em equipe.

Exemplos positivos ou negativos de impacto fora do ambiente de saúde, tais como acidentes aéreos ou panes em usinas nucleares, são utilizados, com frequência, no ensino dos princípios de trabalho em equipe. Flin et al. [18] descrevem com detalhes uma série desses exemplos.

Exercícios de formação de equipes

Há um grande número de atividades que podem auxiliar o entendimento das dinâmicas de equipe e dos diferentes estilos de aprendizagem. Uma simples pesquisa na internet fornecerá muitos exemplos.

Eles são de extrema utilidade para todos os participantes de equipes e não têm como pré-requisito o conhecimento prévio de cuidados em saúde ou de trabalho em equipe. Podem ser divertidos e, não raro, terem um efeito positivo de criação de laços entre os grupos de alunos.

Lembre-se: uma das partes essenciais dos exercícios de formação de equipes é o *debriefing*. O objetivo do *debriefing* é analisar o que funcionou de forma correta para a equipe, de modo a reforçar condutas eficazes. A equipe deve também refletir acerca das dificuldades e desafios enfrentados. Devem-se explorar estratégias para controlar os desafios e depois praticá-las nas sessões seguintes.

Construir torres de papel de jornal: um exemplo de exercício de formação de equipes

Este é um exemplo de um exercício interativo que não requer contato físico e que pode sofrer alterações, dependendo do tamanho, da dinâmica e do tempo disponível do grupo.

Para começar, separe os estudantes em grupos de duas a seis pessoas. Dê a cada grupo um número igual de folhas de jornal (quanto menor o número, mais difícil; a quantidade de 20 a 30 folhas é suficiente para um exercício de 10 a 15 minutos de duração) e um rolo de fita adesiva. A tarefa é construir a torre mais alta feita apenas de jornal e fita, dentro do tempo permitido. A finalidade do exercício é demonstrar a importância do planejamento (tempo, método de construção, criatividade) e o efeito motivacional de uma tarefa em equipe. As instruções devem ser muito claras. Por exemplo, a torre deve sustentar-se sozinha ou pode ter um apoio? Na verdade, isso não importa; deve-se apenas saber que cada item relevante para um resultado claro esteja bem especificado.

O número de folhas fornecidas pode variar, dependendo do objetivo principal do exercício, como também, até certo ponto, o tempo disponível e o número de pessoas em cada equipe. Como regra geral, menos folhas devem ser distribuídas quando as equipes forem menores e tiverem menos tempo para a atividade. Pouco tempo, equipes grandes e muitas folhas levam a muita confusão. Esse tipo de atividade pode ser interessante para demonstrar a necessidade de liderança e gerenciamento. A menos que o foco seja a liderança e o gerenciamento da fase de planejamento, evite combinar poucas folhas e muitos alunos. Pequenos grupos não precisam de muitas folhas, a não ser que haja a regra de que todo o material disponível deve ser utilizado, com o intuito de dificultar as fases de planejamento e projeto.

Ambientes simulados de cuidados em saúde

A simulação é cada vez mais utilizada na aprendizagem e na prática do trabalho em equipe nos cuidados em saúde. Ambientes simulados são ideais para o aprendizado por combinarem segurança - os pacientes não são reais - com a possibilidade de aumentar ou diminuir o ritmo da evolução dos casos, em especial na aplicação de técnicas de simulação com manequins. Esse tipo de atividade é ideal para exercícios de trabalho em equipe, pois

a importância de condutas corretas manifesta-se, sobretudo, em situações de emergência, nas quais o tempo é fator crítico. Além disso, os alunos poderão experimentar a sensação de lidar com uma situação em tempo real.

Em condições ideais, os ambientes simulados podem ser usados para explorar o trabalho em equipe com grupos heterogêneos de profissionais de saúde. Ao avaliar o trabalho em equipe, o foco não deve estar nas habilidades técnicas dos alunos, mas, sim, na interação e na comunicação entre eles. A melhor forma de garantir que o foco do exercício continue a ser esse é permitir que o aluno aprenda e pratique os aspectos técnicos, no cenário de simulação, antes da situação real, em geral, por intermédio de uma oficina prévia sobre procedimentos. Se a equipe tiver dificuldades com habilidades e conhecimentos básicos, talvez a oportunidade de se discutir o trabalho em equipe seja perdida, pois haverá muitas questões técnicas e clínicas importantes a serem tratadas. Contudo, se os alunos estiverem bem treinados, de antemão, no aspecto técnico da situação, o desafio é que coloquem em prática tudo o que sabem, enquanto membros de uma equipe. Dessa maneira, a simulação se torna uma oportunidade poderosa de levantamento dos aspectos não técnicos do cenário, a saber: trabalho em equipe, liderança e problemas de comunicação, os quais podem surgir com o desenrolar do caso. [18]

Assim como nos exercícios de formação de equipes expostos anteriormente, é vital a realização de um *debriefing* bem estruturado para averiguar como as equipes atuaram no exercício: o que funcionou bem e por que, o que foi difícil e por que, e o que pode ser feito para aprimorar o desempenho nas ocasiões seguintes. Se diferentes alunos de diferentes carreiras da área de saúde estiverem trabalhando em conjunto em uma simulação, as diversas funções, perspectivas e dificuldades de cada profissão podem também ser debatidas durante o *debriefing*.

A principal limitação associada aos exercícios de simulação é que eles demandam muitos recursos, em especial se um manequim computadorizado for utilizado e/ou no caso de se criar um ambiente clínico similar ao real em uma instituição de ensino.

A participação em equipes de cuidados em saúde

Os alunos, em especial os que estiverem no final de seus programas de formação, devem ser incentivados a participar de diferentes tipos de equipes de saúde, em todas as situações possíveis. Eles não devem deixar de trabalhar com outros profissionais de saúde como parte de uma equipe, mesmo se os clínicos de um determinado serviço mantiverem a tradicional abordagem isolada (não multidisciplinar) quanto aos cuidados em saúde.

O corpo docente deve identificar equipes nas quais os alunos serão bem-vindos e, idealmente, executarão alguma função participativa. Tais equipes incluem aquelas de cuidados e planejamento terapêutico multidisciplinares bem estabelecidos, como as encontradas na área de oncologia, saúde mental e naquelas de processo mais funcional, como as de emergência. Podem também incluir equipes de cuidados primários em saúde na comunidade.

Analisar as experiências de equipe na assistência à saúde e compartilhá-las com os colegas e com o corpo docente é importante para os alunos. Isso permitirá debates sobre aspectos tanto positivos quanto negativos das experiências. Deve-se solicitar aos alunos que identifiquem as equipes que foram modelos de conduta e expliquem os motivos pelos quais essas equipes são identificadas como tal. Eles devem ser estimulados a responder questionamentos como:

- quais foram os pontos fortes da equipe?
- quais profissões estavam representadas nas equipes e quais foram as suas funções?
- a equipe tinha metas claras?
- havia um líder identificável?
- foi permitida a participação de todos os integrantes?
- como os integrantes da equipe se comunicaram entre si?
- como os alunos puderam ver o aprimoramento da equipe?
- o paciente era parte da equipe?
- quais foram os resultados? Eles foram efetivos?

Deve-se solicitar que os alunos investiguem os erros ocorridos durante o trabalho em equipe e reflitam sobre eles, tais como, por exemplo, a comunicação entre os profissionais de cuidados primários e secundários ou durante a passagem de plantão/passagem de caso.

Há também a possibilidade de os alunos fazerem parte de um painel de discussão com uma equipe multidisciplinar eficiente para discutirem sobre o funcionamento e o trabalho em conjunto da equipe.

Educação interprofissional

O trabalho em equipe nos cuidados em saúde não pode ser debatido sem que se mencione a importante função da educação interprofissional (EIP) na formação universitária em saúde.

No cerne da EIP, encontra-se a preparação dos futuros profissionais para a prática eficaz em equipes ao aproximar estudantes de diversas disciplinas ao longo da formação universitária para aprenderem uns com os outros. Isso auxilia os alunos a compreenderem o valor das diferentes funções dos profissionais da saúde e o respeito que merecem antes mesmo de aderirem a grupos profissionais específicos.

Embora seja convincente o argumento de que a educação interprofissional deve melhorar o futuro trabalho em equipe, as pesquisas que fundamentariam esse argumento ainda são inconclusivas.

As universidades adotaram diferentes enfoques para incluir a EIP na grade curricular em função dos recursos e programas de graduação disponíveis e do nível de apoio que o conceito recebe nas instâncias acadêmicas superiores. Esses enfoques variaram desde a reformulação e o alinhamento de todas as grades curriculares da saúde para incluir os módulos e atividades de EIP até a complementação do programa curricular existente em momento oportuno.

Os recursos e atividades incluídos neste guia pretendem ser úteis para o ensino de alunos de um campo profissional específico, bem como para grupos de alunos multiprofissionais.

Abaixo encontra-se uma lista de leitura complementar sobre EIP e informações sobre as universidades que incluíram EIP em suas grades curriculares.

Ferramentas e recursos (EIP)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. *Best practices in patient safety education: module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Universidades que apresentaram iniciativas importantes no que diz respeito a EIP:

- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Linköping, Suécia. (<http://www.hu.liu.se/?l=en>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).
- Faculdade de Disciplinas da Saúde, Universidade da Colúmbia Britânica, Canadá, (<http://www.chd.ubc.ca/>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).

Jogos gratuitos de formação de equipes podem ser encontrados no seguinte website: <http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; acesso em 20 de fevereiro de 2011.

Resumo

Em resumo, o treinamento para o trabalho em equipe para estudantes das profissões de saúde pode se basear em uma variedade de técnicas, muitas das quais podem ser empregadas em sala de aula ou em ambientes simulados de baixa fidelidade realística.

O ideal seria que os alunos fizessem parte de equipes reais e pudessem aprender com a experiência e a reflexão guiada. A formação do trabalho em equipe deveria se concentrar no maior número possível de princípios de trabalho eficaz em equipe.

Ferramentas e recursos

TeamSTEPPS™: Estratégias e ferramentas para melhorar o desempenho e a segurança do paciente.

O Departamento de Defesa dos Estados Unidos, em colaboração com a Agência para Pesquisa e Qualidade na Saúde (em inglês, AHRQ) (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>; acesso em 20 de fevereiro de 2011). TeamSTEPPS™ inclui também o acesso gratuito a uma série de vídeos.

A ferramenta SBAR Toolkit está disponível no site do TeamSTEPPS acima mencionado

(<http://www.ahrq.gov/teamstepstools/instructor/fundamentals/module6/iacommunication.htm#sbars!9>; acesso em 14 de novembro de 2010).

Avaliação de aprendizagem deste tópico

Muitas modalidades diferentes podem ser utilizadas para avaliar o trabalho em equipe. Perguntas de múltipla escolha podem ser usadas para explorar partes do conhecimento. Criar um portfólio para registrar e refletir sobre as atividades realizadas pela equipe ao longo do programa de treinamento também é uma boa estratégia.

Tarefas podem ser formuladas especificamente para que os alunos precisem trabalhar em equipe. Nessas tarefas, os alunos podem escolher desenvolver um projeto relacionado ou não à saúde, ou o corpo docente pode sugerir projetos de planejamento, como o desenvolvimento de um projeto de um apartamento para uma pessoa que use cadeira de rodas ou o desenvolvimento de um programa de extensão rural para saúde odontológica. No desenvolvimento dessas tarefas, a ênfase deve ser mais na forma como os alunos trabalham em equipe do que no resultado de seus projetos.

As avaliações posteriores podem ser mais complexas. Os alunos poderiam avaliar uma equipe com a qual trabalharam e formular recomendações para melhorá-la.

Pode-se propor uma tarefa por escrito em que os alunos façam o mapeamento das funções da equipe ao seguir um paciente no hospital por um período de tempo determinado ou que acompanhem um profissional de saúde e analisem de quantas equipes ele(a) participa e quais são suas funções em cada uma delas.

Pode-se solicitar que as equipes identifiquem um problema de segurança, colem e analisem dados sobre ele e descrevam intervenções para evitar ou mitigá-lo.

Dependendo dos recursos disponíveis, exercícios de simulação também podem ser usados para fazer uma avaliação formativa e somativa do trabalho em equipe nos cuidados em saúde.

O ideal é que algumas avaliações façam com que alunos de diferentes profissões de saúde trabalhem juntos.

Avaliação do ensino deste tópico

Assim como em qualquer exercício de avaliação, uma série de fases deve ser considerada na avaliação. Estas incluem:

- uma análise de necessidades (ou avaliação prospectiva) para julgar quantas orientações sobre trabalho em equipe existem e quantas são necessárias;
- uma avaliação do processo durante a execução dos programas para maximizar sua eficácia;
- uma avaliação de impacto para acompanhar o efeito do programa no conhecimento e nas competências adquiridas ao longo do mesmo.

Veja o Guia do Professor (Parte A) para obter mais informações sobre avaliação.

Referências

1. Baker DP et al. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review*. AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992:3-29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods*. Norwood, NJ, Ablex, 1993:327-345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333-380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85-108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3-16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Sweeney RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPPSi: strategies and tools to enhance performance and patient safety*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330-334.
11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211-217.
12. Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21-26.
13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363-370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553-1581.
15. Risser DT et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373-383.
16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358-370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384-399.
18. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422-426.
20. Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl.10): S75-S79.

21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. Leicester, Blackwell Publishing, 200
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
23. Barenfanger J et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9.
25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.
26. Stanton N et al. *Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.
27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Suppl. Sect. 11): B77–B85.
28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.
29. Chakraborti C et al. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Slides para o Tópico 4: Atuar em equipe de forma eficaz

Aulas expositivas, em geral, não são a melhor maneira de ensinar segurança do paciente aos alunos. Caso se opte por ela, é aconselhável que se inclua no planejamento interações e discussões entre os alunos. Valer-se de um estudo de caso é uma forma de gerar discussões em grupo. Outra maneira é fazer perguntas aos alunos sobre diferentes aspectos dos cuidados em saúde que tratarão das questões contidas neste tópico.

Os slides do Tópico 4 são produzidos para ajudar o professor na exposição do conteúdo. Os slides podem ser alterados, de acordo com o ambiente e a cultura local. Os professores não precisam usar todos os slides, sendo melhor adequá-los às áreas abordadas em aula.

Tópico 5

Aprender com os erros para evitar danos

Distrações podem causar consequências desastrosas

Um menino de 3 anos, em sua primeira consulta odontológica, foi examinado por um dentista que, **não tendo encontrado nenhuma cárie**, o encaminhou para uma limpeza de rotina com um Técnico em Higiene Dental (THD). Após a limpeza, o técnico usou um cotonete para espalhar gel de fluoreto de estanho sobre os dentes, como medida preventiva de cáries.

De acordo com a mãe, o higienista conversava enquanto fazia seu trabalho e, ao entregar um copo de água ao menino, não mencionou a necessidade de se enxaguar a boca e cuspir a solução. A mãe disse que a criança bebeu a água.

O menino começou a vomitar, suar e queixar-se de dor de cabeça e tontura. A mãe, recorrendo ao dentista, foi informada de que a criança recebera apenas tratamento de rotina. Porém, a mãe do menino não ficou satisfeita e o levou ao ambulatório pediátrico mais próximo, no mesmo prédio.

Esperaram lá por duas horas e meia. Apesar dos pedidos de ajuda da mãe, a criança piorou progressivamente e entrou num estado que parecia ser de sonolência, mas que, na verdade, se tratava de um estado de coma.

Finalmente, o menino foi examinado por um médico, que chamou o supervisor. A criança foi tratada com uma injeção de adrenalina diretamente no coração em uma tentativa de reanimá-la. Uma ambulância foi chamada e a criança foi transferida para um hospital, a cinco minutos de distância dali.

Chegando ao hospital, a mãe e a criança esperaram por mais uma hora. A essa altura o menino voltara ao estado do coma. Os médicos tentaram fazer uma lavagem gástrica, mas o menino teve uma parada cardíaca e morreu. De acordo com o toxicologista, a criança ingeriu 40 ml da solução de fluoreto de estanho a 2%; três vezes a dose fatal.

Fonte: Caso fornecido por um participante do Comitê de Especialistas da OMS, Paris, outubro de 2010

Introdução-Aceitar a realidade dos erros nos cuidados em saúde



Esse estudo de caso reflete os fatores subjacentes à morte trágica de um menino de 3 anos. Se analisarmos o caso acima, descobriremos muitos erros que contribuíram para esse resultado trágico e evitável. Poderíamos identificar os cuidados que devem ser tomados para evitar que algo assim aconteça novamente. O aspecto mais importante da análise de erros é descobrir o que aconteceu e como evitar que torne a acontecer.

Por isso, é crucial que todos os estudantes das áreas de saúde tenham uma compreensão básica da natureza do erro. Todos os profissionais de saúde

precisam compreender os diferentes tipos de erros e como eles ocorrem. Isso é essencial para planejar estratégias que evitem os erros e/ou os interceptem antes que possam causar danos aos pacientes.

Um aspecto igualmente importante é aprender com os erros – tanto os próprios quanto os de outros. É pela investigação dos erros e das condições que os causaram que melhorias no projeto dos sistemas podem ser executadas, na esperança de diminuir a frequência e o impacto deles. (Esse assunto é discutido mais detalhadamente no Tópico 3: *A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente*). →

Palavras-chave

Erro, violação, *near miss* (quase-erro), viés de retrospecto, análise de causa raiz.

Objetivos pedagógicos

Compreender a natureza do erro e como os profissionais de saúde podem aprender com os erros para melhorar a segurança do paciente.

Resultados de aprendizagem: conhecimento e desempenho

Conhecimentos necessários

Os requisitos de conhecimento para este tópico incluem que os alunos compreendam como podem aprender com os erros. A compreensão dos termos *erro*, *deslize*, *lapso*, *equivoco*, *violação*, *near miss* e *viés de retrospecto* é essencial.

Desempenhos esperados

Ao fim do curso, os alunos devem ser capazes de:

- identificar os fatores situacionais e pessoais associados a uma maior probabilidade de erro;
- participar das análises de evento adverso e praticar estratégias para reduzir erros.

Erros

Em termos simples, um erro ocorre “quando alguém está tentando fazer a coisa certa, mas acaba fazendo a coisa errada” [1]. Em outras palavras, quando há um desvio não intencional do que se pretendia fazer. O psicólogo cognitivo James Reason definiu esse fato da vida de modo mais formal ao definir erros como: “sequências planejadas de atividades mentais ou físicas que não conseguem alcançar os resultados pretendidos quando esses insucessos não podem ser atribuídos à intervenção do acaso” [2]. Os erros podem ocorrer quando se faz a coisa errada (comissão ou comissivo) ou quando se deixa de fazer a coisa certa (erro por omissão).

Uma violação é diferente de erros causados pelo sistema. Violações são erros causados por um indivíduo que, de forma deliberada, descumpra um protocolo ou padrão de atendimento.

Erros e resultados não estão diretamente vinculados. Frequentemente os alunos observarão pacientes que tiveram resultados ruins que não decorreram de erro humano. Alguns tratamentos têm complicações bem conhecidas e que podem ocorrer mesmo se estiverem sendo ministrados pelas melhores mãos e nas melhores circunstâncias. Em outros casos, vários erros podem não conduzir a resultados ruins, desde que sejam reconhecidos a tempo e que sejam tomadas medidas adequadas para

neutralizar quaisquer danos que possam ter sido causados.

Às vezes, como mencionado no Tópico 3, pacientes podem ser resilientes e continuarem saudáveis, ainda que um erro tenha sido cometido, porque seus próprios organismos ou sistemas imunológicos toleraram o tratamento incorreto.

É importante ressaltar que não há nenhuma menção de resultado nessa definição de erro, embora o resultado em si (geralmente desfavorável) seja o que normalmente atrai nossa atenção para a ocorrência de um erro. Na verdade, a maioria dos erros de cuidados em saúde não causa danos aos pacientes porque são percebidos antes de ocorrerem, e a situação é remediada.

Não há nenhuma dúvida de que a natureza do resultado geralmente influencia nossa percepção do erro, devido, muitas vezes, ao fenômeno do “viés de retrospecto”, em que conhecer o resultado de uma situação influencia nossa percepção (em geral de forma desfavorável) do padrão de cuidados antes do incidente em questão e durante a sua ocorrência. [2].

Basta que nós consideremos um último “erro bobo” do cotidiano para nos lembrarmos da inevitabilidade do erro como um fato fundamental da vida (veja o Tópico 2: *Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?*). → T2

A realidade desafiadora dos profissionais de saúde é que os mesmos processos mentais que nos levam a cometer “erros bobos” fora do ambiente de trabalho também ocorrem quando realizamos nosso trabalho. Entretanto, o contexto do trabalho faz com que as consequências sejam muito diferentes.

Os termos *erro médico* ou *erro de cuidados em saúde* podem dar a impressão de que os erros que podem ocorrer nos cuidados em saúde são específicos dessa área. Este não é o caso. Os padrões de erros que ocorrem no ambiente de saúde não são diferentes dos tipos de problemas e situações que existem em outros ambientes. O que é diferente na área de saúde é a persistência de uma cultura de infalibilidade que nega a prevalência do erro. Outra característica única de erros associados à assistência à saúde é que quando uma falha ocorre (por omissão ou comissão), quem sofre é o paciente.

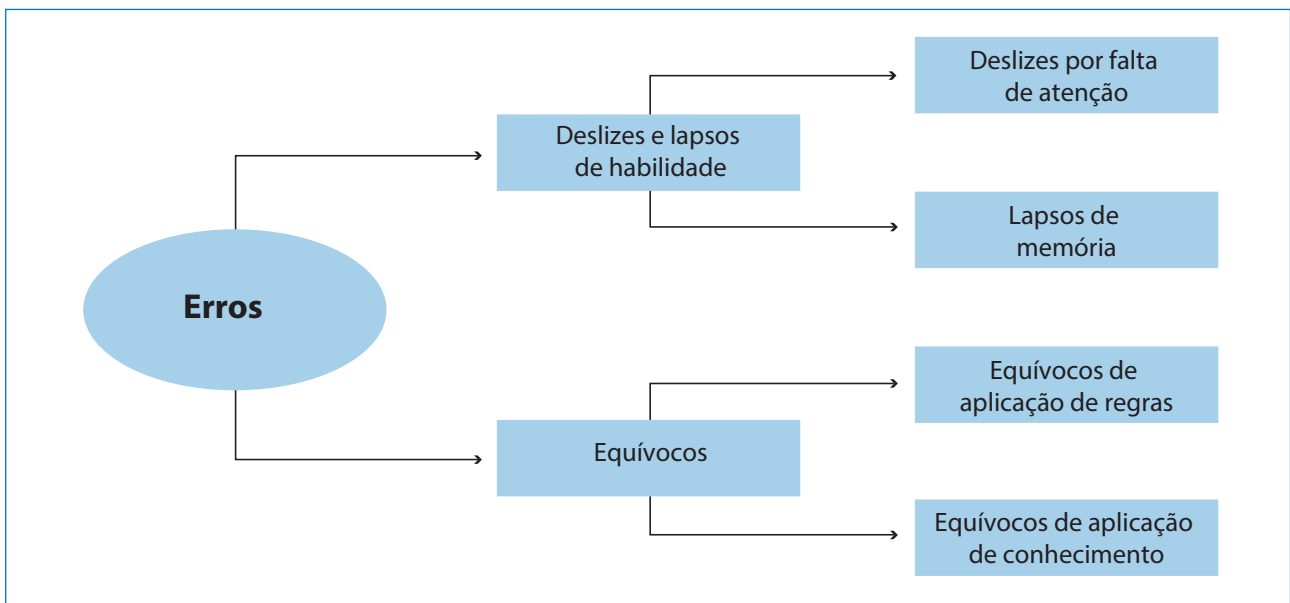
Os erros ocorrem por causa de um de dois tipos principais de falhas: ou a ação não produz o resultado previsto ou a ação prevista é incorreta [3]. A primeira situação é conhecida como erro de execução e pode ser descrita, de forma mais precisa, como um deslize, se a ação for observável;

ou como um lapso, se não for. Um exemplo de um deslize é apertar, por engano, o botão errado de um equipamento. Um exemplo de um lapso é uma falha da memória, como esquecer-se de administrar uma medicação.

Uma falha que ocorre quando a ação pretendida é, na verdade, incorreta, é chamada de equívoco. Um equívoco é uma falha de planejamento (isto é, o plano está errado). Isso pode ser devido

a um erro na aplicação de uma regra ou de um conhecimento, quando um clínico não segue o curso de ação correto. Um exemplo de equívoco na aplicação de uma regra seria dar o diagnóstico errado e seguir assim com um plano de tratamento inadequado. Os equívocos de aplicação de conhecimento tendem a ocorrer quando os profissionais de saúde são confrontados com situações clínicas que eles desconhecem (veja a Figura B.5.1 abaixo).

Figura B.5.1. Principais tipos de erros



Fonte: Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

Deslizes, lapsos e equívocos são todos sérios e podem potencialmente prejudicar os pacientes. O potencial real para o dano depende do contexto em que o erro ocorre.

As situações que aumentam a probabilidade do erro, assim como estratégias pessoais para minimizá-lo, são descritas no Tópico 2: Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente? Outros princípios gerais de redução de erros estão destacados abaixo. Reason promoveu também o conceito de “sabedoria do erro” [4] para profissionais da linha de frente, como um meio de avaliar o risco presente em contextos diferentes, dependendo do estado em que se encontra o indivíduo envolvido, da natureza do contexto e do potencial de erro da tarefa em curso.

Situações associadas com um maior risco de erro



Sabe-se, por meio de vários estudos, que estudantes e clínicos iniciantes são particularmente vulneráveis aos erros em determinadas circunstâncias.

Inexperiência

É muito importante que estudantes não realizem um procedimento em um paciente ou administrem um tratamento pela primeira vez sem a devida preparação. Primeiro, os estudantes precisam entender o que estão fazendo e praticar em um manequim ou em outro instrumento de simulação. Se for a primeira vez do estudante, ele deve ser supervisionado de maneira adequada e observado enquanto realiza o procedimento ou administra um tratamento.

Os estudantes estão em uma posição privilegiada. Os pacientes não esperam que eles saibam muito e valorizam o fato de estarem aprendendo. Por isso, é muito importante que não finjam saber mais do que sabem, nem deixem outros apresentá-los como tendo mais experiência do que na verdade têm.

Falta de tempo

As pressões de tempo fazem com que as pessoas pulsem etapas e peguem atalhos quando não deveriam fazê-lo. Não lavar as mãos de forma correta é um exemplo disso. Outro exemplo seria um farmacêutico que não dedica o tempo necessário para aconselhar adequadamente alguém que esteja tomando uma medicação, ou uma obstetriz que não explique bem os diferentes estágios do parto a uma mulher.

Verificação inadequada

O simples ato de verificar evita que milhares de pacientes recebam medicação errada. Os farmacêuticos verificam os medicamentos de modo rotineiro e ajudam os outros membros da equipe de cuidados em saúde a assegurar que cada paciente receba a dosagem correta do medicamento certo pela via correta. Os estudantes (de medicina, odontologia e de obstetrícia) devem desenvolver bons relacionamentos com farmacêuticos e enfermeiros que têm rotinas habituais de verificação incluídas em suas rotinas profissionais. A verificação é uma atividade simples que os estudantes podem começar a praticar assim que forem designados para um ambiente clínico ou centro comunitário de cuidados em saúde.

Procedimentos deficientes

Podem estar relacionados a uma série de fatores: preparação inadequada, profissionais inadequados e/ou atendimento prestado de maneira inadequada a um paciente específico. Os estudantes podem precisar utilizar um equipamento sem que entendam inteiramente a sua função ou como utilizá-lo. Antes de usar qualquer equipamento pela primeira vez, os estudantes devem se familiarizar com ele. Observar o seu uso por alguém e depois conversar com essa pessoa sobre o procedimento no qual ele é utilizado é bastante instrutivo.

Informação inadequada

A qualidade contínua dos cuidados em saúde e do tratamento dependem de cada profissional, que precisa registrar os detalhes dos pacientes de forma precisa, em tempo hábil e com letra legível, no prontuário do paciente (registro médico, tabela de administração de medicamentos ou outro método usado para armazenar informações do paciente). É crucial que os estudantes tenham o hábito de verificar a informação que está sendo registrada e se certifiquem de que a informação está legível, precisa e atualizada. Informações imprecisas, incorretas e inadequadas são fatores que contribuem com frequência para a ocorrência de eventos adversos. A transmissão verbal correta

de informações também é crucial. Com tantos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes, é essencial que as comunicações verbal e escrita sejam verificadas e precisas.

Fatores individuais que predispoem estudantes (e outros profissionais de saúde) a erros



Além de situações que são sabidamente propícias a erros, há também os fatores individuais que predispoem a erros.

Capacidade de memória limitada

A percepção que os estudantes têm de si na profissão de saúde que escolheram e na hierarquia do ambiente de trabalho pode estar relacionada à sua autoconfiança e predisposição para pedir ajuda. Pedir ajuda é o que se espera de todos os estudantes; porém, muitos ainda têm bastante dificuldade de fazê-lo. Esse comportamento pode, por sua vez, afetar a capacidade desses estudantes de reconhecerem suas limitações. A falta de confiança pode interferir significativamente na hora de decidirem pedir ajuda para dominar uma habilidade nova. Se eles não tiverem disposição ou confiança para pedir ajuda para realizarem tarefas simples, será que terão quando estiverem em uma situação mais complexa?

Aprender a pedir ajuda é uma habilidade essencial para todos os estudantes e clínicos iniciantes. Pesquisadores analisaram o nível de preparação de estudantes de medicina e enfermagem na prática clínica. Esses estudos revelaram que muitos médicos recém-formados apresentam deficiências em habilidades clínicas básicas nos primeiros anos de clínica. O primeiro ano de prática para enfermeiros é também um momento de pouca competência e estresse. Isso pode ser consequência de uma relutância em pedir ajuda quando ainda eram estudantes. A compreensão inadequada dos principais sinais de doença grave, obstrução de vias respiratórias, bem-estar fetal e materno, e suporte básico de vida foram exemplos de áreas específicas em que os médicos recém-formados demonstraram conhecimento e habilidades insuficientes.

Muitos estudantes pensam que se conseguirem regurgitar a informação técnica armazenada nos livros didáticos serão bons profissionais de saúde. Porém, isso não é verdade. A quantidade de informações que muitos profissionais de saúde precisam saber hoje em dia ultrapassa os limites do que pode ser memorizado. O cérebro humano só é capaz de armazenar uma quantidade finita de informações. Os estudantes não devem confiar apenas na memória, principalmente quando um processo envolver uma série de etapas. Diretrizes e protocolos foram desenvolvidos para ajudar os profissionais de saúde a oferecerem o melhor cuidado e serviço, de acordo com as melhores evidências disponíveis. Os estudantes devem desenvolver o hábito de usar *checklists* (listas de verificação) e não confiar na memória.

Fadiga

A memória é afetada pela fadiga. A fadiga é um fator conhecido nos erros em que profissionais de saúde estão envolvidos. Em reconhecimento aos problemas causados pela fadiga, muitos países já reformularam, ou estão reformulando, a carga horária excessiva que é exigida dos médicos [5]. A relação entre a privação de sono dos residentes, devido a longos plantões e a interrupção do ciclo circadiano, e o bem-estar foi percebida há três décadas. Contudo, apenas recentemente os governos e órgãos reguladores adotaram medidas rígidas para limitar o número de horas trabalhadas. Um estudo de 2004, realizado por Landrigan e outros autores [6], foi um dos primeiros desse tipo a medir os efeitos da privação de sono em erros médicos. Esse estudo descobriu que os residentes que trabalhavam na unidade de terapia intensiva e na unidade coronariana do Brigham and Women's Hospital (Boston, Massachusetts, Estados Unidos) cometiam muito mais erros graves quando trabalhavam em plantões seguidos de 24 horas ou mais do que quando trabalhavam em plantões mais curtos. Outros estudos mostram que a privação de sono pode ter sintomas semelhantes à intoxicação por álcool [7-9]. Problemas com enfermeiros trabalhando em plantões de 12 horas, a obrigatoriedade de horas extras e o fato de essas práticas poderem levar a um aumento do número de erros também foram documentados na literatura profissional.

Estresse, fome e doença

Se os estudantes estão estressados, com fome ou doentes, não trabalharão tão bem quanto trabalhariam se não tivessem nessas condições. É muito importante que os estudantes monitorem sua condição e seu bem-estar. Eles devem estar cientes de que, se estiverem se sentindo mal ou estressados, estarão mais propensos a cometer erros. A síndrome de *burnout* em enfermeiros iniciantes já causou erros e levou enfermeiros a deixar a profissão. O estresse e *burnout* são fatores que se inter-relacionam.

Há vários dispositivos mnemônicos para auxiliar os estudantes a se monitorarem. HALT é um deles.

Preste atenção se você estiver:

- H** Hungry (com fome)
- A** Angry (irritado)
- L** Late (atrasado)
- T** Tired (cansado)



Outra ferramenta da memória para o automonitoramento é o IM SAFE ("estou seguro", em inglês).

- I** Illness (doença)
- M** Medication (medicamento: remédios controlados, entre outros)
- S** Stress (estresse)
- A** Alcohol (álcool)
- F** Fatigue (fadiga)
- E** Emotion (emoção)



Língua ou fatores culturais





O potencial para a ocorrência de erros de comunicação causados pela língua e por fatores culturais é óbvio, mas há muitas interações entre os pacientes e profissionais de saúde que ocorrem mesmo sem um intérprete ou uma língua comum. Os estudantes devem estar atentos aos problemas causados por barreiras linguísticas e pela falta de entendimento das normas culturais. O grau de instrução é outra questão importante para se ter em mente. Os profissionais de saúde devem se certificar de que os pacientes e seus cuidadores entenderam as instruções que lhes foram dadas por escrito.


Atitudes perigosas

Pode-se dizer que estudantes que realizam procedimentos ou intervenções em pacientes sem supervisão agem de forma perigosa. Esses estudantes podem estar mais interessados em treinar ou ganhar experiência do que em cuidar do bem-estar do paciente. Os estudantes devem reconhecer que o contato com pacientes é um privilégio que não deve ser subestimado.

Maneiras de aprender com os erros

Notificação de incidentes

A notificação e o monitoramento de incidentes envolvem a coleta e a análise de informações sobre qualquer evento que poderia ter prejudicado ou que prejudicou um paciente em um ambiente clínico ou organização de saúde. Um sistema de notificação de incidentes é um componente fundamental da capacidade que uma organização tem de aprender com os erros. As lições aprendidas por meio do uso desses procedimentos permitem que a organização identifique e elimine as "armadilhas de erro". (Mais informações sobre responsabilidade organizacional para o monitoramento de incidentes encontram-se no Tópico 6: *Compreender e gerenciar o risco clínico*). → 

Os incidentes, tradicionalmente, são subnotificados, isso porque a abordagem de pessoas para a análise de incidentes ainda predomina na área de saúde. Nesse contexto, os profissionais da linha de frente, como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, dentistas ou obstetrias – que normalmente relatam os incidentes – são criticados por sua participação na evolução do incidente. Como mencionado acima, essa situação é quase sempre agravada pelo fenômeno do viés de retrospecto. A abordagem de pessoas é contraproducente em vários níveis. (Veja o Tópico 3: *A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente*). → 

A frequência da notificação e a forma como os incidentes são analisados – seja por meio de uma abordagem de sistemas ou de pessoas – dependem fortemente da liderança e da cultura de uma organização. Nos últimos anos, nota-se um foco maior na relevância da cultura

organizacional para os cuidados à saúde [10], reflexo das lições aprendidas em outras indústrias com relação à segurança de sistema. É provável que haja uma correlação entre a cultura organizacional de uma instituição de saúde e a segurança dos pacientes que estão sendo tratados nesse local.

A cultura de uma organização reflete os valores e crenças compartilhados que interagem com sua estrutura e seus sistemas de controle para produzir normas comportamentais [11]. Organizações com uma forte cultura de notificação são mais capazes de aprender com os erros porque os funcionários sentem-se à vontade para relatar problemas reais ou potenciais sem medo de serem ridicularizados ou repreendidos. Estudantes e clínicos iniciantes são parte da cultura do trabalho. Eles podem sentir que não têm nenhum poder para mudar ou influenciar qualquer coisa no ambiente de trabalho. No entanto, eles também podem buscar formas de melhorar o sistema. Isso pode ser tão simples quanto respeitar os outros membros da equipe de saúde, inclusive os pacientes, nas discussões sobre o tratamento, ou tão simples quanto oferecer um café aos outros membros da equipe quando for pegar um para si. Abster-se de acusar os indivíduos envolvidos em um evento adverso é outra forma de os estudantes ajudarem a mudar a cultura. Se um estudante ouvir

19

20

funcionários falando sobre um membro específico da equipe que tenha cometido um erro, ele pode tirar o foco do indivíduo e redirecionar a discussão para os fatores subjacentes que podem estar envolvidos no erro.

Outras estratégias bem-sucedidas em termos de relatos de incidentes e de monitoramento incluem [7] relatos anônimos, *feedback* em momento oportuno, reconhecimento de sucessos que resultaram do relato de um incidente ou *near misses* (quase-erros). A notificação de *near misses* é útil pois proporciona oportunidades “gratuitas” de se aprender lições. Em outras palavras, as melhorias do sistema podem ser instituídas como resultado de investigação, sem que os pacientes tenham sofrido qualquer dano.

21

Análise da causa-raiz

Veja também o Tópico 7: Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados. → 17

22

Vários modelos foram desenvolvidos usando princípios da análise da causa raiz (ACR). Um desses modelos, chamado Protocolo de Londres, foi desenvolvido por Charles Vincent e colaboradores. Esse é um modelo de fácil compreensão que conduz a equipe por cada uma das etapas de uma investigação clínica. Veja o Quadro B.5.1 para obter uma visão geral das etapas envolvidas.

Quadro B.5.1. O Protocolo de Londres

Detalhes do processo de investigação

Quais incidentes devem ser investigados?

Rever os registros do caso.

Enquadrar o problema,

Entrevistar os funcionários.

Como aconteceu? – identificar os problemas com a gerência dos cuidados.

Por que aconteceu? – identificar os fatores contribuintes.

Análise do caso

Se o protocolo for seguido sistematicamente e a entrevista conduzida de maneira minuciosa, o relatório e as implicações do incidente devem emergir da análise de forma relativamente direta. Quando a investigação estiver completa, ela deve incluir um resumo claro do problema e das circunstâncias que o causaram, e as falhas no processo de cuidados devem aparecer facilmente. A parte final do relatório deve considerar quais implicações o incidente tem para o departamento ou a organização e fazer recomendações para ações corretivas.

Fonte: Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777-781.

O Centro Nacional de Segurança do Paciente do Departamento de Veteranos dos Estados Unidos - Veterans Affairs National Center for Patient Safety of the Department of Veterans Affairs (VA) - desenvolveu outro modelo, que também utiliza uma abordagem



estruturada de ACR para avaliar e analisar eventos adversos graves e desenvolver melhorias no sistema para impedir sua recorrência [12]. Todos os modelos que revisam o caso retrospectivamente fazem as seguintes perguntas [1]:

- o que aconteceu?
- quem estava envolvido?
- quando aconteceu?
- onde aconteceu?
- qual a gravidade do dano real ou potencial?
- qual a probabilidade de recorrência?
- quais foram as consequências?

A ACR se concentra no sistema, não no profissional individual e parte do princípio de que o evento adverso que prejudicou um paciente é uma falha do sistema. O sistema dos VA e aqueles usados na Austrália e em outros lugares usam um código de avaliação de gravidade para ajudar na triagem de incidentes relatados para garantir que aqueles que indicam os riscos mais graves sejam abordados primeiro.

O foco dos modelos de ACR está na prevenção, não na culpabilização ou punição. (Outros processos são usados quando o foco do interesse é responsabilizar indivíduos por suas ações). O foco desse tipo de análise está nas vulnerabilidades do sistema e não no desempenho individual. O modelo examina múltiplos fatores, tais como comunicação, treinamento, fadiga, programação de tarefas/atividades e funcionários, ambiente, equipamento, regras, políticas e barreiras.

As características que definem a análise da causa-raiz são [13]:

- revisão por uma equipe interprofissional com conhecimento dos processos envolvidos no evento;
- análise dos sistemas e processos e não do desempenho individual;
- análise aprofundada usando as perguntas “o que” e “por que” até que todos os aspectos do processo sejam revistos e fatores contribuintes considerados;
- identificação de potenciais alterações que possam ser feitas nos sistemas ou processos para melhorar o desempenho e reduzir a probabilidade de recorrência de eventos adversos ou arriscados no futuro;
- familiarização com seu ambiente de trabalho; e
- estar preparado para a rotina, sabendo que eventos que fogem à rotina podem acontecer.

Estratégias para reduzir erros

Os estudantes podem começar a praticar comportamentos de redução de erros imediatamente cuidando da própria saúde.



Os estudantes devem:

- familiarizar-se com o ambiente em que trabalham; e
- estar preparados para o esperado, sabendo que coisas incomuns podem acontecer.
- saber quando estão cansados;

Sabemos que é impossível um único indivíduo saber tudo, por isso é importante que os estudantes se acostumem a perguntar sempre que não souberem algo relevante e importante para seus pacientes. Aqui estão algumas estratégias pessoais de redução de erros para os estudantes:

- cuide de si mesmo (coma bem, durma bem e cuide da saúde);
- conheça seu ambiente;
- conheça suas tarefas;
- prepare e planeje (e se...);
- crie rotinas de verificação;
- pergunte caso você não saiba.

Os estudantes devem partir do princípio de que erros ocorrerão. Isso será uma mudança para muitos porque, em algumas culturas, ainda existe a crença de que somente profissionais de saúde ruins ou incompetentes cometem erros. Os estudantes devem admitir que erros serão cometidos e devem se preparar para eles. Isto inclui identificar circunstâncias mais propensas aos erros (por exemplo, períodos de alto risco).

Por exemplo, pesquisas identificaram situações de alto risco em que a chance de estudantes de enfermagem cometerem erros ao administrar medicamentos foi maior [14]. Essas situações envolvem:

- solicitações de dosagens não padronizadas e/ou dosagens em intervalos de tempo pouco usuais;
- documentação não padronizada ou inadequada;
- registros de administração de medicamentos indisponíveis;
- solicitação de administração parcial da droga;
- medicações suspensas ou interrompidas;
- monitoramento de problemas – por exemplo, o estudante precisa verificar sinais vitais antes de administrar o medicamento;
- o uso de líquidos que são somente para uso oral, mas que são ministrados por via parenteral.

É importante ter planos de contingência disponíveis para lidar com esses problemas, interrupções e distrações. Os estudantes devem sempre ensaiar mentalmente os procedimentos complexos – ou qualquer atividade envolvendo um paciente – que estejam realizando pela primeira vez.

Resumo


O erro médico é uma questão complexa, mas o erro em si é uma parte intrínseca da condição humana.



Essas dicas são conhecidas por limitar os erros potenciais causados pelos humanos [15].

- Evitar depender da memória

- Simplificar processos
- Padronizar processos e procedimentos comuns
- Utilizar *checklists* (listas de verificação) rotineiramente
- Diminuir a dependência da vigilância

Consulte também a discussão no Tópico 2; Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente? → 

A aprendizagem com o erro pode se dar no plano individual ou organizacional, por intermédio de análises e notificações de incidentes. As barreiras para a aprendizagem com o erro incluem uma cultura de culpa que impõe um enfoque pessoal às investigações, assim como o fenômeno do viés da retrospectiva. É necessária uma abordagem sistemática em larga escala para o aprendizado organizacional e para a possibilidade de alterações no sistema.

A análise da causa raiz (ACR) é uma abordagem sistêmica altamente estruturada para a análise de incidentes, em geral reservada aos episódios mais sérios de dano ao paciente. Os estudantes podem ter poucas oportunidades de participarem de um processo de análise da causa raiz ou de observá-lo. Porém, quando empregados em hospitais ou no serviço de saúde, os profissionais de saúde recém-qualificados devem buscar oportunidades para participarem em um processo de ACR.

Formatos e estratégias de ensino

Exercícios de simulação

Diferentes cenários podem ser preparados no que tange a eventos adversos e à necessidade de relatar e analisar erros. Exercícios práticos que mostram como evitar erros podem ser utilizados. Os estudantes devem também ser incentivados a treinar estratégias de gestão de erros.

Palestra expositiva/interativa

Use os slides anexos como um guia para cobrir todo o tópico. Slides de PowerPoint podem ser empregados ou convertidos em transparências para retroprojetor. Inicie a sessão com um caso de estudo do Banco de Estudos de Caso, ou peça para os estudantes relatarem alguns erros que tenham cometido recentemente.

Atividades em pequenos grupos

Um pequeno grupo de discussão pode focar em erros comuns no local de trabalho. Um ou mais estudantes podem conduzir uma discussão sobre as áreas cobertas neste tópico. Eles podem seguir os títulos, tais como expostos acima, e apresentar o material. O tutor que esteja facilitando essa sessão deve também estar familiarizado com o conteúdo, de modo a acrescentar informações quanto ao sistema de saúde e ao ambiente clínico locais.

Outras atividades de ensino

Entre os diferentes métodos para fomentar a discussão sobre as áreas neste tópico estão:

- solicitar aos estudantes que mantenham anotações regulares nas quais registrem um erro observado ou um *near miss* (o que aconteceu, categorização do tipo de erro, recomendações sobre o que se pode fazer para evitar que algo semelhante aconteça novamente);
- selecionar um estudo de caso entre os apresentados anteriormente que sirva como pano de fundo para uma discussão sobre os erros mais comuns nos cuidados em saúde;
- utilizar exemplos difundidos/publicados pela mídia;
- utilizar exemplos de casos de sua própria clínica ou consultório (sem usar dados identificáveis);
- utilizar um estudo de caso para motivar os estudantes a fazerem um *brainstorm* sobre os possíveis erros e fatores associados;
- considerar exemplos e lições aprendidas por outras indústrias quanto a erros e falhas do sistema;
- convidar um(a) profissional de outra disciplina, como engenharia ou psicologia, para discutir sobre a teoria da causalidade de erro, as culturas de segurança e a função das notificações de erros na segurança;
- convidar um(a) profissional de saúde experiente para fazer uma palestra sobre os erros cometidos por ele(a);
- solicitar ao responsável pela equipe de melhoria da qualidade de um hospital para conversar com os estudantes sobre a coleta, análise e resultados de dados, assim como sobre as funções dos diversos membros da equipe no processo de melhoria de qualidade;
- convidar um profissional da área de qualidade e segurança para discursar sobre os sistemas implementados para minimizar erros e gerenciar eventos adversos em determinado sistema ou estabelecimento;
- discutir as diferenças entre falhas de sistema, violações e erros (consultar Tópico 4);
- utilizar um estudo de caso na análise das diferentes vias de ação para gerir um evento adverso;
- participar de uma ACR ou assistir a uma.

Atividades para estudantes no local de trabalho ou na prática clínica

Pode-se solicitar que os estudantes:

- participem de uma investigação de ACR;
- descubram se seus locais de assistência realizam reuniões sobre mortalidade e morbidade ou se têm outras formas de inspeção feitas por colegas nas quais eventos adversos são revistos;
- conversem entre si sobre erros presenciados no ambiente de trabalho, utilizando uma abordagem não acusatória, e que identifiquem não apenas os erros, mas também possíveis estratégias de prevenção;
- selecionem uma clínica ou ambiente de tratamento em que estejam se capacitando, pesquisem os principais tipos de erros na área escolhida e as iniciativas para minimizá-los, e aprendam com eles.

Estudos de caso

Alerta quanto à administração de vincristina

Os estudos de caso a seguir envolvem a administração da droga vincristina e os possíveis eventos adversos subsequentes.

Hong Kong, 7 de julho de 2007

Uma mulher de 21 anos faleceu após receber vincristina por engano por via espinhal. O evento está sob investigação. A vincristina (e outros alcaloides da vinca) deve ser aplicada apenas por administração intravenosa, por meio de uma bolsa de infusão. Trata-se de um agente quimioterápico amplamente utilizado e cuja administração deve ser feita exclusivamente por via intravenosa, nunca por outra via. Muitos pacientes que recebem vincristina intravenosa também recebem outras medicações por via espinhal como parte do protocolo de tratamento. Isso propicia a ocorrência de erros nos quais a vincristina foi administrada por via espinhal. Desde 1968, há registros de 55 erros dessa natureza em diversos estabelecimentos internacionais. Ao longo do tempo, houve frequentes alertas e foram estabelecidos requisitos rígidos quanto aos rótulos e aos padrões. Entretanto, erros relacionados à administração acidental de vincristina por via espinhal ainda ocorrem.

Outras mortes recentes e near misses:

Estados Unidos, novembro de 2005

Um homem de 21 anos estava em tratamento para linfoma não Hodgkin. Uma seringa contendo vincristina destinada a outro paciente foi colocada acidentalmente ao lado do leito do paciente em questão. Um médico administrou vincristina por via espinhal, acreditando ser outra medicação. O erro não foi detectado, e o paciente morreu três dias depois.

Espanha, outubro de 2005

Uma mulher de 58 anos estava em tratamento para linfoma não Hodgkin. Preparou-se uma seringa de 20 ml de vincristina, que foi entregue em um pacote com mais duas drogas, entre elas, uma com metotrexato. Não havia nada escrito quanto às vias de administração em qualquer das soluções. O tratamento intratecal foi realizado ao meio-dia. O hematologista estava bastante ocupado e pediu ajuda a outro médico, que não havia participado dos procedimentos intratecais. A medicação foi entregue no quarto do paciente. O enfermeiro responsável não estava familiarizado com os procedimentos intratecais. A seringa de 20 ml com vincristina foi passada ao médico, que iniciou a administração. Após administrar cerca de 2 ml, ele notou o tamanho da seringa e interrompeu a ad-

ministração ao perceber o erro. O paciente faleceu cerca de 100 dias depois.

Austrália, 2004

Um homem de 28 anos com linfoma de Burkitt estava recebendo metotrexato por via espinhal. O médico documentou que “vincristina e metotrexato foram administrados por via intratecal, como solicitado”. O rótulo de advertência da vincristina estava incompleto, em letras miúdas, e foi lido em uma sala mal iluminada. O erro passou despercebido por cinco dias, até ocorrer uma paralisia dos membros inferiores. O paciente morreu após 28 dias.

Perguntas

- Que fatores podem ter causado os erros nos exemplos acima?
- Que medidas poderiam ter sido tomadas pela organização para assegurar que os eventos catastróficos não se repitam?
- Caso fosse o gestor do hospital, o que você faria em cada um desses casos?

Fonte: World Health Organization, SM/MC/IEA.115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; acesso em 20 de fevereiro de 2011).

Um enfermeiro intervém para evitar erros mais graves e protege o paciente de resultados adversos
Este caso ilustra a importância de se manifestar, caso haja problemas quanto à segurança dos pacientes.

Próximo à finalização do *briefing* pré-operatório (discussões da equipe anteriores aos procedimentos cirúrgicos), um enfermeiro se manifestou e relatou que “o paciente usava uma lente de contato no olho esquerdo”.

O anestesista perguntou se era permanente e o enfermeiro verificou que a lente era descartável. O anestesista questionou o paciente quanto ao motivo de estar usando lente de contato, mas ele estava sedado e não foi muito coerente nas respostas. O enfermeiro explicou que o paciente não podia enxergar sem a lente de contato. O anestesista elucidou à equipe da sala de operações que o paciente não poderia manter a lente com o anestésico e que o paciente não deveria ter sido sedado com ela. Um dos membros da equipe perguntou se o anestesista queria que a lente fosse retirada. A resposta foi: “Bom, ele não pode ser anestesiado com isso”. O residente da cirurgia ajudou o paciente a remover a lente do olho. O paciente pediu que lhe dessem algo para guardá-la. Conseguiu-se um pequeno recipiente com solução salina, na qual a lente foi guardada.

Pergunta

- Quais podem ser as implicações deste caso para a enfermagem do pré-operatório? O que pode ser feito para evitar a ocorrência de incidentes semelhantes no futuro?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Medicação incorreta na sala de parto

Este caso de estudo demonstra como múltiplos fatores podem culminar em danos ao paciente.

Uma primípara de 25 anos, na 32ª semana de gestação, deu entrada no Departamento de Emergência com fortes dores nas costas. Passou pela triagem e foi enviada à sala de parto, local onde os profissionais estavam muito atarefados e em número reduzido. A tira de monitorização fetal mostrava contrações em intervalos de 8 a 10 minutos.

O obstetra examinou a paciente e recomendou infusão contínua de drogas tocolíticas para desacelerar a atividade uterina e evitar um nascimento prematuro.

Todas as obstetras atendiam outras pacientes em trabalho de parto, sendo solicitado a uma estudante de obstetrícia que preparasse a infusão. Ela não estava a par do histórico daquele caso específico e temia perguntar à obstetra mentora. Apesar de ser uma gestante com obviamente 32 semanas, a estudante não avaliou a altura do fundo do útero. Ela preparou e aplicou uma infusão com ocitocina (para acelerar o trabalho de parto), no lugar do tocolítico. O erro não foi detectado durante horas. No dia seguinte, a paciente deu à luz um bebê prematuro que necessitou de transferência para a unidade de terapia intensiva neonatal devido a graves problemas respiratórios.

Discussão

- Discuta esse caso examinando os seguintes fatores: fatores da estudante, da paciente, da superior hierárquica, da organização e do ambiente.
- Como este evento adverso poderia ter sido evitado?

Fonte: Caso fornecido por Andrea Stiefel, MSc, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur, Switzerland.

Morte de uma criança

Leia o estudo de caso descrito na introdução deste tópico e peça aos estudantes que discutam as seguintes questões.

- Utilizando uma abordagem sistêmica, considere o que poderia ter sido feito de outra forma nos diversos estágios da história; no consultório odontológico, na clínica ambulatorial e no hospital.
- Como a transição de cuidados entre a clínica ambulatorial e o hospital poderia ter sido diferente, de modo a assegurar o imediato atendimento do paciente?
- Quais são as precauções que podem ser tomadas nos ambientes clínicos para prevenir intoxicações acidentais em crianças?

Fonte: Caso fornecido por Shan Ellahi, Consultor em Segurança do Paciente, Serviços Comunitários Ealing e Harrow, National Health Service, Londres, UK.

Ferramentas e material de referência

Uma gama de fontes sobre erros médicos e assuntos afins pode ser encontrada no site da Agency for Healthcare Research and Quality, New York Medical College, New York, USA (<http://www.ahra.QOv/aua/errrorsix.htm>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Avaliação do conhecimento deste tópico

Muitas estratégias de avaliação são apropriadas para este tópico, incluindo MCQ (*Multiple Choice Questions* - Perguntas de Múltipla Escolha), redações, SBA (*Short Best Answer Question Paper* - Pergunta Breve de Melhor Resposta Possível), CBD (*Case-based Discussion* - discussões de casos clínicos) e autoavaliações. Uma investigação de um evento adverso, ou até mesmo a simulação de uma análise da causa-raiz, liderada por um aluno ou um grupo de alunos, é uma opção muito envolvente para verificar o entendimento.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante na revisão dos resultados de uma sessão de ensino e na verificação de possíveis melhorias. Consulte o Guia do Professor (Parte A) para obter mais informações sobre avaliação.

Referências

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right* 1ª ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason JT. *Human error..* Nova York, Cambridge University Press, 1990.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28-33.

5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436–441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3ª ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. University of Washington Center for Health Sciences [Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Washington], 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 de outubro de 2007. (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; acesso em 20 de fevereiro de 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Leituras adicionais

Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson JH, Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Slides para o Tópico 5: Aprender com erros para evitar danos

Aulas expositivas, em geral, não são a melhor maneira de ensinar segurança do paciente aos alunos. Caso se decida fazer uma palestra, é uma boa ideia planejar interações e discussões com os alunos durante a palestra. Valer-se de um estudo de caso é uma forma de gerar discussão em grupo. Outra maneira é fazer perguntas aos estudantes sobre diferentes aspectos dos cuidados em saúde que trarão à tona as questões contidas neste tópico, como a cultura da culpa, a natureza do erro e como os erros são geridos em outras organizações.

Os slides do Tópico 5 foram planejados para ajudar o professor na exposição do conteúdo. Os slides podem ser alterados de acordo com o ambiente e a cultura locais. Os professores não precisam usar todos os slides, e é melhor adequá-los às áreas abordadas em cada aula.

Tópico 6

Compreender e gerenciar o risco clínico

Um resultado inesperado da falta de cuidados a um pé enfaixado

Um pai levou a filha de 2 anos, Hao, à emergência de um hospital regional em uma sexta-feira à noite. Hao apresentara um quadro recente de “resfriado com tosse produtiva” e já havia sido atendida no ambulatório. O médico atendeu Hao para o tratamento de pneumonia. Foi inserido um acesso venoso na parte superior do seu pé esquerdo, que foi enfaixado em seguida. Ela foi então internada durante o fim de semana, ficando aos cuidados de uma equipe de enfermeiros e de um médico especialista. O curativo do pé não foi removido até o começo da noite de domingo (quase 48 horas

depois), apesar de o dano à pele ser um fator de risco conhecido em crianças e que pode ocorrer em um período de 8 a 12 horas. Evoluiu com necrose no calcanhar esquerdo e úlceras que apareceram posteriormente na parte superior do pé esquerdo. Após a alta e o tratamento ambulatorial da paciente, Hao acabou sendo admitida em um grande hospital infantil, onde precisou ser internada para ser submetida a um tratamento. Ela também desenvolveu problemas de comportamento como resultado da experiência.

Fonte: Case studies - investigations, *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59*, Sydney, New South Wales, Australia.

Introdução - Por que o risco clínico é relevante para a segurança do paciente?



O gerenciamento do risco faz parte da rotina na maior parte das organizações e tem sido tradicionalmente associado à limitação de custos de litígio. Na área de saúde, isso é, em geral, associado a pacientes que tomam medidas legais contra um profissional de saúde ou hospital, alegando danos como resultado do cuidado e do tratamento. Muitas empresas implementam estratégias para tentarem evitar perdas financeiras, fraudes ou falhas, para garantir as expectativas dos resultados. Para evitar problemas, como os descritos no relato de caso acima, os hospitais e as organizações de saúde usam diversos métodos para gerenciar riscos. Entretanto, o sucesso do programa de gerenciamento de riscos depende da criação e da manutenção de sistemas seguros de cuidado, projetados para reduzir os eventos adversos e melhorar o desempenho humano [1]. Muitos hospitais, clínicas e serviços de saúde têm sistemas bem-estabelecidos já em funcionamento, tais como notificações de quedas de

pacientes, de erros médicos, de *swabs* retidos e de erros na identificação dos pacientes. Apesar disso, a maior parte dos serviços de saúde está apenas começando a dar ênfase a todos os aspectos de cuidados clínicos em um esforço de reduzir o risco aos pacientes.

Os estudantes, assim como todos os funcionários de uma instituição médica, têm a responsabilidade de agir corretamente quando virem uma situação ou um ambiente inseguro. Tomar providências para garantir que um piso molhado e escorregadio seja seco para evitar que um paciente caia é tão importante quanto garantir que o paciente esteja tomando os medicamentos corretos. No caso de um paciente sofrer uma queda por causa de um piso escorregadio ou receber o medicamento errado, é importante que os alunos relatem o incidente para que sejam tomadas providências que evitem sua recorrência no futuro. Se, por um lado, os enfermeiros têm, desde muito tempo, o hábito de notificar alguns tipos de incidentes, hoje em dia, espera-se que todos os profissionais de saúde façam essas no-

tificações e que aprendam com elas. Mesmo que os alunos observem que funcionários mais antigos não notificam incidentes, eles devem ter consciência de que um serviço de saúde em que haja uma cultura de notificar é mais seguro do que aquele em que não haja tal cultura. A liderança demonstrada por funcionários mais antigos mostrará aos estudantes o valor de uma cultura de notificação.

Um gerenciamento de riscos eficaz envolve todos os níveis do serviço de saúde. Por esse motivo, é essencial que todos os trabalhadores da área entendam o gerenciamento de risco, seus objetivos e estratégias, além de sua relevância no local de trabalho. Infelizmente, mesmo que uma clínica ou hospital tenha políticas para notificar incidentes, como erros médicos e quedas, a notificação de incidentes em si costuma ser esporádica. Alguns enfermeiros notificam regularmente, ao passo que médicos da mesma unidade podem não ver benefícios em notificar pois não percebem melhoria. Os alunos podem começar a prática da notificação de incidentes falando com a equipe de saúde sobre os riscos, erros e as estratégias para controlar e evitá-los.

O papel de um *whistleblower*¹ ou *informante* (alguém que demonstra preocupação com relação a alguma ocorrência de erro na organização) na área da saúde não tem uma boa história, apesar da evidência de que a maior parte dos informantes tenta corrigir os problemas por meio dos canais tradicionais. A recusa ou falta de habilidade de uma organização em corrigir o problema força a pessoa preocupada a levar o assunto a autoridades superiores. Nem todos os países têm leis que protegem os informantes. Se, por um lado, os profissionais de saúde não precisam ser informantes heroicos, eles têm o dever de proteger os pacientes que estão sob os seus cuidados. Estudos mostram que enfermeiros têm mais costume de notificar incidentes do que outros profissionais de saúde. Notificações feitas de forma inadequada podem ser a causa de uma cultura de culpa na área de saúde dissuadir tantos profissionais de notificar os riscos. Atualmente, a maior parte dos programas de gerenciamento de risco visa melhorar a segurança e a qualidade, além de minimizar o risco de litígios e de outras perdas (motivação dos funcionários, perda de funcionários, piora na reputação). Entretanto, o sucesso desses programas depende de muitos fatores.

O gerenciamento de riscos clínicos se preocupa de forma específica com a melhora da qualidade e da segurança dos serviços de saúde por meio da identificação das circunstâncias e situações que expõem os pacientes ao risco de lesões e depois agem para prevenir ou controlar esse risco. O simples processo de quatro passos mostrado a seguir é usado para gerenciar riscos clínicos:

1. NT: Informantes ou denunciadores são profissionais que, em alguns países, são remunerados para relatarem atos ilícitos.

1. identificar o risco;
2. avaliar a frequência e a severidade do risco;
3. reduzir ou eliminar o risco;
4. avaliar os custos poupados com a redução do risco ou os custos de não gerenciar o risco.

Os estudantes e os profissionais de saúde se preocuparão principalmente com o risco aos pacientes. O Tópico 1 deste Guia Curricular trata do grau de dano causado na área de saúde. É com este pano de fundo que as organizações se preocupam quando falam de gerenciar riscos clínicos. O gerenciamento de riscos clínicos permite a identificação de potenciais erros. Serviços de saúde são, em si mesmos, arriscados e, embora seja impossível erradicar todo o risco, há muitas atividades e ações que podem ser introduzidas para minimizar oportunidades de erro. O gerenciamento do risco clínico é relevante para os alunos pois reconhece que o cuidado e o tratamento clínicos são arriscados e que podem ocorrer incidentes negativos. Estudantes (assim como outros profissionais de saúde) devem ponderar o tempo todo os riscos e benefícios antecipados de cada situação clínica e só agir depois. Isso inclui o reconhecimento das limitações e da falta de experiência de algum profissional e a necessidade de se evitar qualquer cuidado ou tratamento não supervisionado. Os alunos devem procurar informações sobre riscos anteriores e realizar esforços para impedir sua recorrência. Por exemplo, os estudantes podem buscar informações acerca da conformidade com protocolos de higiene das mãos para minimizar a possibilidade de infecções. Nesse sentido, os estudantes podem evitar problemas de maneira proativa, em vez de apenas reagirem aos problemas conforme aparecem.

Palavras-chave

Risco clínico, notificação de *near misses* (quase erros), notificação de erros, avaliação de riscos, incidente, monitoramento de incidentes.

Objetivos pedagógicos

Saber como aplicar princípios de gerenciamento de risco por meio da identificação, da avaliação e da notificação de perigos e riscos em potencial no ambiente de trabalho.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Conhecimento necessário

Os estudantes precisam:

- saber como coletar informações sobre o risco;
- compreender requisitos de aptidão para a prática profissional e prestação de contas pessoal para o gerenciamento de risco clínico;
- saber como notificar riscos ou perigos no ambiente de trabalho;

- saber quando e como pedir ajuda de um instrutor, supervisor, profissional de saúde mais antigo ou qualquer outro profissional de saúde.

Desempenho esperado



Os estudantes precisam:

- manter registros precisos e completos dos serviços de saúde;
- participar de reuniões para discutir gerenciamento de risco e segurança do paciente;
- responder de forma apropriada a pacientes e familiares após um evento adverso;
- responder de forma apropriada a reclamações;
- manter a própria saúde e bem-estar.

Coleta de informações sobre o risco



Os estudantes podem não conhecer, logo de início, o programa de gerenciamento de risco do hospital, da clínica ou do ambiente em que trabalham. Entretanto, na maioria dos países, as unidades de saúde empregam uma ampla gama de mecanismos para avaliar o dano causado aos pacientes e aos funcionários, e também para evitar diversos problemas conhecidos. Alguns países têm registros de incidentes estaduais e nacionais bem desenvolvidos. Na Austrália, o Sistema Avançado de Gerenciamento de Incidentes inclui uma abordagem ampla à ideia de notificar incidentes e analisá-los. Nos Estados Unidos, o Departamento de Assuntos de Veteranos estabeleceu um Centro Nacional de Segurança do Paciente que utiliza uma abordagem estruturada chamada *análise de causa-raiz* (RCA) para avaliar, analisar e tratar esses tipos de problemas. (Ver Tópicos 5 e 7 código para informações sobre RCA). →

O princípio subjacente à RCA é que a verdadeira causa (raiz) de um problema específico dificilmente é reconhecível de imediato no momento do erro ou do incidente. Uma avaliação superficial e parcial de qualquer problema em geral não corrige o problema e os incidentes adicionais podem ocorrer em situações semelhantes.

Uma parte essencial de qualquer RCA é a implementação das descobertas da análise. Muitas clínicas, hospitais e organizações falham em completar o processo, seja por que as recomendações envolvem recursos que não estão disponíveis, ou porque não há empenho dos administradores mais experientes do hospital em dar prosseguimento às recomendações.

Algumas organizações de saúde que exigem a notificação de incidentes podem ficar tão sobrecarregadas com essas notificações que muitas não são analisadas devido à inadequação dos recursos. Para lidar com o problema, muitas instituições de saúde adotaram um código de avaliação de gravidade para ajudar a identificar incidentes com maior grau de risco. Todavia, mesmo com a adoção de um sistema

de triagem para assinalar os incidentes mais graves, esse dilema não foi resolvido em alguns sistemas.

Algumas atividades habitualmente usadas para gerenciar o risco clínico são descritas a seguir.

Monitoramento de incidentes

A notificação de incidentes já existe há décadas. Muitos países já têm bancos de dados nacionais sobre eventos adversos relacionados a especialidades distintas, como cirurgia, anestesia e saúde materna e infantil. A OMS define um incidente como um evento ou circunstância que poderia levar ou levou a um dano não intencional e/ou desnecessário a uma pessoa e/ou a uma reclamação, perda ou dano. O benefício principal da notificação de incidentes é o recolhimento de informações úteis para a prevenção de incidentes semelhantes no futuro. Outros métodos quantitativos são necessários para as análises das frequências desses incidentes.

O monitoramento facilitado de incidentes se refere a mecanismos para identificação, processamento, análise e notificação de incidentes com vistas a impedir a sua recorrência[2]. A chave para um sistema eficaz de notificação de incidentes é que os funcionários relatem incidentes e *near misses* (quase erros) de forma rotineira. Entretanto, a menos que os funcionários confiem que a organização utilizará as informações com vistas a melhorar e não a culpar indivíduos, eles relutam em notificar esses incidentes. A confiança também inclui a crença de que a organização agirá de acordo com as informações recebidas. Se os estudantes notificarem um incidente para um instrutor, supervisor ou outro profissional de saúde e este não der importância ao seu esforço, então esses estudantes provavelmente notificarão menos no futuro. Mesmo quando essa situação ocorrer, os estudantes devem ser encorajados pelos professores a não deixarem de notificar incidentes. Os estudantes de hoje se tornarão profissionais de saúde veteranos amanhã, e suas ações influenciarão muito os colegas e estudantes mais jovens.

O monitoramento facilitado é um processo para identificar e analisar uma proporção maior de incidentes com uma proposta de trazer melhorias aos cuidados do paciente. Esse tipo de monitoramento é uma atividade contínua da equipe de saúde e envolve as seguintes ações:

- discussão sobre incidentes como um item separado nas reuniões semanais de funcionários;
- uma avaliação semanal de áreas nas quais se sabe que ocorrem erros;
- uma discussão detalhada sobre os fatos de um incidente e sobre o acompanhamento da ação é realizada com a equipe (esta discussão deve ser pedagógica, em vez de focar na atribuição da culpa);
- identificação de questões relacionadas ao sistema, para que possam ser tratadas e para que

outros funcionários possam saber das potenciais dificuldades.

Além de notificar os incidentes em si, algumas organizações estimulam a notificação de *near misses* devido ao valor que essa notificação têm para identificar novos problemas e os fatores predisponentes e como podem ser evitados antes que ocorram danos graves a um paciente. Um *near miss* é um incidente que não causou dano. Alguns chamam os *near misses* de “quase acertos”, pois as ações podem ter causado um evento adverso, mas alguma ação corretiva foi tomada a tempo ou o paciente não teve reação adversa ao tratamento

incorreto. Em alguns ambientes nos quais há uma forte cultura de culpa, falar sobre *near misses* pode ser mais simples do que falar sobre incidentes com resultados negativos, visto não haver pessoa para culpar, uma vez que não houve resultado adverso para o paciente. Por exemplo, pode ser mais fácil para um farmacêutico discutir um erro de distribuição de medicação em um contexto no qual o erro tenha sido percebido por um sistema de verificação. Nesses casos, os erros não são cometidos, mas poderiam ter sido caso não houvesse sistemas para identificá-los e preveni-los. Ver Tabela B.6.1 para entender melhor as análises de monitoramento de incidentes.

Tabela B.6.1. Tipos de questões identificadas pelo monitoramento de incidentes

Tipos de incidente	% de notificações ^a
Quedas	29
Outras lesões, além de quedas (ex.: queimaduras, ferimentos por pressão, agressão física, automutilação)	13
Erros de medicação (ex.: omissão, alta dosagem, baixa dosagem, via errada, medicamento errado)	12
Problemas de processo clínico (ex.: diagnóstico errado, tratamento inadequado, cuidado insuficiente)	10
Problemas de equipamento (ex.: indisponível, inapropriado, mal projetado, mal operado, não funcionamento, mau funcionamento)	8
Problemas de documentação (ex.: inadequada, incorreta, incompleta, desatualizada, pouco clara)	8
Ambiente perigoso (ex.: contaminação, limpeza ou esterilização inadequada)	7
Recursos inadequados (ex.: equipe ausente, indisponível, inexperiente, mal orientada)	5
Problemas logísticos (ex.: problemas com admissão, tratamento, transporte, resposta a uma emergência)	4
Problemas administrativos (ex.: supervisão inadequada, falta de recursos, más decisões gerenciais)	2
Problemas de infusão (ex.: omissão, proporção errada)	1
Problemas de infraestrutura (ex.: queda de energia, leitos insuficientes)	1
Problemas de nutrição (ex.: alimentação em período de jejum, alimento errado, alimento contaminado, problemas com pedidos)	1
Problemas com colóides ou hemocomponentes (ex.: omissão, baixa dosagem, alta dosagem, problemas de armazenamento)	1
Problemas de oxigênio (ex.: omissão, alta dosagem, baixa dosagem, cessação prematura, falha no fornecimento)	1

^a Um único incidente pode ser classificado em mais de uma categoria.

Fonte: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [3].

Eventos sentinela



Um evento sentinela é “um evento adverso que nunca deveria acontecer” [3] e é, em geral, inesperado e envolve ou um dano físico ou psicológico sério a um paciente ou a sua morte. A tendência atual em diversos países na análise de eventos adversos é classificar a gravidade do evento. O termo *evento sentinela* é reservado para aqueles mais graves.

Muitas unidades de tratamento consideram obrigatória a notificação desses eventos por causa

dos riscos significativos associados à sua recorrência. Esses eventos costumam ser classificados em categorias (ex.: cirurgia no paciente errado ou na parte errada do corpo, transfusão de sangue incompatível, erro médico que leva à morte, remoção de dente errado, administração de medicamento errado, entrega de recém-nascido à mãe errada etc.). Eventos que não se encaixam bem nas categorias estabelecidas são chamados de “outros eventos catastróficos”. Esses “outros eventos catastróficos” correspondem à metade de todos os eventos sentinela relatados nos EUA e a mais de dois terços

dos relatados na Austrália [3]; as causas do evento sentinela podem ser múltiplas e se permanecerem desconhecidas, redundará em um resultado catastrófico para o paciente.

O papel das reclamações na melhoria dos cuidados



Uma reclamação é definida como uma expressão de insatisfação por um paciente, parente ou cuidador com os cuidados fornecidos. Como os alunos tratam pacientes sob instrução ou supervisão, podem ser indicados em uma reclamação sobre cuidado e tratamento. Um aluno pode se sentir vulnerável quando isso ocorrer e temer ser culpabilizado ou ter a carreira afetada.

Os alunos, à semelhança dos profissionais de saúde, podem se sentir envergonhados, arrependidos, raivosos ou defensivos se forem mencionados em uma reclamação e acreditarem que ela é infundada. Embora seja desconfortável lidar com reclamações de pacientes e familiares, elas são uma ótima oportunidade de melhorar a prática profissional e de restabelecer uma relação de confiança entre o paciente, a família e a equipe hospitalar. [4]. Muitas vezes, as reclamações ressaltam problemas que necessitam de cuidados, tais como problemas de comunicação ou processo decisório com qualidade inferior à desejada. Problemas de comunicação são causas comuns de reclamações, assim como os problemas com tratamento e diagnóstico. Reclamações podem ser evitadas se o aluno ou o profissional de saúde se certificar de que o paciente nunca saia de uma consulta se sentindo desvalorizado, desprezado ou diminuído de qualquer forma.

Os alunos iniciantes, na área de saúde, estão aprendendo sobre o processo decisório clínico e sobre a gestão de pacientes e estão vendo o quanto essas tarefas podem ser complexas. Dessa forma, não surpreende que a falta de comunicação ou de cuidado com a qualidade desejada possa ocorrer ocasionalmente. Reclamações de pacientes ajudam a identificar áreas que podem ser melhoradas nos processos de cuidados. A reclamação pode levar a uma melhor instrução ou supervisão dos alunos em um ambiente específico. As informações advindas de reclamações também podem ser usadas para instruir e informar profissionais de saúde sobre áreas problemáticas.

Além dos benefícios descritos acima, as reclamações também [4]:

- auxiliam na manutenção dos altos padrões;
- reduzem a frequência de litígios;
- ajudam a manter a confiança na profissão;
- encorajam a autoavaliação;
- protegem o público.

Os alunos devem estar cientes de que a maioria dos profissionais de saúde receberão reclamações

durante a carreira e que isso não significa que eles sejam incompetentes ou pessoas ruins. Até mesmo os profissionais mais conscientes e habilidosos da área tanto podem cometer erros como de fato cometem. Às vezes, os pacientes podem ter expectativas irrealistas sobre o cuidado que devem receber. O erro no cuidado do paciente é um subproduto do erro humano; todos os humanos cometem erros.

Se um aluno estiver envolvido em uma reclamação ou receber alguma em seu contexto de trabalho como profissional de saúde, deve estar aberto a discutir a reclamação com o reclamante. É uma boa ideia ter um profissional mais experiente presente durante essas discussões. Se uma organização de saúde exige que o estudante forneça uma declaração escrita sobre suas ações, é importante que a declaração seja factual e se relacione diretamente com o seu envolvimento. É importante sempre checar com um instrutor ou supervisor se uma reclamação escrita foi recebida e se uma declaração é necessária. A unidade de saúde deve ter uma política para lidar com reclamações.

Reclamações e preocupações de responsabilidade individual

Da perspectiva do paciente, cada paciente deveria poder ter suas preocupações analisadas minuciosamente para verificar se houve algum distanciamento dos padrões profissionais. Após uma avaliação ou investigação, pode ficar claro que o problema principal é do sistema, mas que o profissional ou a equipe de saúde também podem ter contribuído para o resultado ruim, como, por exemplo, ao buscar atalhos e não respeitar os protocolos já estabelecidos. O padrão da assistência pode ter sido baixo, resultando em um atendimento de baixa qualidade. Os protocolos podem não ter sido seguidos ou as regras da instituição podem não ter sido seguidas.

Por exemplo, a não observância dos padrões de higiene das mãos por um funcionário pode ter resultado na transmissão de infecção de um paciente para outro. Enquanto a abordagem inicial da investigação desse incidente deveria se basear no sistema, é importante lembrar que os indivíduos também devem cumprir com suas responsabilidades profissionais. Pode ser que o integrante da equipe tenha sido diretamente responsável ao não cumprir os padrões de assistência.

Investigações periciais

A maioria dos países tem algum sistema para estabelecer a causa de morte. Indivíduos especificamente designados, chamados peritos em muitos países, são responsáveis por investigar mortes em casos nos quais a causa é incerta ou resulta de suposta atividade antiética ou ilegal. Em geral, peritos têm poderes mais amplos que um tribunal judicial, e, após notificarem os fatos, farão recomendações para lidar com quaisquer problemas sistêmicos.

Requisitos de aptidão para a prática



Os estudantes e os profissionais de saúde são responsáveis por suas ações e condutas no ambiente da assistência, de acordo com as circunstâncias nas quais estão inseridos. O conceito de *aptidão para a prática* está relacionado à responsabilidade. Por que a aptidão para a prática é um componente essencial para a segurança do paciente?

Um dos muitos fatores que contribuem para eventos adversos está ligado à competência dos profissionais de saúde. Muitos erros que levam a eventos adversos estão associados com a aptidão dos profissionais para a prática. Eles são competentes? Estão praticando seu ofício em um nível superior à sua experiência e à sua habilidade? Estão indispostos, sofrendo de estresse ou de alguma doença? A maior parte dos países tem um sistema para registrar diferentes tipos de profissionais de saúde, reclamações e manutenção de padrões. É importante que os estudantes entendam por que é preciso ser vigilante em relação a suas aptidões e a de seus colegas. As profissões de saúde impõem deveres e obrigações aos profissionais com o objetivo de manter a segurança dos pacientes.

Selecionar o estudante certo para treinamento nas profissões de saúde é o primeiro passo para garantir que os alunos tenham os atributos necessários para uma prática ética e segura. Muitos programas de treinamento estão utilizando processos tipo OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações) para ajudar a identificar os estudantes que, além dos resultados na avaliação, também tenham as atitudes e os comportamentos mais adequados para o trabalho na área de saúde. Atributos como compaixão, empatia e a aspiração de ser útil para a sociedade são características desejadas.

É importante que profissionais de saúde participem de atividades de aprendizagem ao longo da carreira, mantenham seu conjunto de habilidades no nível mais alto possível e, assim, permaneçam a par dos avanços em seu campo de especialização. À medida que os alunos vão se familiarizando com os conceitos e princípios descritos neste Guia Curricular, eles aprofundarão seu conhecimento, se tornarão mais habilidosos e vão aderir a uma prática segura.

Entre os deveres de um profissional de saúde (ou de um estudante), estão relatar uma prática perigosa por parte de um colega devido à falta de competência, de profissionalismo ou ao seu comportamento antiético. Alguns países tornaram tal prática obrigatória, ao passo que outros contam com a consciência dos profissionais nesse aspecto.

As organizações de saúde são obrigadas a garantir que os profissionais que participam do cuidado e do tratamento dos pacientes tenham as qualificações apropriadas e sejam competentes. Os serviços de saúde precisam se certificar de que um profissional tenha as qualificações corretas e a experiência necessária para trabalhar na área desejada. Os processos para tanto são apresentados abaixo.

Credenciamento

O Conselho Australiano em Padrões de Saúde (Australian Council on Healthcare Standards) define o credenciamento como o processo de avaliar e aprovar a admissibilidade de alguém para prestar serviços e tratamentos de saúde específicos a um consumidor/paciente, seguindo parâmetros definidos com base na licença profissional, ensino, treinamento, experiência e competência do indivíduo. Muitos hospitais, clínicas e instituições de saúde têm processos de credenciamento para avaliar se um profissional tem as habilidades e o conhecimento necessários para fazer procedimentos ou tratamentos específicos. Clínicas e hospitais deverão restringir o tipo de procedimento que oferecem se não houver funcionários qualificados e recursos apropriados para um tratamento ou situação específicos.

Acreditação

Acreditação é um processo formal para garantir a prestação de serviços de saúde seguros e de alta qualidade baseados em padrões e processos concebidos e desenvolvidos por profissionais de saúde para serviços de saúde. Pode também se referir ao reconhecimento público de uma adequação, por uma organização de saúde, aos padrões de saúde nacionais.


Registro (licenciamento)

A maioria dos países exige que os trabalhadores na área da saúde sejam registrados em alguma autoridade governamental ou em um instrumento governamental, como o Australian Health Practitioners Registration Agency, responsável pelo registro de grande parte das profissões na área de saúde. A função principal do registro perante uma autoridade é proteger a saúde e a segurança do público por meio de mecanismos projetados para garantir que os profissionais de saúde estejam aptos à prática profissional. O registro atinge este objetivo ao garantir que só profissionais adequadamente treinados sejam registrados e que eles mantenham padrões adequados de conduta e de competência. O registro/licenciamento adequado é uma parte importante dos processos de credenciamento e acreditação mencionados acima.

Responsabilidade pessoal para gerenciamento de risco

A maioria dos estudantes experientes começará a estabelecer papéis e responsabilidades claros como integrantes das equipes de saúde quando passar mais tempo no ambiente de trabalho e lidando com pacientes. Próximo ao fim do seu treinamento, muitos precisarão demonstrar competência em diversas atividades técnicas básicas. As atividades a seguir não pretendem ser uma lista exaustiva ou prescritiva. São oferecidas para darem uma visão geral das competências que os estudantes precisam ter quando completarem sua formação e começarem a trabalhar na área escolhida.

Os estudantes devem:

- Aprender a lidar com um encaminhamento ou um pedido de consulta de outro prestador de serviços de saúde ou de outra equipe de saúde. Essas habilidades incluem a utilização de procedimentos de identificação adequados e a apresentação de resumo preciso do histórico do paciente, com seu problema atual de saúde e o resultado de exames. É importante só incluir informações relevantes e necessárias ao solicitar uma consulta e escrever de maneira legível.
- Aprender a fazer uma ligação telefônica para o médico principal do paciente ou outro membro profissional da equipe de cuidados. Inicialmente os alunos devem se certificar de que sejam supervisionados ou observados por alguém experiente durante esta atividade. Eles devem praticar a tarefa, fornecendo informações precisas sobre o paciente, pronunciando corretamente a terminologia relevante, utilizando técnicas para garantir que a pessoa com quem eles estão falando tenha entendido o que foi dito, procurando informações sobre qualquer preocupação e escrevendo um resumo da conversa telefônica no prontuário do paciente. Algumas dessas técnicas são descritas no Tópico 4: *Atuar em equipe de modo eficaz*. → 
- Aprender a escrever um relatório, quando o paciente está sendo transferido para outro profissional ou outra equipe. O documento deve conter as informações relevantes de identificação do paciente, as datas de admissão e informações de alta/tratamento, além do nome dos profissionais responsáveis pelo tratamento, um resumo preciso do tratamento fornecido, o diagnóstico final, as investigações principais, o motivo para o tratamento e o *status* dos problemas clínicos do paciente. Descrever o tratamento e os exames feitos, o resultado, o que ficou acordado e qualquer descoberta importante. O pedido deve incluir uma lista precisa de tratamentos e medica-

mentos incluindo dose, via de administração e duração prevista do tratamento. É muito importante que o pedido seja completamente legível e assinado pelo responsável.

- Saber quem são os profissionais de referência em qualquer situação.

O papel da fadiga e a aptidão para a prática



Há uma forte evidência científica que associa fadiga e desempenho. Os alunos devem estar cientes de que, quando cansados, estarão menos alerta e incapazes de atuar normalmente em diversas atividades psicomotoras.

Estudos feitos na Irlanda e no Reino Unido mostraram que a fadiga pode afetar o bem-estar mental de residentes médicos (depressão, ansiedade, raiva e confusão) [5]. Estudos controlados, realizados recentemente, confirmaram que a falta de sono pode afetar negativamente o desempenho clínico [6]. A fadiga também foi associada ao risco crescente de erros [7-8] e a acidentes de veículos motores. Um estudo de 2004, realizado por Landrigan et al. [8], foi um dos primeiros a medir os efeitos da falta de sono em erros médicos. A pesquisa mostrou que os internos que trabalham nas unidades de tratamento intensivo e coronariana do Brigham and Women's Hospital (Boston, MA, EUA) cometiam erros substancialmente mais graves quando trabalhavam em turnos frequentes de 24 horas ou mais do que quando trabalhavam em turnos menores. Outros estudos mostraram que a falta de sono pode ter sintomas semelhantes aos da embriaguez [9].

Há estudos sobre as horas de trabalho de enfermeiros que mostram que os riscos de cometer um erro aumentavam de modo significativo quando os turnos tinham mais do que doze horas, quando os enfermeiros trabalhavam horas extras ou quando trabalhavam mais de quarenta horas semanais [10].

De maneira semelhante, farmacêuticos identificaram que os principais fatores que contribuem para erros de dosagem são muitos itens na prescrição, fadiga e excesso de trabalho do farmacêutico, interrupção na administração do medicamento e nomes de medicamentos semelhantes ou confusos [11].

Os alunos devem conhecer seus direitos relativos aos horários de trabalho e de descanso. As organizações para as quais trabalham têm o dever de garantir que não trabalhem mais horas do que o permitido, a menos que haja circunstâncias extenuantes ou permissão organizacional.

Estresse e problemas de saúde mental

Os alunos também estão suscetíveis ao estresse causado pelas provas, empregos de meio período e preocupações relativas à família e ao ambiente de trabalho. Há fortes evidências que sugerem que os médicos estão suscetíveis a problemas de saúde mental [12], sobretudo depressão, nos primeiros anos de estudo, e também nos anos posteriores. Os alunos também sofrem de estresse e de problemas de saúde associados a ele quando começam a exercer a profissão. Não surpreende, portanto, que haja funcionários estressados e com pouca ou nenhuma motivação, pois assim como cuidam de doentes e pessoas vulneráveis, eles geralmente trabalham com colegas sobrecarregados e precisam cumprir múltiplas tarefas em pouco tempo.

Embora as taxas de depressão e problemas de saúde mental entre médicos sejam mais altas do que as da população em geral, a literatura mostra que, quando os internos e residentes recebem apoio dos funcionários da casa e dos médicos mais experientes e são membros de equipes entrosadas, eles têm menos chance de se sentirem isolados e de sofrerem de estresse.

O desempenho também é afetado pelo estresse. Há fortes evidências indicando que falta de sono contribui mais para o estresse e para a depressão do que o número de horas trabalhadas. Outros fatores de estresse identificados na literatura incluem situação financeira, dívidas com educação, semestre de estudo e pressão emocional causada por demandas de pacientes, escolhas de períodos de trabalho e interferência na vida pessoal.

Ambiente de trabalho e organização

Unidades de saúde podem ser lugares muito estressantes para novatos. Práticas de trabalho pouco familiares podem ser muito difíceis na primeira fase de um novo emprego. Além disso, trabalhar em excesso de forma contínua causa fadiga.

Alguns fatores e períodos de tempo, como turnos de trabalho, horas extras, mudanças de turnos, madrugadas e fins de semana estão associados a um crescente número de erros. Entre os fatores subjacentes a esses erros, há desde a falta de supervisão e de instrução ao cansaço em si. Os estudantes devem ser ainda mais vigilantes durante esses períodos.

Formação e supervisão

Uma boa formação e uma supervisão de qualidade são essenciais para todos os estudantes. Elas vão determinar, em grande parte, o quanto um estudante se integra e se ajusta ao ambiente hospitalar ou institucional. Sem isso, o aluno fica mais vulnerável a riscos de erros por omissão (esquecer-se de fazer algo) ou por comissão (fa-

zer algo errado). Os alunos sempre devem pedir que uma pessoa mais experiente esteja presente se for sua primeira vez em algum procedimento com um paciente. Devem também informar ao paciente que são estudantes e pedir sua permissão para prosseguir com o tratamento ou procedimento.

Uma relação interpessoal ruim entre estudantes, outros profissionais de saúde, médicos iniciantes e instrutores ou supervisores também são fatores que contribuem para o cometimento de erros. Se um estudante tem problemas com um instrutor ou supervisor, ele deve buscar ajuda de outro membro da instituição que pode conseguir mediar ou ajudar o estudante com técnicas para melhorar a relação. A literatura também mostra que estudantes que têm problemas com a aquisição inadequada de habilidades também têm pouca supervisão. Muitos profissionais de saúde que aprenderam a fazer procedimentos sem supervisão foram posteriormente considerados por seus supervisores como possuidores de uma técnica ruim e de domínio inadequado desses procedimentos. Os estudantes nunca devem realizar um procedimento, manipular ou examinar um paciente sem preparo e instrução suficientes.

Problemas de comunicação → T4 T8

Diversos profissionais de saúde, como enfermeiros, obstetrias, dentistas, farmacêuticos e radiologistas precisam fazer um registro fiel das suas comunicações nos livros de registros da unidade, incluindo qualquer comunicação com os funcionários do laboratório. Transferir informação, verbalmente ou por escrito, é um processo complexo e nada fácil. Poucas unidades de saúde contam com comunicação padronizada. O papel de uma boa comunicação em serviços de qualidade e da má comunicação em serviços de má qualidade já está bem documentado. O sucesso do tratamento do paciente depende, muitas vezes, da comunicação informal dos funcionários e do seu entendimento do ambiente de trabalho [13]. Erros de tratamento causados por falhas, ausência ou inadequação na comunicação ocorrem diariamente em todos os ambientes de assistência clínica. *Checklists*, protocolos e planos de cuidados projetados para categorias particulares de pacientes são maneiras eficazes de comunicar as prescrições para os pacientes.

Além disso, a qualidade da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde encarregados do tratamento influencia de forma considerável os seus resultados.

Saber como relatar riscos ou perigos no ambiente de trabalho

Os estudantes devem buscar informações sobre o sistema de notificação de incidentes utilizados na instituição em que estão sendo treinados. Geralmente, há um método específico para fazer a notificação, seja em formato eletrônico ou impresso. Os estudantes devem se familiarizar com o sistema local e buscar informações sobre como notificar incidentes.

Manter registros precisos e completos dos serviços de saúde

Um registro clínico (formulários de evoluções médicas, cadernetas de registros do paciente, formulários de prescrição de drogas e medicamentos) é um documento que contém diferentes tipos de informações sobre um paciente. Os estudantes devem estar cientes de que registros de boa qualidade são essenciais para o cuidado e o tratamento dos pacientes. Os registros de saúde são sujeitos a diversos requisitos específicos do governo e da instituição específica em relação a quem pode ter acesso a eles, quem pode alterá-los, onde estão armazenados e por quanto tempo.

Os alunos têm a obrigação ética e legal de registrar suas observações e descobertas com precisão para garantir cuidados de qualidade ao paciente. Quando escreverem nos registros de saúde, os estudantes, assim como todos os outros profissionais, devem:

- fornecer informações suficientes para identificar o paciente ao qual o registro está relacionado, para que os outros membros da equipe possam continuar a sua assistência;
- anotar qualquer informação relevante ao diagnóstico ou tratamento do paciente e resultados;
- garantir que os registros sejam atualizados e escritos o mais próximo possível do evento em questão;
- anotar qualquer informação ou conselho dado ao paciente.

Saber quando e como pedir ajuda de um instrutor, supervisor ou profissional de saúde mais experiente

Muitos alunos temem que, se admitirem não saberem algo, seus professores os considerarão maus alunos e os desprezarão. É importante que os estudantes reconheçam as limitações associadas a sua falta de conhecimento e experiência e a importância de buscar ajuda e pedir informações; os pacientes podem sofrer danos causados por profissionais de saúde sem experiência. Os estudantes devem entender claramente a quem se reportar no ambiente de trabalho e quando e como essa pessoa pode ser contatada. Essa pessoa poderá auxiliá-los

caso se deparem com situações que ultrapassem seu conhecimento e habilidades. É essencial que os estudantes peçam ajuda ainda que não estejam confortáveis ao fazê-lo. Todos os profissionais de saúde entendem que os estudantes estão no começo de suas carreiras e que têm conhecimentos e habilidades limitados. Eles não esperam que os estudantes ou os novos profissionais de saúde já tenham acumulado conhecimentos em profundidade suficiente para tratar pacientes de forma independente. Eles esperam que os estudantes peçam ajuda. Mas pode ser muito difícil se o instrutor ou supervisor estiver raramente disponível. Se esse for o caso, o estudante deve procurar outro profissional competente que esteja presente com regularidade. Isso pode ser discutido com o supervisor para que ele possa dar o seu aval.

Participar de reuniões para discutir gerenciamento de risco e segurança do paciente

No começo, pode não ser fácil saber quais os programas de gerenciamento de risco existem na unidade de saúde. Os estudantes podem perguntar a profissionais de saúde mais experientes ou gestores da instituição sobre os programas do local e se é possível participar de uma reunião para saber como o sistema funciona para proteger os pacientes.

Responder de forma apropriada a pacientes e famílias após um evento adverso

Não se espera que os estudantes aceitem a responsabilidade de comunicar eventos adversos a pacientes ou suas famílias. Caso isso lhes seja solicitado, devem pedir assistência imediata de um docente ou instrutor mais experiente. Muitas organizações de saúde estão começando a criar manuais de revelação de erros (manuais para auxiliar a comunicação honesta com um paciente após um evento adverso). É vital que qualquer processo de revelação de evento não seja apressado, seja transparente e envolva os passos adequados para garantir que qualquer erro cometido não seja cometido novamente.

Responder de forma apropriada a reclamações

Todos os estudantes envolvidos em uma reclamação devem escrever declarações completas e factuais sobre o ocorrido. Devem ser honestos sobre seus papéis ou ações e minimizar declarações subjetivas ou emocionais.

Resumo

Os profissionais de saúde são responsáveis pelo tratamento, cuidados e resultados clínicos dos seus pacientes. Essa responsabilidade é de todos os membros da equipe, não só do mais experiente.

A responsabilidade pessoal é importante, já que qualquer pessoa na rede assistencial pode expor um paciente a risco. Uma forma de os profissionais ajudarem a prevenir eventos adversos é identificar áreas sujeitas a erros.

A intervenção proativa de uma abordagem sistêmica para minimizar as oportunidades de erros pode impedir eventos adversos. Os indivíduos também podem trabalhar para manter um ambiente clínico de trabalho seguro ao cuidarem da própria saúde e responderem de modo adequado às preocupações de pacientes e colegas.

Formatos e estratégias de ensino

Palestra interativa/expositiva



Utilize os *slides* como guia para o tópico todo. Os *slides* de PowerPoint podem ser usados ou convertidos para uso em um projetor tradicional. Comece a sessão com um estudo de caso e peça que os estudantes identifiquem algumas das questões apresentadas nesse estudo de caso.

Painéis de debate

Convide um painel formado por profissionais de saúde respeitados para apresentarem um panorama de seus esforços para melhorar a segurança do paciente. Se forem estudantes de farmácia, seria apropriado convidar farmacêuticos experientes para discutir suas práticas; o mesmo vale para obstetrias e dentistas. Mas manter o painel multidisciplinar também é instrutivo e expõe os problemas comuns a todas as profissões de saúde. Convidar um paciente para participar é importante, pois mantém o foco no dano potencial que podem ter se não houver estratégias de gerenciamento de risco em vigor. Os estudantes também podem fazer uma lista de perguntas sobre a prevenção e o gerenciamento de eventos adversos; e reservar-se um tempo para apresentação de perguntas. Especialistas em gerenciamento de risco em outras áreas também podem ser convidados para falar sobre os princípios gerais envolvidos em seu trabalho.

Atividades em pequenos grupos



A turma pode ser dividida em pequenos grupos de três alunos. Cada um vai conduzir uma discussão sobre um dos tipos de incidentes descritos na Tabela B.6.1. Alguns estudantes podem focar nas ferramentas e nas técnicas disponíveis para minimizar as oportunidades de erros, enquanto outros discutem o papel das reuniões sobre mortalidade e morbidade.

O tutor que media a sessão também deve estar familiarizado com o conteúdo, de modo que a informação sobre o sistema de saúde local possa ser compartilhada.

Exercícios de simulação



É possível desenvolver diferentes cenários associados a eventos adversos e técnicas para minimizar as oportunidades de erros, como fazer reuniões informativas (*briefing* e *debriefing*) e exercícios de objetividade e clareza para melhorar a comunicação. Além disso, os estudantes podem encenar uma

reunião de pares ou uma reunião de discussão de mortalidade e morbidade usando uma abordagem pessoal e depois uma abordagem sistêmica. Outras atividades de interpretação de papéis podem ser baseadas em situações em que um estudante nota algo errado e precisa comunicar.

Outras atividades de ensino

– Os estudantes podem assistir a uma reunião de gerenciamento de risco ou se encontrar com os profissionais do departamento responsável pela gestão de reclamações. Parte do exercício compreenderia os estudantes perguntarem sobre a política de reclamações da unidade e o que costuma ocorrer quando uma reclamação é recebida. Outra alternativa é que os estudantes participem de um processo de revelação aberta de erros.

– Após as atividades, deve-se pedir aos estudantes que se reúnam em duplas ou em pequenos grupos para discutirem com um tutor ou instrutor o que observaram, se os recursos ou técnicas estudadas estavam presentes ou ausentes e se as técnicas empregadas foram eficazes.

Estudos de caso

Inadequação de um sistema de gerenciamento da prática de um cirurgião ortopédico

Registros precisos e legíveis são essenciais para manter a continuidade do tratamento

Brian estava sendo tratado por um novo especialista e precisava dos registros feitos pelo cirurgião ortopédico que havia operado seu joelho dois anos antes. Quando finalmente chegaram, o novo médico de Brian informou-lhe que não estavam completos.

Os registros estavam mal documentados com poucas anotações relevantes acerca da discussão com relação ao consentimento para a operação de Brian. Faltavam também informações no relatório da cirurgia e não havia documentação sobre o aviso verbal do cirurgião ortopédico sobre os riscos e as complicações da operação. Brian ficou boquiaberto ao descobrir que o cirurgião não havia deixado um relatório adequado para que pudesse ser acompanhado no pós-operatório.

Pergunta

– Que fatores podem ter estado presentes para resultar na falta de documentação da primeira operação de Brian?

Fonte: Caso adaptado de: Payne S. Case study: managing risk in practice. United Journal, 2003, Spring:19.

Reconhecimento de um erro de tratamento

Este caso mostra o valor da revelação aberta de erros (disclosure).

Frank é residente de uma clínica geriátrica. Certa noite, um enfermeiro lhe administrou insulina por engano e ele não era diabético. O enfermeiro imediatamente reconheceu o erro e o levou ao conhecimento dos demais funcionários, os quais, por sua vez, informaram a Frank e à sua família. A unidade de tratamento agiu imediatamente para auxiliar Frank e conseguiram sua transferência para um hospital no qual foi admitido e mantido em observação antes de retornar à unidade de cuidados de idosos. O enfermeiro foi elogiado por informar imediatamente a administração incorreta de insulina. Depois do incidente, o enfermeiro passou por mais um treino em medicamentos para minimizar a possibilidade de um erro semelhante ocorrer no futuro.

Pergunta

As possíveis causas do erro não estão claras. Parece haver uma suposição de que o enfermeiro fez ou deixou de fazer algo que o levou ao erro. Nesse tipo de caso, é importante utilizar uma abordagem sistêmica para descobrir o que houve de verdade.

- Quais fatores ambientais e organizacionais criaram uma cultura em que o enfermeiro se sentiu confortável em expor o erro de medicação?

Fonte: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1:16–18.

Consultórios fora dos padrões

Este caso mostra a importância das reclamações na melhoria dos serviços de saúde.

Quando Denise visitou o posto médico local, ficou chocada ao perceber que a prática assistencial não era tão higiênica quanto esperava. A situação era tão ruim que ela reclamou com o Departamento de Saúde de New South Wales. Um inspetor de saúde notou que cloroxilenol (um desinfetante líquido) estava armazenado em um recipiente de bebidas, havia medicamentos armazenados com prazo de validade vencido, não havia adrenalina na ala cirúrgica para tratar um ataque cardíaco, às vezes os pacientes tinham acesso não supervisionado à maleta do médico que continha narcóticos injetáveis e um receituário, as coberturas de papel na mesa de exames não eram trocadas entre os atendimentos e o médico não higienizava as mãos depois de examinar os pacientes. Também não havia pias nos consultórios.

A Comissão de Reclamações em Assistência à Saúde (Health Care Complaints Commission) recomendou que o Departamento de Saúde de New South Wales fizesse uma visita ao local para orientar os funcionários em relação aos protocolos do Ministério da Saúde australiano contra infecções e que se certificasse de que as medidas apropriadas fossem tomadas para proteger a saúde pública. Denise ficou contente ao saber que, depois de sua reclamação, houve progressos no local.

Discussão:

- Peça aos estudantes para identificar tipos de reclamações feitas sobre seus locais de trabalho (hospitais, clínicas, farmácias) e discuta métodos para lidar com tais queixas.

Fonte: Review of investigation outcomes. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1998–1999:39–40.

Administração inadequada de reclamações

Este caso mostra a importância da atenção imediata às reclamações.

Alexandra estava se consultando regularmente com um psicólogo que atuava em um hospital privado. Durante a primeira e a segunda consulta, o psicólogo rompeu a confidencialidade ao discutir detalhes pessoais sobre outros pacientes. Alexandra achou esse comportamento desconcertante e decidiu que deveria levar o fato aos ouvidos de alguém no hospital. Ela se reuniu com representantes do hospital para falar sobre diversas preocupações que tinha com o local, inclusive acerca do psicólogo. Muitos meses se passaram sem nenhuma resposta escrita do hospital detalhando as ações que o representante havia prometido tomar. Com a ajuda do Setor de Apoio ao Paciente, Alexandra se reuniu com o presidente-executivo e o vice-presidente da instituição. O hospital pediu desculpas a Alexandra e se comprometeu a fazer um treinamento contínuo dos funcionários envolvidos como o gerenciamento de reclamações. Também encorajaram Alexandra a fazer uma reclamação formal na Junta de Registro dos Psicólogos acerca do comportamento do psicólogo.

Atividade

- Use uma abordagem sistêmica para identificar o que poderia ter sido feito de maneira diferente nesse caso e o que o hospital pode fazer para impedir incidentes semelhantes no futuro.

Fonte: Patient Support Service, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1999–2000:37–46.

Um enfermeiro inapto

Este caso mostra como profissionais de saúde precisam manter sua aptidão para a prática.

Durante a operação de Alan, um enfermeiro substituiu, sem perceber, o analgésico fentanil, que havia sido receitado para Alan, por água. O enfermeiro colocou Alan em risco físico devido à necessidade desesperada de obter um opióide para satisfazer sua dependência de drogas.

Essa não havia sido a primeira vez que o enfermeiro furtara uma droga de uso restrito para administrá-la em si mesmo. Diversas reclamações haviam sido feitas sobre o enfermeiro quando ele trabalhava em outro hospital, inclusive de má conduta profissional, incapacidade de trabalho devido à dependência e à falta de caráter, o que o tornava inapto para praticar seu ofício.

Perguntas

- Que providências poderiam ser tomadas pelos profissionais para auxiliar o enfermeiro com problemas?
- Que políticas o serviço de saúde deveria ter para proteger pacientes de profissionais de saúde dependentes ou inaptos?

Fonte: Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. *Health Investigator*, 1998, 1:14-18.

Falha na verificação de gravidez no pré-operatório

Este caso hipotético ilustra por que a possibilidade de gravidez deve ser considerada em todas as pacientes antes de qualquer cirurgia que possa colocar a mãe ou o feto em risco. Políticas locais pré-operatórias devem ser revistas para assegurar a ocorrência ou não de gravidez no período pré-operatório. A checagem deve ser registrada em documentação pré-operatória usada pelo staff encarregado das últimas verificações clínicas e de identificação do paciente antes de uma intervenção cirúrgica.

Hannah, uma mulher de 28 anos, tinha histórico de dores abdominais recorrentes e ficara em uma lista de espera durante vários meses para fazer uma laparoscopia e diagnosticar o problema. Ela foi finalmente hospitalizada e submetida a uma intervenção cirúrgica exploratória sob anestesia geral. Antes de sua saída, Hannah apresentou fortes dores abdominais e sangramentos vaginais. O enfermeiro encarregado reconheceu os sintomas de um aborto.

Pergunta

- Que fatores podiam estar presentes e que levaram ao não diagnóstico de sua gravidez?

Histórico e fonte: entre outubro de 2003 e novembro de 2009, o United Kingdom National Health Service National Patient Safety Agency recebeu 42 relatos de pacientes submetidos a uma cirurgia eletiva sem ter qualquer avaliação de gravidez documentada no pré-operatório. Três casos de abortos espontâneos foram relatados após os procedimentos (Department of Health gateway reference PSA/2010/RRR011. Data de publicação, 28 de abril de 2010. Informação atualizada pode ser encontrada em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Administração de medicamentos em neonatos

Como mostrado nesse estudo de caso hipotético, é necessária a utilização mais segura da gentamicina intravenosa em neonatos. Incidentes de segurança do paciente já foram relatados envolvendo a administração de gentamicina no momento errado, com erros de prescrição e problemas no monitoramento do nível sanguíneo.

Edward era um recém-nascido prematuro com dificuldades respiratórias que requeriam ventilação auxiliar. Ele apresentou uma infecção grave e por isso prescreveram gentamicina intravenosa. O enfermeiro do centro de tratamento intensivo e o pediatra estavam muito ocupados com a internação de dois gêmeos muito prematuros. O medicamento foi administrado 90 minutos após a prescrição.

Discussão

- Identifique todos os fatores possíveis que podiam estar presentes no momento do incidente.
- Esse incidente deveria ser relatado?
- Discuta diferentes métodos para relatar incidentes.

Histórico: uma revisão dos incidentes de medicação neonatal relatados no UK Reporting and Learning System (RLS), entre abril de 2008 e abril de 2009, identificou 507 incidentes de segurança do paciente relacionados ao uso de gentamicina intravenosa. Esses incidentes representam 15% de todos os incidentes de medicação neonatal durante esse período.

Comunicação deficiente

Este caso é um exemplo de erro comum, no qual um antibiótico foi receitado a um paciente, mas ele recebeu por engano um medicamento antidiabético, levando a um choque hipoglicêmico.

Um médico receitou a um paciente antibióticos e analgésicos que deveriam ter sido tomados após a remoção de um dente. O antibiótico prescrito foi amoxicilina. O nome da medicação estava ilegível na receita e foi mal interpretada e dispensada de maneira equivocada pelo farmacêutico. Ele entendeu

a receita como glibenclamida, um medicamento antidiabético.

Durante a noite, o paciente teve que ser levado às pressas para uma emergência para tratar o choque hipoglicêmico.

Perguntas

- Quais fatores contribuíram para a o problema do paciente?
- A quem esse erro deveria ter sido relatado?
- Quem deveria fazer o relatório?
- Como essa informação deveria ser usada após ter sido recebida?

Fonte: Caso fornecido por Shan Ellahi, Consultor de Segurança do Paciente, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Ferramentas e material de referência

“Being Open” - Como ser aberto?

Um pacote de ensino digital da UK National Health Service National Patient Safety Agency, 2009 *Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident*. Data de publicação: 19 de novembro de 2009 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Eventos sentinela

Um glossário útil sobre termos acerca de um evento sentinela podem ser encontrados em: http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; acesso em 21 de fevereiro de 2011.

Outros materiais de pesquisa

Better practice guidelines on complaints management for health care services. Australian Commission for Safety and Quality, 2006 ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFC-CA257483000D8461/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFC-CA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf); Acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action. Department of Health, New South Wales, 2006 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Johnstone M, Kanitsaki. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007,27:185-191.

Safer use of gentamicin for neonates. National Health Service National Patient Safety Agency.

Patient safety alert no. NPSA/2010/PSA001. Data

de publicação, 30 de março de 2010. (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Avaliação do conhecimento deste tópico

Uma variedade de métodos de avaliação pode ser utilizada para este tópico, inclusive relatórios observacionais, declarações reflexivas sobre erros cirúrgicos, dissertações, perguntas de múltipla escolha, perguntas de melhor resposta, discussões de casos clínicos e autoavaliações. Os estudantes podem ser incentivados a criarem uma abordagem de portfólio para o aprendizado de segurança do paciente. O benefício dessa abordagem é que, no fim do treinamento, os estudantes terão um acervo de todas as atividades de segurança do paciente. Poderão utilizá-lo para auxiliá-los em entrevistas de empregos e em suas carreiras futuras.

O conhecimento do gerenciamento de risco clínico pode ser avaliado por meio de um dos métodos a seguir:

- um portfólio;
- discussão de caso clínico, observações escritas sobre uma atividade de gerenciamento de risco, como um processo de revelação de erro ou sistema de monitoramento de incidentes;
- os estudantes também podem escrever relatos reflexivos sobre como as reclamações são gerenciadas nos hospitais ou clínicas, os sistemas vigentes para comunicar erros no serviço de saúde ou como os médicos aprendem com seus erros.

Essa avaliação pode ser tanto formativa quanto somativa; as avaliações podem variar de satisfatória/insatisfatória a uma nota numérica.

Veja os formulários na Parte B, Anexo 2 para exemplos de avaliação.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação dos estudantes é importante para que haja uma revisão da aula e uma indicação de como ela pode ser melhorada. Ver o Guia do Professor (Parte A) para ler um resumo dos princípios importantes de avaliação dos estudantes.

Referências

1. Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. London, British Medical Journal Books, 2001:9-14.
2. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000, 320:759-763.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

4. Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75-76.
5. Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687-693.
6. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513-1516.
7. Leonard C, et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well-being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22-25.
8. Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838-1848.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
10. Rogers AE, et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23: 202-212.
11. Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57-71.
12. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154-165.
13. Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

ambiente e a cultura locais. Os instrutores não precisam utilizar todos os slides, e é melhor adaptá-los para as áreas a serem cobertas durante a aula.

Todos os nomes de medicamentos estão de acordo com a *WHO International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; acesso em 24 de março de 2011).

Slides para o Tópico 6: Compreender e gerenciar o risco clínico

Palestras expositivas, em geral, não são a melhor forma de ensinar segurança do paciente aos alunos. Se uma palestra for a opção escolhida, deve-se planejar a interação dos estudantes e uma discussão durante o evento. Utilizar um estudo de caso é uma maneira de gerar uma discussão de grupo. Outra forma é fazer perguntas aos estudantes sobre diferentes aspectos dos serviços de saúde que trarão à tona questões contidas neste tópico, como a cultura de culpa, a natureza do erro e como os erros são administrados em outras áreas.

Os slides para o Tópico 6 foram planejados para auxiliar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os slides podem ser adaptados para o

Tópico 7

Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados

Introdução - Por que os estudantes precisam conhecer os métodos para diminuir os danos e melhorar os cuidados em saúde?



Desde os primeiros estudos acerca da extensão dos danos causados a pacientes, a segurança deles se transformou em uma disciplina com base teórica e métodos de ciência de segurança elaborados para avaliar os eventos adversos e levar a melhorias significativas e sustentáveis com o objetivo de impedir que eventos semelhantes ocorram no futuro [1]. Reconhecer que eventos adversos ocorrem não é suficiente. É preciso também entender suas causas e fazer as mudanças necessárias para impedir danos futuros. Emmanuel et al. descrevem a *ciência de segurança* como os métodos pelos quais o conhecimento da segurança é adquirido e aplicado para criar sistemas altamente confiáveis. Organizações altamente confiáveis planejam-se para as falhas, projetando e operando sistemas que têm “segurança para falhas”. Diversos métodos foram desenvolvidos com esse propósito. Muitos dos quais vêm de fora do campo de saúde, como engenharia, psicologia aplicada, fisiologia humana e administração.

A maior parte dos estudantes está familiarizada com o termo *prática baseada em evidência*, assim como com estudos controlados aleatoriamente (ou randomizados), que permitem que os pesquisadores estabeleçam se determinado tratamento é validado por evidências ou simplesmente pelas crenças dos profissionais. Métodos de pesquisa científica, como um estudo clínico controlado aleatoriamente, são usados para avaliar a eficácia clínica; o estudo clínico controlado aleatoriamente é o padrão ouro da pesquisa clínica. A pesquisa sobre melhoria da qualidade usa metodologias projetadas para avaliar características únicas associadas a um evento adverso, componentes contextuais ou processos de cuidados que podem resultar em um evento adverso e no desenvolvimento e comprovação de soluções apropriadas. É mais do que medir a frequência de um evento.

Quando um problema se torna aparente durante o cuidado dos pacientes, ele deve ser resolvido ou administrado o quanto antes. Não se pode controlar eventos como em estudos experimentais. Para entender o que aconteceu e o porquê, é necessário estudar e analisar o evento específico. Essas observações e conclusões podem então ser usadas para projetar sistemas mais seguros. Mais adiante, neste tópico, descrevemos as diferenças nas mensurações entre processos de pesquisa e melhorias.

Métodos de melhoria da qualidade são usados há décadas em outras áreas. No entanto, estudantes das áreas de saúde podem estar menos familiarizados com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados, o que envolve mudar o modo como os sistemas e os trabalhadores de saúde funcionam para atingir melhores resultados para os pacientes [2].

A segurança do paciente necessita de um profundo conhecimento dos processos de cuidados ao paciente, assim como da habilidade de avaliar os resultados dos pacientes e testar se as intervenções usadas para corrigir um problema foram eficazes. Se os resultados do cuidado do paciente não são mensurados, é difícil saber se as providências tomadas pelos profissionais de saúde para resolver um problema realmente melhoraram a situação. A simples implementação de um protocolo pode não resolver o problema; podem haver outros fatores que contribuam para o problema além de os funcionários não seguirem os passos adequados. Entender as múltiplas causas de eventos adversos exige o uso de métodos elaborados para que todas as causas prováveis sejam percebidas. A ciência da segurança inclui ações para impedir o acontecimento de eventos adversos. Métodos de pesquisa científica focados na melhoria podem incorporar uma ampla gama de metodologias e, em geral, consideram o contexto e a complexidade da mudança social [1].

A implementação da maioria dos métodos de melhoria da qualidade envolve equipes de pessoas que trabalham juntas usando um processo acordado para resolver ou evitar um problema específico. Porém, antes de tudo, os membros da equipe precisam concordar que vale a pena resolver o problema em questão. Os estudantes são incentivados a descobrir se a unidade de saúde na qual estão treinando tem um programa de melhoria de qualidade e se podem observar ou se unir a uma equipe que participe de uma atividade de melhoria.

Maneiras de os estudantes começarem a entender o papel da melhoria da qualidade:

- perguntar e aprender sobre ferramentas que podem ser usadas para melhorar a segurança do paciente;
- reconhecer que boas ideias podem vir de qualquer pessoa;
- estar ciente de que o ambiente local é um fator-chave no processo de melhoria;
- estar ciente de que as maneiras como as pessoas atuantes pensam e reagem são tão importantes quanto as estruturas e processos;
- perceber que a disseminação de práticas inovadoras é resultado da adoção de novos processos;
- entender que avaliar o resultado do paciente é necessário para projetar as estratégias apropriadas e avaliar a melhoria.

O princípio central da melhoria na saúde é que a qualidade dos cuidados não é algo controlado no fim, mas ao longo de todo o processo de trabalho. Este tópico explica algumas das teorias subjacentes a este princípio.

As tentativas tradicionais de persuadir e influenciar profissionais de saúde a mudar seu comportamento, garantindo o cumprimento de um protocolo ou promovendo programas de vigilância a respeito de interações medicamentosas têm sido pouco frutíferas em muitas áreas, como medicina, odontologia e enfermagem. Em outras, porém, como farmácia, obtiveram mais sucesso.

Centenas de comitês e grupos de pares pela melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados ao paciente fizeram milhares de recomendações nas últimas décadas. No entanto, temos visto que a publicação de provas em periódicos médicos revisados por pares não os leva a mudarem sua prática [3].

Uma série de métodos de melhoria foi elaborada para tentar lidar com essa lacuna e fornecer ferramentas a profissionais de saúde para: (i) identificar um problema; (ii) avaliar o problema; (iii) desenvolver as intervenções projetadas para resolver

o problema; e (iv) testar se as intervenções foram eficazes.

A identificação e a avaliação de cada passo na prestação de serviços de saúde é a base dos métodos de melhoria. Quando cada passo do processo é examinado, começa-se a entender como diferentes fatores se conectam, interagem e como podem ser avaliados. A avaliação é crítica para a melhoria da segurança.

Palavras-chave

Melhoria de qualidade, ciclo PDSA, mudança de conceitos, variação, métodos de melhoria da qualidade, ferramentas de melhoria, fluxogramas, diagramas de causa e efeito (diagramas Ishikawa/ espinha de peixe), diagramas de Pareto, histogramas e gráficos de registros, tabelas.

Objetivos pedagógicos

Descrever os princípios de melhorias e os métodos básicos e as ferramentas usados para avaliar a melhoria em segurança do paciente.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

É importante que os estudantes entendam as informações apresentadas neste tópico porque a melhoria só será atingida e sustentada pela avaliação continuada. Entretanto, este tópico também será um dos mais difíceis de ensinar, pois muitas organizações de saúde não têm os recursos ou conhecimentos para avaliar aspectos específicos do serviço de saúde. Uma maneira eficaz para os estudantes entenderem os benefícios de se utilizarem métodos de melhoria é observar ou participar de uma atividade de melhoria em uma unidade de saúde. Os estudantes também podem aplicar os princípios e as ferramentas apresentados neste tópico em seus próprios projetos, como melhorar hábitos de estudo, desenvolver uma rotina de exercícios, passar mais tempo com a família e os amigos.

Conhecimento necessário

Os estudantes devem conseguir descrever:

- a ciência da melhoria;
- conceitos básicos de mudança;
- princípios de melhoria;
- o papel da avaliação na melhoria.

Desempenho esperado

- Identificar as oportunidades para usar ciência da segurança para analisar erros.
- Avaliar a gama de métodos de melhoria disponíveis para reduzir o dano aos pacientes.
- Utilizar ao menos uma ferramenta de melhoria em um contexto clínico específico.
- Participar de uma atividade de melhoria (se possível).

A ciência da melhoria



A ciência da melhoria tem suas origens na obra de W. Edwards Deming, o pai da teoria da melhoria. Ele descreveu os quatro componentes do conhecimento a seguir, os quais são a base da melhoria [4]: compreensão do sistema; conhecimento das variações; teoria do conhecimento e psicologia.

Deming diz que não precisamos entender esses componentes a fundo para aplicar o conhecimento [5]. Uma analogia usada por especialistas em melhoria é que podemos dirigir um carro sem entender como ele funciona [4, 6]. Os estudantes em começo de carreira só precisam de um conhecimento básico da ciência da melhoria. O mais importante é que saibam que há métodos para melhorar os processos de cuidado [7].

Conhecimento de um sistema

Ao aplicarmos os conceitos de Deming ao campo da saúde, precisamos nos lembrar de que a maior parte dos resultados ou serviços de saúde envolvem sistemas complexos de interações entre profissionais de saúde, procedimentos e equipamentos, cultura organizacional e pacientes. Desse modo, é importante que os estudantes entendam a interdependência e as relações entre todos esses componentes (médicos, dentistas, farmacêuticos, obstetrias, enfermeiros, profissionais de saúde auxiliares, pacientes, tratamentos, equipamento, procedimentos, área de trabalho, etc.), aumentando a precisão das previsões que podem fazer sobre o impacto de qualquer mudança no sistema.

Entendendo a variação

Varição é a diferença entre duas ou mais coisas semelhantes, como taxas diferentes de sucesso para apendicectomias feitas em duas regiões diferentes de um país ou incidências diferentes de cáries em duas regiões distintas. Há uma ampla variação no serviço de saúde e os resultados dos pacientes podem ser diferentes de uma ala do hospital a outra, de um hospital a outro e de um país a outro. Entretanto, devemos estar cientes de que variação é uma característica da maior parte dos sistemas. Escassez de efetivo, equipamentos, medicamentos ou leitos podem levar a variações no serviço de saúde. Os estudantes podem adquirir o hábito de perguntarem aos professores e supervisores sobre os resultados esperados de um tratamento ou procedimento específico. Será que as três mulheres que foram transferidas para um hospital após o parto em uma clínica rural tiveram um problema com o parto? Faz diferença ter um enfermeiro extra à disposição do serviço? Será que o fracasso em fazer uma coroa dentá-

ria indica um problema com o processo? Foram cometidos menos erros médicos quando um farmacêutico entrou na equipe de plantão? A habilidade de responder a essas perguntas e a outras semelhantes faz parte do objetivo das atividades de melhoria.

Teoria do conhecimento

Deming diz que a teoria do conhecimento nos permite prever que as mudanças que fazemos levarão a resultados melhores. Prever os resultados de uma determinada mudança é um passo necessário no processo de planejamento preliminar. Muitos estudantes já têm experiência com essas previsões e já escreveram planos de estudo prevendo quais informações serão necessárias para passarem em uma prova. Aqueles com experiências específicas podem ser melhores em previsões que tenham um determinado foco. Por exemplo, profissionais de saúde que trabalham em um ambiente específico, como uma clínica rural, podem ser melhores em prever os resultados de uma mudança nesse ambiente específico. Como têm mais conhecimento sobre essas clínicas e sua forma de funcionamento (ou como deveriam funcionar), são mais eficientes em prever como uma determinada mudança afetará os pacientes e suas famílias. Quando profissionais de saúde têm experiência e conhecimento sobre o campo que querem melhorar, as mudanças propostas têm maior possibilidade de se tornar melhorias verdadeiras. Comparar resultados com previsões é uma atividade de aprendizado importante. Construir conhecimento ao fazer mudanças e depois avaliar os resultados ou observar as diferenças é a base da ciência da melhoria.

Psicologia

O último componente é a importância de se entender a psicologia de como as pessoas interagem entre si e com o sistema. Qualquer mudança, grande ou pequena, terá um impacto, e conhecer a psicologia pode nos ajudar a compreender como as pessoas podem reagir e quando podem ser resistentes à mudança. Uma ala médica em um hospital, por exemplo, inclui diversas pessoas que terão reações diversas a um evento semelhante, como a introdução de um novo sistema de monitoramento de incidentes para monitorar eventos adversos. As distintas reações em potencial devem ser consideradas quando uma mudança é feita.

Esses quatro componentes formam o sistema de conhecimento no qual se baseia a melhoria. De acordo com Deming, é impossível que a melhoria ocorra sem as seguintes ações: desenvolver, testar e implementar mudanças.

Conceitos básicos de mudança



Nolan e Schall [6] definiram o conceito de mudança como toda ideia geral com mérito provado e uma base científica ou lógica sólida que pode estimular ideias específicas para mudanças que levam à melhoria. Eles identificaram diversas fontes para pensar sobre as mudanças possíveis, que podem surgir de qualquer lugar: pensamento crítico sobre o sistema atual, pensamento criativo, observação do processo, uma ideia da literatura, uma sugestão do paciente, ou um *insight* vindo de uma área ou situação completamente distinta.

Muitas pessoas usam conceitos de mudança intuitivamente em seu cotidiano, perguntando que mudanças podem ser feitas para melhorar uma situação específica, como, por exemplo, maus hábitos de estudo, tensão com um membro da família ou dificuldades no trabalho. Perguntam: “O que posso fazer para melhorar a situação?”

Uma equipe de saúde que quer melhorar a assistência ao paciente pode usar um conceito abstrato e tentar aplicá-lo diretamente no ambiente local, em uma situação específica ou em uma tarefa que está tentando melhorar. Este processo levará em conta aspectos particulares da situação local. Esse é um passo importante pois incorpora a equipe local ao processo de melhoria. Membros da equipe que participam dessa etapa do processo se comprometerão mais com o projeto de melhoria.

Quadro B.7.1. Exemplo da aplicação de um conceito de mudança

Uma equipe de saúde quer aderir às recomendações das *Diretrizes da OMS para higiene das mãos nos serviços de saúde*. Acredita ser uma boa ideia, especificamente, pelo fato de o guia ser baseado em evidências documentadas na literatura científica e na opinião dos especialistas. Pode-se prever que, se essa Diretriz fosse usada, haveria uma melhoria subsequente, como uma diminuição na transmissão de infecções por meio das mãos dos profissionais.

Uma diretriz é um exemplo de um conceito abstrato. Assim, a equipe faria planejamentos mais específicos para implementar a diretriz no local de trabalho. Em outras palavras, ela vai aplicar o conceito abstrato com o objetivo prático, por exemplo, de reduzir infecções no local de trabalho. Se o conceito de mudança é abstrato e não prático, então precisa ser sustentado pela literatura e por evidências.

À medida que o conceito vai ficando mais local e prático (aplicado), ele deve se tornar cada vez mais

concreto, logicamente conectado e sensível à situação local.

Princípios de melhoria que fundamentam os modelos de melhoria

Melhoria de qualidade inclui qualquer processo ou ferramenta com o objetivo de reduzir uma falha de qualidade em funções sistêmicas ou organizacionais. Os princípios básicos da melhoria de qualidade são bem intuitivos: foco no paciente/cliente, liderança forte, envolvimento de todos os membros da equipe, uso de uma abordagem processual, uso de uma abordagem sistêmica na administração, melhoria contínua, uma abordagem factual na tomada de decisões e relações que sejam mutuamente benéficas a todos os envolvidos.

A melhoria envolve tanto a construção quanto a aplicação do conhecimento. A maioria dos modelos de melhoria envolve uma fase de questionamento, seguida pelo ciclo PDSA descrito por Deming (ver Figura B.7.1. abaixo).

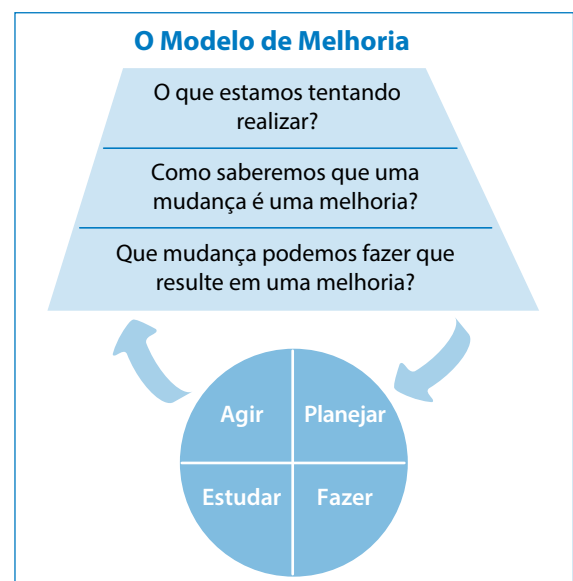
Perguntas-chave para qualquer processo de melhoria:

1. O que estamos tentando realizar?
2. Como saberemos se uma mudança constitui uma melhoria ou resultou em uma?

Não é incomum ver uma abordagem de tentativa-e-erro em esforços para mudar algo para melhor. A mesma abordagem é a base do processo PDSA usado para fazer todo tipo de melhoria, tanto grandes quanto pequenas.



Figura B.7.1. O Modelo de Melhoria



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

1. O que estamos tentando realizar?

Fazer essa pergunta ajuda a manter o foco da equipe nas áreas que querem melhorar ou corrigir. É importante que toda equipe concorde que um problema existe e que vale a pena tentar resolvê-lo. Alguns exemplos:

- (a) Concordamos que a taxa de infecção em pacientes que passam por operação no joelho é alta demais?
- (b) Concordamos que precisamos de um sistema melhor de marcação de consultas para os pacientes?
- (c) Concordamos que o modo de armazenamento dos medicamentos na clínica dental os danifica?

A confirmação da existência de um problema exige evidências que a sustentem (qualitativas ou quantitativas) para indicar a extensão do problema. Ainda nos exemplos acima:

- (a) Temos números indicando a alta taxa de infecção?
- (b) Há reclamações sobre o sistema de marcação de consultas usado na clínica?
- (c) Algum medicamento armazenado na clínica dental foi danificado no último mês?

Não é uma boa ideia se esforçar muito por algo que só uma pessoa acredita ser um problema.

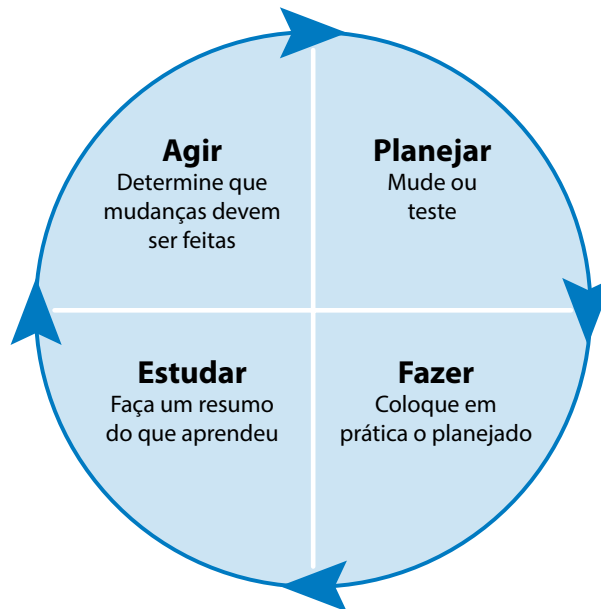
Muitos países têm bancos de dados nacionais e internacionais para indicadores específicos de doenças. Esses bancos de dados são muito úteis, principalmente para estabelecer um *benchmark*. Esses dados são importantes, pois permitem que a equipe centre seus esforços na área correta. Em alguns casos, pode não haver muitos dados disponíveis. Entretanto, independentemente da extensão das informações disponíveis, tente manter as mudanças o mais simples possível.

2. Como saberemos se uma mudança resultou em uma melhoria?

Profissionais e estudantes de saúde precisarão avaliar os resultados/parâmetros envolvidos antes e depois da mudança para ver se as ações feitas pela equipe fizeram diferença. A melhoria pode ser confirmada quando os dados coletados mostrarem que a situação melhorou com o tempo. As melhorias precisam ser mantidas continuamente antes que a equipe confie na eficácia das mudanças. Essa confirmação implica que a equipe teste diferentes intervenções planejadas e implementadas por ela. O ciclo PDSA mostrado no diagrama abaixo descreve

um método usado para auxiliar na avaliação de diversas formas para se verificar se uma intervenção foi eficaz.

Figura B.7.2. O ciclo planejar-fazer-estudar-agir



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

O ciclo começa com um planejamento e termina com uma ação. A fase de estudo é planejada para permitir que apareçam novas informações e conhecimentos. É uma fase importante na ciência da melhoria, pois novas informações permitem previsões melhores sobre os efeitos das mudanças. A aplicação do modelo PDSA pode ser simples ou complexa, formal ou informal. Exemplos práticos de situações nas quais o ciclo PDSA pode ser usado incluem melhorar os períodos de espera em uma clínica, diminuir as taxas de infecção cirúrgica em salas de operação, reduzir a duração da internação pós-cirúrgica, minimizar problemas dentais, reduzir o número de resultados de testes enviados a pessoas erradas, melhorar a experiência do parto para as mulheres. Uma atividade de melhoria formal pode exigir documentação detalhada, ferramentas mais complexas para análise de dados ou mais tempo para discussões e reuniões de equipe. O modelo PDSA depende de um formato que repita os passos inúmeras vezes até que as melhorias sejam feitas e mantidas.

Questões a serem consideradas no começo de um projeto de melhoria

Os seguintes aspectos precisam ser considerados quando se decide usar um método de melhoria.

É necessário formar uma equipe

Incluir as pessoas certas em uma equipe de melhoria do processo é fundamental para um esforço bem-sucedido de melhoria. As equipes variam de tamanho e de composição, e cada organização constitui equipes de acordo com suas necessidades. Por exemplo, se o objetivo do projeto é melhorar o planejamento de altas, a equipe deve incluir pessoas que conhecem o processo, enfermeiros de alta, médicos de cuidados primários, farmacêuticos, dentistas ou obstetristas (dependendo do paciente em questão) e pacientes.

A equipe precisa definir os objetivos do processo de melhoria

A melhoria precisa ter objetivos definidos. Os objetivos devem ter prazos específicos e ser mensuráveis, além de se referirem a um conjunto específico de pacientes que serão afetados. Isso ajuda a manter a equipe e seus esforços focados.

A equipe precisa estabelecer como avaliará as mudanças

As equipes usam métodos quantitativos para determinar se uma mudança específica leva de fato a uma melhoria.

A equipe precisará selecionar as mudanças a serem feitas

Toda melhoria precisa de mudanças, mas nem toda mudança resulta em uma melhoria. Assim, as organizações devem identificar as mudanças que têm mais chances de resultar em melhoria.

A equipe precisa testar as mudanças

O ciclo PDSA é uma maneira de testar uma mudança no ambiente real de trabalho, incluindo o planejamento de mudança, a experimentação, a observação dos resultados e a ação a partir do que foi aprendido. Este é um exemplo do método científico.

A equipe precisa implementar as mudanças

Após testar uma mudança em pequena escala, aprender com cada teste e refinar a mudança por meio de diversos ciclos PDSA, a equipe pode implementar a mudança em uma escala maior, por exemplo, para uma população-piloto ou em uma unidade de saúde completa.

A equipe precisa disseminar as mudanças

A implementação bem-sucedida de uma mudança ou conjunto de mudanças para uma população-piloto ou uma unidade inteira pode permitir que a equipe ou os gestores disseminem as mudanças para outras partes da organização ou para outras organizações.

O papel da avaliação na melhoria

Atividades de melhoria de qualidade necessitam de profissionais de saúde para coletar e analisar os dados gerados pelos processos da área de saúde. Por exemplo, os alunos não podem estudar uma mudança nos seus hábitos de estudo sem obter alguma informação sobre seus hábitos de estudo atuais e sobre o ambiente no qual moram e estudam. Primeiro precisam examinar os dados para ver se há um problema com seus hábitos de estudo. Depois, precisam decidir qual informação é necessária para avaliar se houve alguma melhoria.

Tabela B.7.1. Mensurações distintas para objetivos distintos



	Mensuração para pesquisa	Mensuração para melhoria do aprendizado e melhoria do processo
Propósito	Descobrir um conhecimento novo	Trazer um conhecimento novo para a prática diária
Testes	Um grande teste “às cegas”	Muitos testes sequenciais observáveis
Vieses	Controlar o maior número de vieses possível	Fixar as perspectivas a cada teste
Dados	Coletar o máximo de dados possível, caso sejam necessários	Coletar dados suficientes para aprender e completar outro ciclo
Duração	Pode demorar muito tempo para que resultados sejam obtidos	Pequenos testes de mudanças significativas aceleram a taxa de melhoria

Fonte: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>) [8].

Nessa analogia, o propósito do projeto de melhoria é fazer uma mudança nos hábitos de estudo dos alunos levando a um maior sucesso nas provas, em vez de simplesmente identificar os alunos com maus hábitos.

A avaliação é um componente essencial da melhoria pois força as pessoas a olharem para o que fazem e como fazem.

Todos os métodos de melhoria dependem de avaliação. A maior parte das atividades na área da saúde pode ser medida, embora hoje em dia não seja. Há fortes evidências mostrando que, quando se usam as ferramentas apropriadas para avaliar mudanças, melhorias significativas podem ser feitas. Os estudantes, no nosso exemplo acima, só saberão se melhoraram seus hábitos de estudo ao medirem cada situação antes e depois. A Tabela B.7.1 descreve as diferenças na avaliação de processos de pesquisa e melhoria.

Há três tipos principais de indicadores usados na avaliação da melhoria: indicadores de resultados, indicadores de processos e indicadores de equilíbrio.



Indicador de resultados

Exemplo de indicadores para avaliação de resultados incluem frequência de eventos adversos, números de mortes inesperadas, pesquisas de satisfação de pacientes e outros processos que capturam as experiências dos pacientes e das famílias. Isso inclui pesquisas, auditorias dos registros médicos e outros métodos, como entrevistas, que busquem avaliar a incidência de eventos adversos, a percepção das pessoas ou atitudes em relação ao serviço e seu nível de satisfação com os serviços de saúde.

Exemplos específicos:

- acesso: tempo de espera para consultas e exames;
- cuidados intensivos: número de mortes na emergência ou número de mortes/*near misses* devidos à hemorragia pós-parto ou eclampsia;
- sistemas de medicação: número de erros de dosagem ou administração de medicamentos que ocorreram ou foram detectados.

Nas auditorias de erros médicos, bandeiras vermelhas são usados para identificar e avaliar a frequência de eventos adversos.

Indicador de processos

A avaliação de processos se refere às avaliações do funcionamento de um sistema. Essas avaliações focam nos componentes dos sistemas associados a um resultado negativo específico, em

oposição à incidência desses eventos. Essas avaliações são, em geral, usadas quando um profissional de saúde ou gerente mais experiente quer descobrir quão bem uma parte ou um aspecto do sistema ou serviço de saúde está funcionando ou sendo fornecido.

Exemplos específicos:

- cuidado cirúrgico: número de vezes que a contagem de *swabs* estava completa;
- administração de medicamentos: atrasos na administração de medicamentos; levar em consideração fatores que afetem a prescrição; o fornecimento e a administração do medicamento;
- atrasos na transferência para a sala de parto;
- acesso: número de dias em que a UTI está cheia e não tem leitos vagos.

Indicador de equilíbrio

Essas medidas são usadas para garantir que as mudanças não criem problemas extras. São usadas para examinar o serviço ou a organização sob uma perspectiva diferente. Por exemplo, se os estudantes mudam seus hábitos de estudo sem que sobre tempo para eles encontrarem os amigos, pode haver um efeito negativo no bem-estar. Um exemplo de um indicador de equilíbrio em um contexto de saúde pode envolver a certeza de que os esforços para reduzir o período no hospital para um grupo específico de pacientes não leve a um aumento nas taxas de readmissão causado por pacientes que não souberam como cuidar de si mesmos.

Exemplos de métodos de melhoria

Há diversos exemplos de métodos de melhoria no campo da saúde. Muitos alunos se familiarizam com os métodos de seus respectivos ambientes de trabalho conforme avançam na carreira. O Dr. Brent James (EUA) [9] fez melhorias significativas na área da saúde usando um método chamado metodologia de melhoria de prática clínica (CPI). Outros dois métodos populares usados em muitos países são a análise de causa-raiz (RCA) e a análise de modos de falhas e de efeitos (FMEA). Esses três modelos de melhoria são descritos brevemente abaixo.



Melhoria da prática clínica

A metodologia CPI é usada por profissionais de saúde para melhorar a qualidade e a segurança na assistência. Isso é feito por meio de uma análise detalhada dos processos e resultados dos cuidados clínicos. O sucesso de um projeto de CPI depende da equipe que cobre cada uma das cinco fases a seguir.

Fase do projeto

Os membros da equipe precisam se perguntar o que desejam corrigir ou realizar. Podem fazer isso desenvolvendo uma declaração de objetivo que descreva o que querem fazer em algumas frases. Os pacientes sempre devem ser considerados integrantes da equipe. Nessa etapa, a equipe deve considerar os tipos de medição a serem usados.

Fase do diagnóstico

Alguns problemas incomodam, mas pode não valer a pena resolvê-los em função dos benefícios mínimos associados ao seu reparo. Desse modo, a equipe precisa se perguntar se o problema que identificaram vale a pena ser resolvido. A equipe deve estabelecer a dimensão do problema, conseguindo o máximo possível de informações sobre ele. A equipe também precisa entender as expectativas dos participantes. Um exercício de *brainstorming* da equipe pode gerar mudanças que podem trazer melhorias. Uma decisão sobre a forma de medir melhorias precisa ser tomada durante esta fase.

Fase de Intervenção

Neste momento, a equipe já deverá ter resolvido quais são os problemas e refletido sobre as possíveis soluções. Cada uma das soluções propostas deverá ser testada por um processo de tentativa e erro usando os ciclos PDSA para testar mudanças, observar os resultados e manter o que funcionar.



Fase de impacto e implementação

Esse é o momento de medir e registrar os resultados dos testes de intervenção. As intervenções fizeram alguma diferença?



Os efeitos de todas as mudanças precisam ser medidos, para que se possa afirmar que mudança fez alguma diferença de fato. De outro modo, não podemos descartar as possibilidades de que qualquer avanço tenha sido o resultado de uma coincidência ou de um caso isolado. O objetivo é apresentar uma mudança que resulte em melhoria constante. Os dados que mostram os resultados da mudança são expostos em tabelas e métodos estatísticos apropriados. Usando os hábitos de estudo dos alunos como exemplo, podemos dizer que eles melhoraram esses hábitos, se mantiveram ou mudaram esses hábitos durante alguns meses e se não voltaram aos hábitos antigos.

Fase de manutenção e melhoria

A fase final requer que a equipe desenvolva e concorde com um processo de monitoramento e planeje uma melhoria continuada. As melhorias alcançadas neste momento se tornarão futuros erros



caso não haja planos de como serão mantidas.

Essa fase pode incluir a padronização de processos e sistemas existentes para atividades de trabalho, assim como a documentação de políticas, procedimentos, protocolos e diretrizes relevante. Essa fase também pode envolver medições e revisões para permitir que a mudança se torne rotineira, assim como o treinamento e a instrução dos funcionários.

Exemplo de projeto de CPI

O exemplo a seguir de um projeto de CPI ajudará os estudantes a entenderem essa ferramenta e a usá-la no processo de melhoria. O caso abaixo descreve um projeto durante um programa de CPI conduzido pelo Northern Centre for Health-Care Improvement (Sidney, New South Wales, Austrália). O nome do hospital e dos participantes foram retirados. O título do projeto é *Recuperação Acelerada da Cirurgia de Colectomia*.

A primeira coisa que a equipe fez foi identificar exatamente o que precisava ser corrigido. Será que o tempo de internação de pacientes que fazem a cirurgia de colectomia é maior do que o necessário? Houve um acordo a respeito da seguinte declaração de missão:

Reduzir o tempo de internação de pacientes que fazem colectomia de 13 para 4 dias em um prazo de seis meses no hospital de base.

O passo seguinte no processo foi garantir que fosse selecionada a equipe certa para participar do projeto. Os membros da equipe precisam ter o conhecimento fundamental necessário para a tarefa em questão.

Coordenadores da equipe:

- gestor do serviço de saúde;
- diretor executivo do hospital;
- diretor de enfermagem do hospital;
- enfermeiro consultor de área clínica (controle da dor);
- médico especialista (cirurgião).

Membros da equipe:

- enfermeiro consultor de área clínica, controle da dor (líder da equipe);
- cirurgião geral;
- anestesista;
- enfermeiro para dor aguda;
- clínico pré-operatório;
- enfermeiro lotado na ala cirúrgica;
- farmacêutico;
- fisioterapeuta;
- nutricionista;
- paciente.

Voltaremos a esse exemplo posteriormente neste capítulo.

Análise da causa-raiz

Muitos hospitais e serviços de saúde estão usando um processo chamado *análise da causa-raiz* (RCA) para determinar as causas subjacentes a eventos adversos. O método RCA foi desenvolvido no campo da engenharia e agora é usado em diversas organizações, inclusive a de assistência à saúde. O RCA é usado após a ocorrência de um incidente para descobrir as causas primárias. Assim, ele foca no incidente específico e nas circunstâncias ao seu redor. Entretanto, há muito a se aprender com esse processo retrospectivo que pode evitar a ocorrência de eventos semelhantes no futuro.

O RCA é um processo definido que busca explorar todos os possíveis fatores associados a um incidente ao perguntar o que houve, por que aconteceu e o que pode ser feito para evitar uma nova ocorrência.

Profissionais de saúde precisam de treinamento nesse método, assim como na metodologia CPI. Muitos países criaram programas de treinamento para ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem habilidades para a condução de RCAs. O VA (NT: Veterans Affairs) dos Estados Unidos e hospitais na Austrália adaptaram o RCA para a investigação de eventos adversos. O modelo VA se tornou um protótipo para organizações de saúde no mundo todo.

É difícil que uma equipe de profissionais de saúde conduza um RCA sem o apoio da sua organização, incluindo pessoal, tempo e apoio dos administradores, clínicos e do diretor executivo.

O VA desenvolveu um guia para os funcionários sobre as possíveis áreas e perguntas que terão que fazer para descobrir os fatores que possivelmente estão envolvidos em um incidente.

- **Comunicação:** O paciente foi identificado corretamente? A informação das avaliações do paciente foi compartilhada com os membros da equipe de tratamento em momento oportuno?
- **Ambiente:** O ambiente de trabalho foi projetado para sua função? Foi feita uma avaliação do risco do ambiente?
- **Equipamento:** O equipamento foi projetado para o propósito pretendido? Existe uma revisão documentada sobre uma revisão de segurança do equipamento?
- **Barreiras:** Que barreiras e controles estavam envolvidos no incidente? Eles foram projetados para proteger pacientes, funcionários, equipamento ou o ambiente?
- **Regras, políticas e procedimentos:** Houve um plano geral de administração para lidar com o risco e designar a responsabilidade pelo risco? Foi feita uma auditoria para um evento semelhante no passado? Se foi, as causas foram identificadas e foram feitas intervenções eficazes e implementadas a tempo?

- **Fadiga/cronograma de trabalho:** Os níveis de vibração, ruído e outras condições ambientais são apropriados? Os funcionários dormiram adequadamente?

Todas as recomendações devem remeter à causa-raiz do problema. Devem ser específicas, concretas e facilmente compreensíveis. As recomendações devem ser realistas; devem ser implementáveis. As funções e responsabilidades para realizar as implementações devem ser claramente definidas, com um plano para sua execução.

Análise de Modo de Falha e Efeito (FMEA)

Histórico

O objetivo do FMEA é prevenir a ocorrência de problemas na assistência à saúde. O método FMEA tem sua origem no exército dos Estados Unidos, com o Procedimento Militar MIL-P-1629, e existe nos dias atuais como o Padrão Militar 1629a. Procedimentos para efetuar uma análise crítica de modo e efeito de falha [10]. No nível mais básico, a FMEA busca identificar o efeito de uma falha em algum componente. Como essas falhas ainda não ocorreram, são expressas em uma pontuação probabilística de chance e de significância de impacto. As equipes, então, usam essa informação para apresentar melhorias de qualidade nas suas respectivas organizações. A implementação das melhorias de qualidade baseadas na FMEA na saúde tiveram início nos primeiros anos da década de 1990. Desde então, o uso do FMEA se expandiu, principalmente no ambiente dos pacientes. O crescimento nesse domínio de saúde se deve, em grande parte, ao fato de que agora é usado por organizações que fazem as certificações hospitalares, além de ser usada na tradução da linguagem FMEA de engenharia para outra mais acessível aos profissionais de saúde.

FMEA: panorama geral

A abordagem FMEA busca encontrar e identificar possíveis falhas no sistema e implementar estratégias que as impeçam de acontecer. A FMEA costuma ser uma parte de um conjunto mais amplo de iniciativas de melhoria da qualidade implementadas por uma organização de saúde e envolve um processo de três etapas:

1. Avaliação de risco
 - (a) Identificação de riscos: envolve analisar as evidências de que o processo em questão resulte em algum dano.
 - (b) Análise de sistemas: envolve diagramar por completo o processo de cuidados existentes e avaliar quaisquer potenciais riscos de danos associados. É nesta etapa que o FMEA é conduzido.

(c) Caracterização de risco: as descobertas dos dois primeiros passos são integradas. Nesse passo, suposições, incertezas e julgamentos são apresentados. Com base nas aprovações, é criada uma lista de ações a serem tomadas para reduzir o risco.

2. Implementação

3. Avaliação

Conhecimentos e habilidades básicos

Para entender o básico do FMEA, os estudantes precisam aprender o conceito de mapeamento de processos e o papel do trabalho em equipe.

O *mapeamento de processos* é usado em todas as áreas de produção, mas na assistência clínica se refere simplesmente à identificação de todos os passos envolvidos na administração de cuidados e à obtenção de um quadro mais claro sobre a maneira como o serviço de saúde é organizado e operado.

O objetivo das *equipes de solução de problemas* é fazer um *brainstorm* de quais maneiras as etapas específicas em um processo de assistência clínica podem falhar. Uma característica específica do FMEA é que as equipes podem quantificar modos de falha ao analisar o produto da pontuação da severidade, da ocorrência e da detecção para produzir um número de prioridade de risco. Cada um dos três quantificadores é, em geral, avaliado em uma escala de 1 a 10. O número da prioridade de risco facilita a ordenação, que auxilia as equipes de resolução de problemas a direcionar seus esforços para os componentes do processo que precisam ser considerados mais rapidamente.

Construir um FMEA é uma atividade em equipe que pode levar diversas sessões e horas de deliberação. Um elemento crítico deste método (e de outros) é que a resolução de problemas ocorre com equipes compostas por pessoas com habilidades, históricos e competências variados. Grupos são melhores em resolver problemas do que indivíduos, em especial quando as tarefas são complexas e precisam da consideração e integração de muitos componentes. Além disso, decisões de grupo alcançadas por meio da deliberação conjunta e respeitosa são fundamentalmente superiores às decisões tomadas por indivíduos ou grupos operando pela regra da maioria [11].

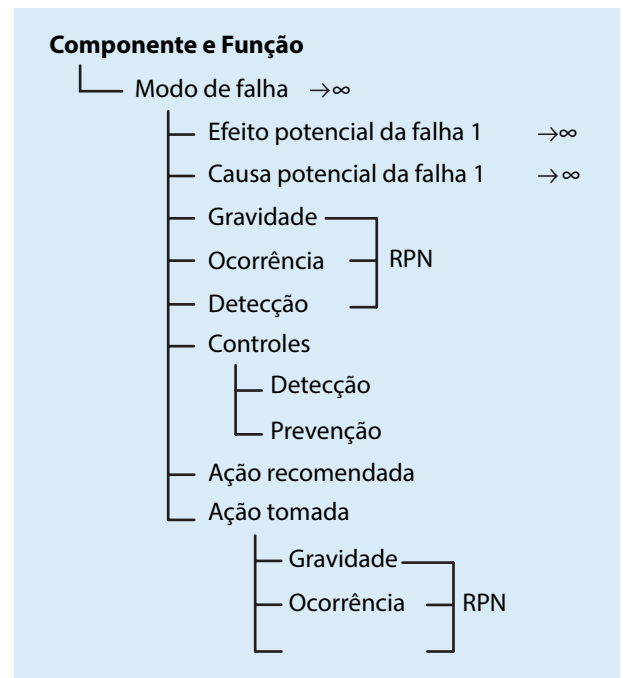
A questão a ser explorada começa com a etapa de orientação, seguida pela avaliação ou apreciação da equipe em relação ao tema. Por fim, toma-se uma decisão e chega-se a um acordo sobre a ação a ser realizada. Equipes eficazes na resolução de problemas formulam o objetivo do seu trabalho, permitem a expressão aberta das diferenças e

uma revisão comparativa das diferenças e das alternativas. Os membros de equipes eficazes se escutam e se apoiam mutuamente.

Há muitos modelos e formatos disponíveis para FMEA, mas todos seguem a mesma estrutura básica mostrada na Figura B.7.3.

Figura B.7.3.

Componente e função de FMEA



Fonte: FMEA [web site] <http://www.fmea-fmeca.com/index.html> [12].

Índice de Prioridade de Risco (RPN) é uma medida usada na avaliação de risco para ajudar a identificar modos de falha crítica associados ao projeto ou processo. Os valores RPN vão de 1 (o melhor absoluto) a 1000 (o pior absoluto). O RPN do FMEA costuma ser usado na indústria automotiva e é semelhante aos números usados criticamente no Mil-Std-1629a (Padrão Militar dos Estados Unidos para realização de FMEAs). O gráfico acima mostra os fatores que formam o RPN e como ele é calculado para cada modo de falha [12].

Ferramentas para avaliar problemas subjacentes e o progresso

As ferramentas a seguir, de organização e análise de dados, costumam ser usadas em iniciativas de melhoria da qualidade na assistência à saúde. São relativamente simples de usar. Muitos serviços de saúde, como hospitais e clínicas, coletam e usam dados de forma rotineira a respeito dos serviços fornecidos e os analisam estatisticamente para

relatar às autoridades de saúde locais ou ao chefe do serviço de saúde.

As ferramentas a seguir são usadas de modo regular em iniciativas de melhoria da qualidade: fluxogramas; diagramas de causa e efeito (também conhecidos como diagramas de Ishikawa ou espinha de peixe); diagramas de Pareto e gráficos. Uma descrição dessas ferramentas está disponível mais adiante.



Fluxogramas

Fluxogramas permitem que a equipe entenda os passos envolvidos nos diversos serviços de saúde fornecidos, tais como pacientes que são submetidos a tratamentos ou procedimentos específicos. Um fluxograma é um método pictográfico que mostra todos os passos ou partes de um processo. Sistemas de saúde são muito complexos e, antes de podermos resolver um problema, precisamos entender como as diferentes partes do sistema em questão se complementam e funcionam. Os fluxogramas são mais precisos quando diversas pessoas os criam e contribuem para o seu desenvolvimento. Seria muito difícil para uma só pessoa criar um fluxograma preciso, pois essa pessoa pode não estar familiarizada com a ampla gama de ações que ocorrem em uma situação específica ou pode não ter acesso à documentação dos serviços fornecidos. Quando diversos membros da equipe estão envolvidos em sua criação, fluxogramas são uma boa maneira de ilustrar o que as pessoas realmente fazem no trabalho, em vez de mostrar o que os outros pensam que elas fazem. Mesmo que as ações descritas pelos membros da equipe possam diferir

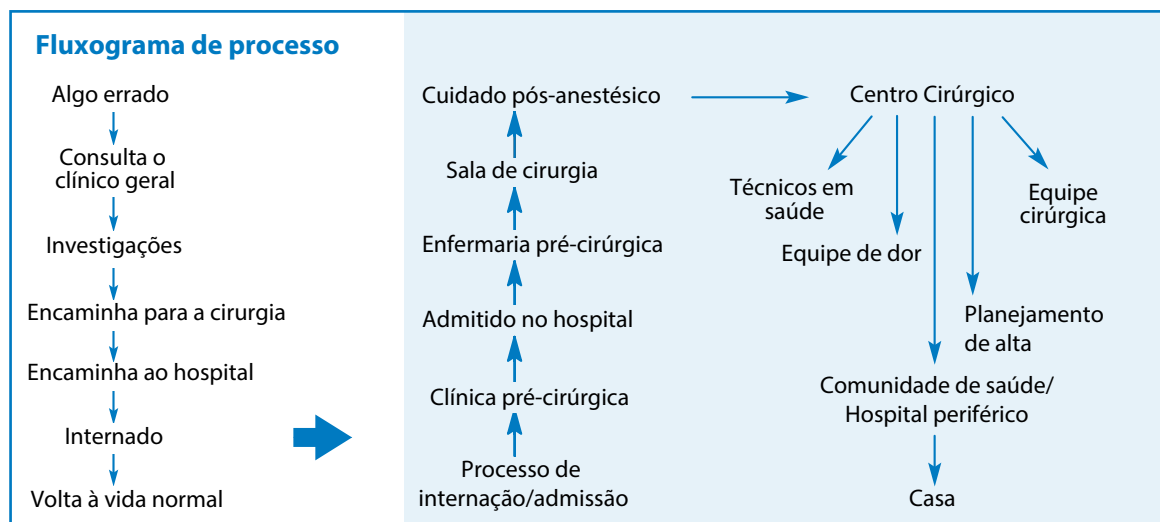
da posição oficial da organização, é importante que o fluxograma mostre o que acontece na vida real.

Esse fluxograma fornece um ponto de referência e uma linguagem comuns que todos os membros da equipe possam compartilhar. A criação de um fluxograma adequado permite uma representação precisa do processo. Ele descreve a realidade, em vez de descrever o que uma pessoa específica quer ou outras pessoas querem.

Há dois tipos de fluxogramas. Fluxogramas de alto nível e fluxogramas detalhados, e ambos têm diversos benefícios. Podem ser usados para explicar os processos envolvidos na administração de serviços de saúde. Podem também ser usados para identificar os passos que não agregam valor ao processo, incluindo atrasos, quebras na comunicação, armazenamento e transporte desnecessários, trabalho desnecessário e outras despesas adicionais. Os fluxogramas podem ajudar os funcionários do serviço de saúde a desenvolver um entendimento conjunto do processo e a usar esse conhecimento para coletar dados, identificar problemas, focar nas discussões e identificar recursos. Esses fluxogramas podem servir como base para projetar novas maneiras de fornecer serviços de saúde. Os profissionais de saúde que documentam o processo em questão também adquirem um melhor entendimento dos papéis e funções de cada um.

Nem todos os fluxogramas são iguais. A Figura B.7.4 mostra o fluxograma desenvolvido pela equipe que quer reduzir o tempo de internação dos pacientes de colectomia de 13 para 4 dias em um período de seis meses.

Figura B.7.4. Exemplo de um fluxograma



Fonte: Exemplo de um fluxograma de: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.



Diagramas de causa e efeito

Diagramas de causa e efeito são usados para

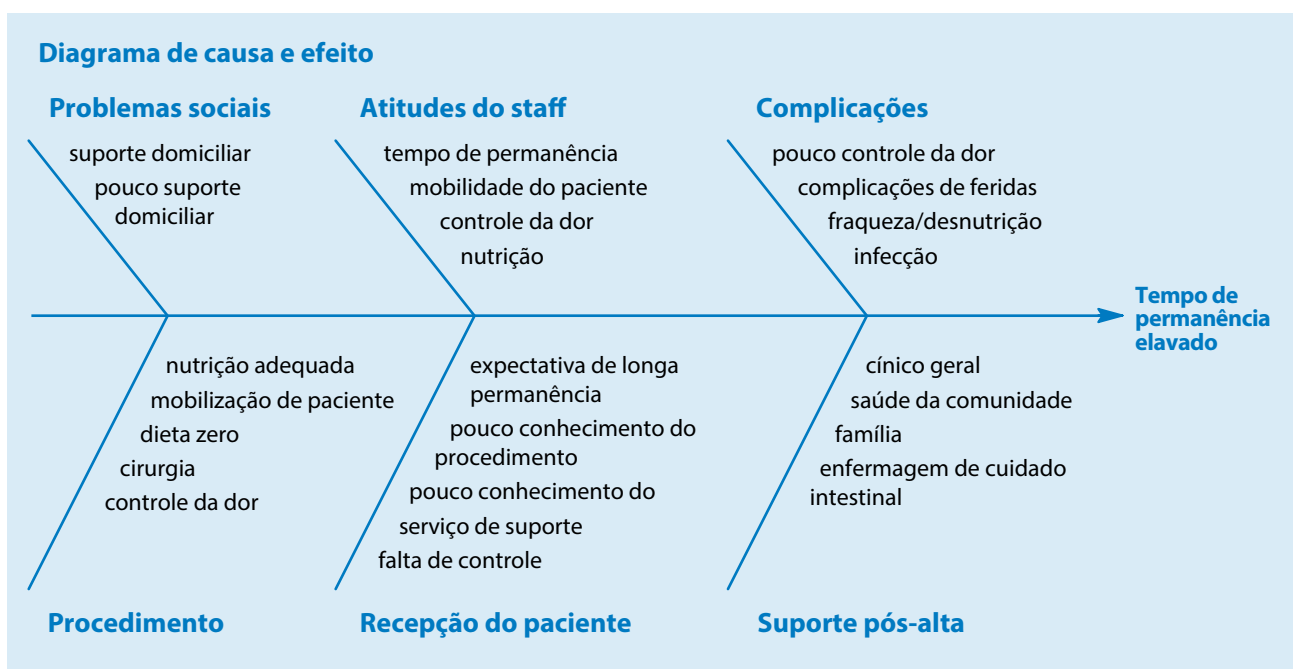
explorar e mostrar todas as causas possíveis de determinado efeito. Esse tipo de diagrama também é chamado de diagrama Ishikawa ou espinha de peixe. Um diagrama de causa e efeito mostra graficamente a relação das causas com o efeito e umas com as outras. Pode ser usado para identificar múltiplos fatores que possam contribuir para um efeito. Esse tipo de diagrama pode ajudar uma equipe a focar em áreas para melhoria. O conteúdo de cada braço do diagrama é gerado por membros da equipe enquanto fazem um *brainstorming* sobre as possíveis causas. O diagrama espinha de peixe

mostrado na Figura B.7.5 é o resultado do *brainstorming* de uma equipe de profissionais de saúde que busca reduzir a duração da internação de pacientes de colectomia no hospital.

Em continuidade ao projeto de CPI conduzido pela equipe que tenta reduzir o tempo que os pacientes de colectomia precisavam ficar no hospital após a cirurgia, um diagrama de causa e efeito foi usado para identificar os fatores que os integrantes da equipe acham que contribuem para a duração da internação dos pacientes no hospital.

Figura B.7.5. Exemplo de um diagrama de causa e efeito

Fonte: Exemplo de fluxograma de: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service,



Austrália.

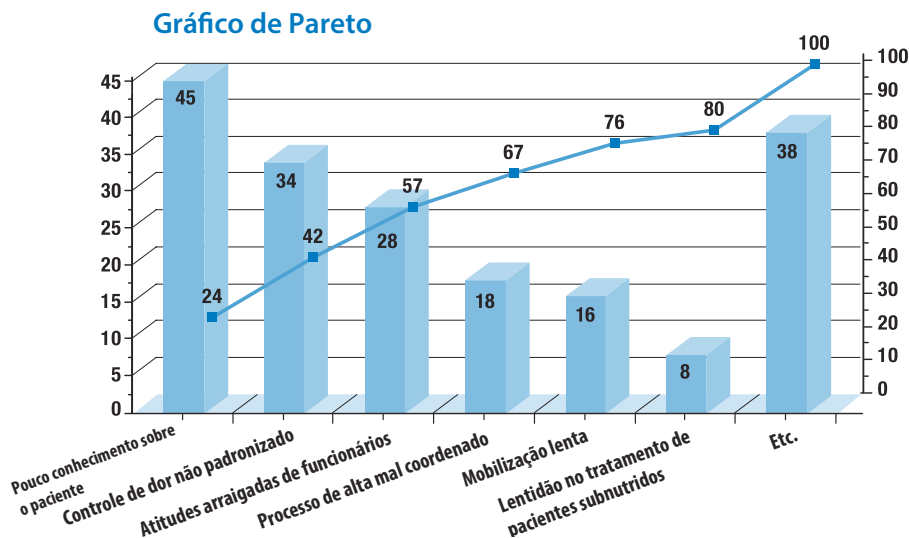
Diagrama de Pareto



Na década de 1950, o Dr. Joseph Juran [13] usou o termo *Princípio de Pareto* para descrever uma grande proporção de problemas de qualidade causados por um pequeno número de agentes. O princípio de que alguns poucos fatores causam a maior parte do efeito é usado para direcionar as iniciativas da equipe de resolução de problemas. Isso é feito priorizando problemas, ressaltando o fato de que a maioria dos problemas é afetada por poucos fatores e indicando quais problemas resolver e em que ordem.

Um diagrama de Pareto é um gráfico no qual os diversos fatores que contribuem para o efeito geral estão arranjados em ordem decrescente, segundo a grandeza relativa dos seus efeitos. A ordem dos fatores é um passo importante, pois ajuda a equipe a concentrar seus esforços nos fatores que têm o maior impacto. Ajuda também a explicar a razão para concentrar em áreas específicas.

Figura B.7.6. Exemplo de um diagrama de Pareto



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Gráficos de série temporal

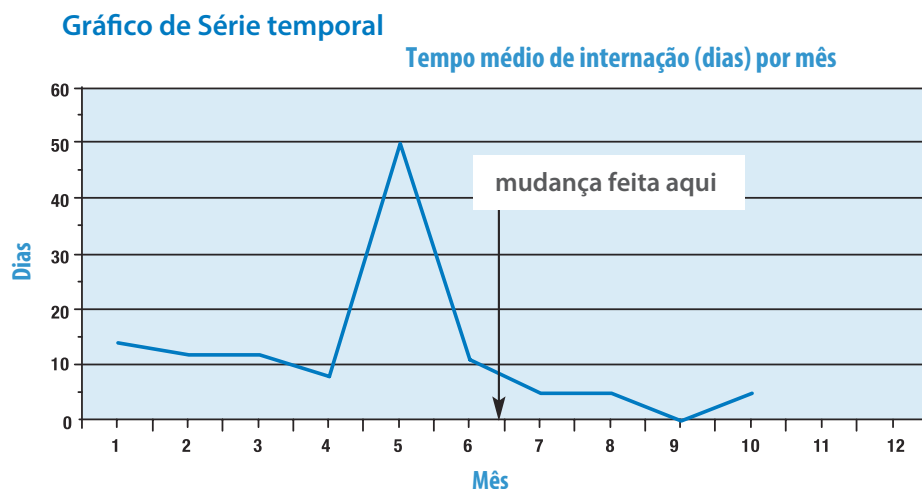


A Figura B.7.7. mostra um gráfico produzido por uma equipe de um hospital que acompanha a melhoria ao longo do tempo. Esse tipo de gráfico, ou séries temporais, mostram dados coletados ao longo do tempo que ajudam a equipe a determinar se uma mudança resultou em uma melhoria ou se os resultados observados representam uma flutuação aleatória (que pode ser mal interpretada como uma

melhoria significativa). Gráficos de série temporal ajudam a identificar quando há uma tendência. Uma tendência se forma quando uma série de pontos consecutivos descem ou sobem continuamente.

Os gráficos de série temporal podem ajudar equipes a avaliar como um processo específico está ocorrendo e identificar quando uma mudança resultou em uma melhoria real.

Figura B.7.7. Exemplo de um gráfico de série temporal



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Histogramas

Histogramas são um tipo de gráfico em barras. Um histograma é uma representação gráfica da distribuição de probabilidade de uma variável, que mostra as frequências de pontos de dados em regiões discretas.

Estratégias para sustentar melhorias



Implementar as melhorias não é o fim do processo; a melhoria precisa ser mantida ao longo do tempo. Isso significa uma medição e ajuste contínuos por meio dos ciclos PDCA. As estratégias a seguir foram identificadas pela equipe que queria reduzir o tempo que os pacientes de colestomia precisavam passar no hospital após a cirurgia:

- documentar o tempo de internação de cada paciente no hospital;
- calcular a média mensal de internação;
- colocar um gráfico de série temporal atualizado nos locais de operação mensalmente;
- fazer reuniões bimestrais da equipe para discutir avanços positivos e negativos;
- refinar continuamente as alternativas clínicas;
- relatar os resultados para o grupo local de governança clínica;
- disseminar essas práticas entre todas as equipes cirúrgicas no hospital e em toda a região.

Ao implementar essas estratégias, a equipe reduziu, com sucesso, o tempo de internação de pacientes que fazem colestomia no hospital. Ao fazê-lo, melhoraram a qualidade dos cuidados aos pacientes, reduzindo significativamente os riscos de infecções e acelerando a recuperação. Houve também um benefício nos custos. Mesmo assim, é preciso manter essas melhorias. A equipe planejou continuar monitorando o tempo de internação desses pacientes no hospital e vai analisar os dados mensalmente.

Resumo

Há forte evidência de que os cuidados ao paciente melhoram e os erros são minimizados quando os profissionais de saúde utilizam métodos e ferramentas de melhoria de qualidade. Só quando esses métodos e ferramentas forem usados, os esforços da equipe serão recompensados por melhorias reais e sustentáveis na assistência à saúde. Esse tópico definiu métodos para melhoria de qualidade e descreveu uma gama de ferramentas usadas na melhoria de qualidade. Essas ferramentas podem ser utilizadas em qualquer contexto: uma clínica em uma área rural remota ou um local de operação movimentado em um grande hospital da cidade.

Formatos e estratégias de ensino

Ensinar métodos de melhoria de qualidade para estudantes pode ser desafiador pois requer profissionais de saúde que já tenham tido experiência real com as ferramentas e que estejam familiarizados com os benefícios associados ao seu uso. O melhor jeito de ensinar este tópico é fazer os estudantes usarem as ferramentas de melhoria de qualidade e conseguir um treinamento individualizado em métodos de melhoria de qualidade. Os estudantes devem também ser incentivados a participar de projetos já existentes para experimentarem o trabalho em equipe envolvido nesses projetos e entenderem como os resultados dos pacientes melhoram de forma significativa quando esses métodos são usados.

Esse tópico pode ser ensinado de diversas maneiras.

Palestra interativa/expositiva



Esse tópico contém muitas informações teóricas e aplicadas adequadas para uma palestra expositiva interativa. Use os slides anexos que podem ser encontrados no site da OMS como guia para abordar o tópico todo. Os slides de PowerPoint podem ser usados, ou podem ser convertidos para uso em um projetor tradicional.

Painéis de discussão

Convide profissionais de saúde que já usaram métodos de melhoria (CPI, RCA ou FMEA) para falar sobre os processos de melhoria e se esses métodos permitiram que percebessem algo que de outro modo não conseguiriam. Os pacientes também devem ser incluídos no painel para que se feche o ciclo com a perspectiva deles. Algumas organizações estão incluindo pacientes em equipes de RCA e de CPI, pois têm contribuições inéditas a dar.

Atividades em pequenos grupos



A turma pode ser dividida em pequenos grupos. Três estudantes em cada grupo podem começar uma discussão sobre melhoria da qualidade em geral, assim como sobre os benefícios dos métodos de melhoria da qualidade e quando eles podem ser usados.

Exercícios de simulação



Pode-se desenvolver diferentes cenários para os estudantes, incluindo a prática de técnicas de *brainstorming* e/ou a elaboração de um gráfico de série temporal, um diagrama de causa e efeito ou um histograma.

Outras atividades de ensino

Esse tópico é melhor ensinado se os estudantes praticarem o uso das ferramentas e técnicas de melhoria da qualidade em seus projetos pessoais de melhoria. A seguir apresentamos alguns exemplos desses projetos:

- desenvolver melhores hábitos de estudo;
- passar mais tempo com a família;
- parar de fumar;
- perder ou ganhar peso;
- fazer mais trabalhos domésticos.

Os estudantes podem implementar o ciclo PDSA para se adequar às próprias circunstâncias pessoais e obterem um melhor entendimento do processo. Os princípios e métodos usados serão relevantes no seu trabalho profissional subsequente. Os estudantes podem começar a experimentar as ferramentas para ver como usá-las e se elas podem ajudá-los em seus próprios projetos.

Um dos melhores aprendizados ocorre quando os estudantes podem participar ou observar um processo real de melhoria da qualidade. Isso requer que os estudantes perguntem a seus instrutores, supervisores ou outros profissionais de saúde se sua unidade de cuidados em saúde realiza projetos regulares de melhoria da qualidade. Eles também podem procurar gestores em um serviço de saúde e perguntar se podem observar uma atividade de melhoria da qualidade.

Após essas atividades, deve-se pedir aos estudantes que se reúnam em duplas ou grupos para discutir com um tutor ou profissional de saúde o que observaram, se o que aprenderam estava presente ou ausente e se essas técnicas foram eficazes.

Ensinando modo de falha e análise de efeitos

Antes de ensinar FMEA aos estudantes, eles precisam demonstrar uma proficiência básica em criar diagramas de processos. A porção relativa ao FMEA deste tópico é para ser ensinada em duas partes. A primeira é uma palestra. O objetivo do instrutor durante essa palestra é apresentar os princípios básicos do FMEA aos estudantes. A palestra deve mostrar como criar uma tabela FMEA simples com base em um diagrama de processo básico, assim como enfatizar formas de identificar múltiplos modos de falha em potencial e causas por componente ou função. Exemplos de escalas para determinar gravidade e ocorrência também devem ser enfatizados.

A segunda parte da aula é um exemplo de caso verdadeiro. Os estudantes devem ser separados em grupos de não menos que quatro participantes. Grupos maiores são, na verdade, melhores, pois têm mais chance de agregar visões divergentes e eles precisarão trabalhar com mais afinco para chegarem a um consenso. O estudo de caso usado deve ser relevante para o grupo profissional. O objetivo de cada grupo de estudantes é criar um FMEA com base no estudo de caso.

Isso não deve levar mais do que 30 minutos. O objetivo não é completar o processo, mas que os estudantes pratiquem o que aprenderam. Cada grupo apresenta seu FMEA com as questões ordenadas por RPN da mais significativa à menos significativa.

Ferramentas e material de referência

Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP, et al, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Bonnabry P, et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9-16.

Análise de causa-raiz

Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010 (<http://www.va.gov/NCPS/rca.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Guia de melhoria clínica

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002. (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Análise de modo de falha e efeito

McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. *The basics of FMEA*, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

Avaliação do conhecimento deste tópico

Diversos métodos de avaliação são adequados a este tópico. Pode-se pedir aos estudantes para completarem um projeto de melhoria deles mesmos e para fazerem um relato da experiência ou escreverem uma avaliação reflexiva sobre uma observação de uma atividade de melhoria que observaram ou da qual participaram.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante para analisar como uma aula ocorreu e como pode ser melhorada. Ver o Guia do Professor (Parte A) para ler um resumo dos princípios de avaliação importantes.

Referências

1. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K et al, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Health Care*, 2005, 14:319-325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615-1618.
4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW, et al. *Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goes.gov/procurement/antenna_docs/reference/MIL-STD-1629A.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
11. Bales RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [web site] (<http://www.fmea-fmeca.com/index.html>; acesso em 21 de novembro de 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. New York, McGraw-Hill, 1964.

Slides para o Tópico 7: Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados

Palestras expositivas, em geral, não são a melhor forma de ensinar aos estudantes segurança do paciente. Se uma palestra for o método escolhido, é uma boa ideia planejar uma interação dos estudantes e uma discussão durante essa palestra. Utilizar um estudo de caso é uma maneira de gerar uma discussão de grupo. Outra maneira é perguntar aos estudantes sobre os diferentes aspectos do serviço de saúde que expõem as questões contidas neste tópico, como uma mudança nos princípios de gestão e a importância da medição.

Os slides para o Tópico 7 foram elaborados para ajudar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os slides podem ser modificados para se adequarem ao ambiente e à cultura locais. Os instrutores não precisam utilizar todos os slides e é melhor adequá-los às áreas a serem cobertas pela aula.

Tópico 8

Envolver pacientes e cuidadores

Uma mulher sofre de uma gravidez ectópica rota

Samantha estava grávida de 6 semanas e meia (via inseminação de doador) quando foi encaminhada pelo seu clínico geral para um ultrassom urgente. Os ultrassons transabdominal e transvaginal sugeriam uma gravidez ectópica do lado direito. Durante o procedimento, o radiologista perguntou a Samantha quando ela teria uma consulta com sua obstetrix ou seu clínico geral. Ela disse que seria ao meio-dia do dia seguinte. A única discussão que se seguiu foi se ela levaria as radiografias consigo ou se o médico teria que mandá-las ao seu profissional de saúde. Acabaram decidindo que ela as levaria.

Samantha recebeu as radiografias em um envelope lacrado onde estava escrito: “A ser aberto apenas pelo médico solicitante”. Em nenhum momento ela foi avisada da seriedade de sua condição ou instruída a entrar em contato com um médico imediatamente. Ao chegar em casa, Samantha decidiu abrir o envelope e ler o relatório do ultrassom. Ela entendeu no mesmo instante a gravidade da situação e ligou com urgência para um médico que disse que ela precisava ser internada imediatamente em um hospital.

Às 21h ela foi internada em um hospital e submetida a uma cirurgia abdominal de gravidez ectópica rota. A história ressalta a importância de um envolvimento pleno com os pacientes e a necessidade de se comunicar com eles o tempo todo.

Fonte: Case studies-investigation. Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000: 60. Sydney, New South Wales, Australia.

Um cuidador resolve questões sobre o tratamento de sua mãe

Maria, 82 anos, sofreu uma pequena fratura no quadril após uma queda em casa e foi internada em um hospital. Até aquele momento, Maria era ativa e recebia cuidados em casa do filho, Nick. Após dois dias, o hospital avaliou Maria e concluiu que não estava apta para reabilitação. Ela falava pouco inglês e não havia intérprete para explicar a avaliação do hospital para ela. Maria rapidamente perdeu a confiança no hospital. Nick pensou que era cedo demais para fazer um prognóstico da recuperação de sua mãe e ficou contrariado com o fato do hospital ter se recusado a fornecer uma cópia do raio-X para o clínico geral dela. Nick entrou em contato com um serviço de apoio ao paciente quando descobriu que o hospital queria solicitar uma ordem de tutela para facilitar a transferência de Maria para um asilo.

Foi agendada uma reunião entre o chefe do apoio aos pacientes, Nick e os membros principais da equipe de tratamento. Decidiu-se pelo estabelecimento de um período experimental para ver se Maria responderia à reabilitação. A equipe também concordou em liberar o relatório de raios-X. Maria foi transferida para a unidade de reabilitação e passou com sucesso pela terapia. Posteriormente foi liberada para ir para casa sob os cuidados de Nick e com o apoio da comunidade. Esse bom resultado não teria ocorrido sem o envolvimento de Nick e de sua mãe nas discussões sobre seu tratamento.

Fonte: Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

Apresentação - Por que o envolvimento com os pacientes e as famílias é importante



Nos tempos atuais, a assistência clínica deve ser centrada no paciente, mas a realidade de muitos pacientes está longe dessa visão. Visões enraizadas sobre o nível de envolvimento que os pacientes devem ter com seu próprio cuidado são um grande obstáculo para pacientes e consumidores. A maré está mudando e, em diversos países ao redor do mundo, a voz do consumidor na área de saúde não apenas está sendo ouvida, mas está também sendo reconhecida por governos e prestadores de serviços de saúde.

Qualquer intervenção na área dos cuidados em saúde possui um elemento de incerteza quanto à melhoria da saúde do paciente. Todas as pessoas têm o direito de receber informações úteis sobre a qualidade do serviço que receberão, sobretudo se estão prestes a sofrer algum tipo de intervenção invasiva. Se o paciente consentir, os membros da família ou cuidadores também devem ser incluídos na troca de informações. O consentimento informado permite que consumidores/pacientes, em colaboração com os profissionais de saúde, tomem decisões sobre intervenções e sobre os riscos a elas associados. Essas intervenções podem incluir medicamentos ou um procedimento invasivo.

Enquanto a maior parte dos tratamentos e das intervenções de cuidados em saúde têm bons resultados, ou ao menos não causam danos, resultados ruins ocorrem e costumam ser associados a erros aleatórios ou sistêmicos, quase todos envolvendo pessoas. A qualidade do sistema de saúde pode ser julgada pela maneira com que ele lida com esses erros. O sucesso das organizações de alta confiabilidade pode ser medido em termos de como se planejam para enfrentar seus fracassos. Quando as organizações de saúde fracassam em integrar o envolvimento do consumidor com o gerenciamento de risco sistêmico, perdem acesso a importantes conhecimentos do paciente, os quais não podem ser obtidos de nenhuma outra fonte.

Disclosure (revelação do erro) é um termo usado para descrever a comunicação honesta com pacientes e cuidadores após terem sofrido algum dano. O uso de processos de revelação do erro em muitas unidades de saúde reflete a importância do profissionalismo e da honestidade nas comunicações com pacientes e seus cuidadores. Isso, por sua vez, aumentou as oportunidades de parcerias com pacientes.

Muitas organizações de consumidores estão voltando sua atenção para atividades organizacionais que promovam ou apoiem o cuidado seguro ao paciente. A iniciativa Pacientes para Segurança do Paciente da OMS (Patients for Patient Safety)[1] é

direcionada a consumidores e foca na formação em segurança do paciente e no papel desempenhado pelo sistema do serviço de saúde como um fator que contribui para eventos adversos. Quando os profissionais de saúde convidam pacientes e cuidadores a serem parceiros na prestação dos cuidados, o próprio ato já modifica a natureza da assistência prestada para essa pessoa e para a experiência dos profissionais envolvidos. Quando pacientes, cuidadores e profissionais percorrem juntos a mesma trajetória, melhora a percepção do paciente quanto à diferença entre cuidados programados e os recebidos. Menos eventos adversos deverão ocorrer, e, quando acontecerem, pacientes e cuidadores estarão mais dispostos a serem compreensivos em relação às causas subjacentes.

Muitos pacientes em tratamento, sobretudo quando hospitalizados, estão em um estado psicológico vulnerável, mesmo quando seu tratamento segue conforme previsto. Sintomas semelhantes aos de transtorno do estresse pós-traumático podem ocorrer mesmo quando são seguidos procedimentos que os profissionais creem ser rotineiros. Quando um paciente vive um evento adverso que pode ser evitado, o trauma emocional pode ser muito severo. Além disso, o trauma que surge em função da maneira como o paciente e sua família são recebidos e comunicados sobre o evento adverso pode, às vezes, ser mais danoso que o evento em si. Esse tópico proporcionará um panorama das atividades de integração do consumidor que se divide naturalmente em duas dimensões: (i) oportunidades de aprendizado e cura após a ocorrência de um evento adverso; e (ii) o envolvimento dos pacientes na prevenção de danos.

Palavras-chave

Evento adverso, revelação aberta, desculpas, comunicação, reclamações, normas culturais, revelação de erro, erro, medo, decisões fundamentadas, responsabilidade, paciente e família, foco no paciente, empoderamento do paciente, envolvimento do paciente, direitos do paciente, parcerias, notificação, perguntas.

Objetivos pedagógicos



O objetivo deste tópico é que os estudantes saibam e entendam as maneiras pelas quais os pacientes e cuidadores podem trabalhar como parceiros nos serviços de saúde, tanto evitando danos quanto aprendendo com eventos adversos.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho



Conhecimento necessário

Os estudantes precisam entender técnicas de comunicação básica, consentimento informado/procedimentos de escolha e os princípios da revelação do erro.

Desempenho esperado



Os estudantes precisam:

- encorajar ativamente os pacientes e cuidadores a compartilhar informações;
- compartilhar informações ativamente com os pacientes e cuidadores;
- demonstrar empatia, honestidade e respeito pelos pacientes e cuidadores;
- se comunicar de maneira eficaz;
- informar apropriadamente os pacientes e obter consentimento informado sobre os tratamentos e intervenções, além de apoiá-los na tomada de decisões bem-informadas;
- mostrar respeito pelas diferenças de cada paciente, pelas crenças religiosas, culturais e pessoais e pelas necessidades individuais;
- descrever e entender os passos básicos em um processo de revelação do erro;
- encarar as reclamações dos pacientes com respeito e imparcialidade;
- aplicar o raciocínio de envolvimento do paciente em todas as atividades clínicas;
- demonstrar habilidade em reconhecer a importância do envolvimento do paciente e do cuidador para um bom gerenciamento clínico.

Técnicas básicas de comunicação

Revisão dos princípios da boa comunicação Antes de entrar nos detalhes do processo de revelação do erro, é útil revisar rapidamente os princípios da boa comunicação e do consentimento informado, se ainda não tiverem sido tratados no curso.

Consentimento informado

São poucas as ocasiões em que o consentimento não é um aspecto importante da relação entre um profissional de saúde e um paciente ou cliente. O próprio ato de fornecer conselhos, medicamentos ou realizar uma intervenção traz à tona o conceito de *respeito pela autonomia*. O respeito pela autonomia se refere aos direitos de uma pessoa tomar decisões e agir de acordo com seus próprios sistemas de valores e crenças. Isso significa que não é ético que um profissional de saúde interfira nas escolhas que os pacientes fazem, a menos que a pessoa esteja inconsciente ou em uma situação que ameace sua vida. O processo de consentimento é um bom barômetro para julgar o quanto o paciente está envolvido e integrado em seu tratamento. Boa parte dos serviços de saúde é fornecida com base no consentimento verbal em vez de no consentimento escrito, o qual, em geral, está reservado a tratamentos ou procedimentos hospitalares. No entanto, até mesmo o consentimento verbal necessita de um compartilhamento abrangente e preciso de informações com o paciente. Alguns estudantes e profissionais de saúde creem que os requisitos de consentimento são cumpridos com sua apresentação inicial ou com a assinatura de um formulário de consentimento, mas o consentimento é muito mais

do que uma assinatura em um formulário ou uma discussão trivial.

O processo de solicitar o consentimento permite que os pacientes (ou seus cuidadores) considerem todas as opções que têm em relação aos seus cuidados e tratamento, inclusive alternativas ao curso do tratamento proposto. Por ser um processo tão importante, foram desenvolvidos manuais para auxiliar os profissionais de saúde a cumprirem essa tarefa de forma competente. Infelizmente, as pressões de tempo e, às vezes, as atitudes em relação aos pacientes encurtam esse processo.

O processo de consentimento tem evoluído ao longo do tempo, prestando atenção à legislação local. Em essência, o processo de consentimento tem duas fases principais [2]: elementos que informam o paciente e elementos que auxiliam o processo decisório do paciente. Os elementos que informam o paciente incluem as informações fornecidas pelo profissional de saúde e a compreensão dessa informação pelo paciente. Os elementos que auxiliam o paciente a tomar uma decisão incluem tempo para absorver as informações divulgadas e, talvez, consultar a família/cuidadores, a oportunidade de decidir de forma livre e voluntária, e a competência dos prestadores de serviços de saúde.

Os estudantes de muitas áreas do setor de saúde observarão o processo de consentimento quando forem trabalhar em hospitais, consultórios odontológicos, farmácias ou clínicas. Alguns observarão exemplos de discussões entre pacientes e excelentes profissionais sobre opções de tratamento, consentimento ou recusa de intervenção ou de tratamento, mas muitos também verão pacientes dando seu consentimento com base em informações mínimas sobre o curso de ação proposto. Não é incomum que os pacientes discutam o consentimento com farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde antes ou depois de terem falado com seu dentista ou médico. Os enfermeiros devem comunicar qualquer preocupação dos pacientes ao médico responsável para assegurar que a comunicação seja aberta e que as necessidades do paciente sejam adequadamente atendidas. A pessoa responsável pela realização do procedimento ou tratamento deve assegurar que o paciente entendeu completamente a natureza do tratamento ou procedimento e que foi informado de todos os riscos e benefícios associados.

Muitos estudantes podem se preocupar com a quantidade e com o tipo de informação que deve ser liberada e qual o nível de entendimento desejado para que se possa afirmar que o paciente foi informado de maneira adequada. Como o profissional pode saber que uma decisão de um paciente é intelectual e voluntariamente isenta de pressões intrínsecas (estresse, mágoa) e extrínsecas (dinheiro, ameaças)?

As considerações financeiras são extremamente importantes para aqueles pacientes que podem não ter planos de saúde ou outros recursos financeiros.

O que os pacientes precisam saber



Os profissionais de saúde são muito encorajados a prestar assistência baseada em evidências. Para muitos tratamentos, existe um conjunto de evidências sobre a probabilidade de sucesso e de danos decorrentes. Se essa informação estiver disponível, é importante que ela seja comunicada aos pacientes, de forma que possam entender. Havendo recursos impressos que ajudem no processo decisório, eles devem ser usados. Antes que os pacientes possam decidir se aceitam ou não os cuidados ou o tratamento, precisam ter informações sobre os assuntos a seguir.

O diagnóstico ou o problema principal

Isso inclui resultados de testes e procedimentos. Sem um diagnóstico, ou avaliação do problema, é difícil para o paciente tomar uma decisão sobre se o tratamento ou a solução será benéfica. Se o tratamento for de natureza exploratória, ele deve ser informado.

O grau de incerteza em um diagnóstico ou problema

O setor de saúde tem uma tendência inerente ao erro. A medida em que mais sintomas vão aparecendo e mais informações são fornecidas, um diagnóstico pode se confirmar ou ser modificado, ou um problema pode ser reformulado. Expor as incertezas é essencial.

Riscos envolvidos no tratamento ou na solução

Para que os pacientes tomem decisões adequadas, eles precisam estar cientes de todos os efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento ou ao procedimento, além de terem conhecimento de qualquer resultado potencial que possa afetar seu bem-estar físico/mental. Os pacientes precisam saber da natureza de qualquer risco envolvido no tratamento ou solução planejada, assim como as possíveis consequências de não se submeter ao tratamento.

Uma forma de comunicar os riscos e benefícios de um tratamento é passar de uma discussão de informações gerais sobre tratamento ou procedimento para informações específicas sobre os riscos e benefícios (e as incertezas) conhecidos e associados com o tratamento ou procedimento específico, e, em seguida, abordar as preocupações específicas e necessidades de informações do paciente ou cuidador.

Os pacientes precisam conhecer a gama de opções disponíveis, não apenas aquela preferida pelo médico. Em particular, eles precisam saber:

- o tratamento proposto;
- os benefícios esperados;
- quando o tratamento deve começar;
- a duração do tratamento;

- os custos envolvidos;
- a possível existência de um tratamento alternativo a ser considerado;
- os benefícios do tratamento; e
- os riscos de não se submeter ao tratamento.

Alguns tratamentos, descartados certos riscos, são melhores do que nenhum tratamento, devido às consequências prováveis de não se fazer nada.

Informações sobre o prazo esperado de recuperação

O tipo de tratamento ou a decisão de prosseguir com um tratamento ou procedimento pode sofrer influência de outros fatores na vida do paciente, como emprego, responsabilidades familiares, preocupações financeiras e o local do tratamento.

Nome, posição, qualificações e experiência dos profissionais de saúde que fornecem o cuidado e o tratamento

Os pacientes têm o direito de saber o nível de capacitação e experiência dos profissionais de saúde com os quais estão lidando. Se um profissional for inexperiente, a supervisão é ainda mais importante e esse dado pode fazer parte da informação fornecida.

Disponibilidade e custos de qualquer serviço ou medicamento necessário

Os pacientes podem precisar de serviços de outros profissionais de saúde. Em alguns casos, os pacientes podem precisar de assistência não-médica durante a recuperação, o que inclui desde transporte até a casa de um paciente ambulatorial que recebeu anestesia até a obtenção de medicamentos, ou auxílio com tarefas diárias enquanto se recuperam de alguma cirurgia grande. Alguns tratamentos também podem exigir uma série de tratamentos posteriores.

Uma ferramenta para uma boa comunicação



Diversas ferramentas foram desenvolvidas para melhorar a boa comunicação. Uma delas é a SE-GUE, desenvolvida pela Northwestern University (Chicago, IL, EUA) [3]:

- Set the stage: (Preparar o terreno),
- Elicit information (Pedir informações),
- Give Information (Dar Informações),
- Understand the patient's perspective (Entender a perspectiva do paciente)
- End the encounter (Terminar o encontro).

Competência cultural



O Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (APSEF) descreve o significado do termo *competência cultural* como o conhecimento, as habilidades e as atitudes que um profissional de saúde necessita para fornecer serviços de saúde adequados e apropriados a todos, de maneira a respeitar e honrar seus entendimentos e aborda-

gens específicos, baseados na cultura, a respeito da saúde e da doença [4].

Cultura é um termo amplo que inclui linguagem e costumes, assim como valores, crenças, comportamentos, práticas, instituições e as maneiras pelas quais os indivíduos se comunicam. Os estudantes podem observar diferentes abordagens quanto aos hábitos de se vestir e de se alimentar de seus colegas que podem estar relacionados à cultura ou à religião. Menos óbvios são os sistemas de crenças subjacentes que seus colegas seguem.

Em muitos países no mundo inteiro, os profissionais de saúde e os pacientes estão apenas começando a pensar na segurança e no envolvimento do paciente. Há muitos debates sobre a forma como essa transformação afetará os serviços de saúde. Embora os profissionais de saúde precisem ter competência cultural, também deve-se reconhecer que, em muitos países, o movimento de segurança do paciente requer uma mudança cultural no sistema de saúde.

A competência cultural [5] no fornecimento de serviços de saúde requer que os estudantes:

- conheçam e aceitem as diferenças culturais;
- conheçam seus próprios valores culturais;
- reconheçam que pessoas com formações culturais diferentes têm maneiras distintas de se comunicar, de se comportar, de interpretar as informações e de resolver problemas;
- reconheçam que as crenças culturais afetam a forma como os pacientes percebem a sua saúde, como buscam ajuda, como interagem com os profissionais e como seguem os tratamentos ou planos de tratamento;
- tenham ciência a respeito dos conhecimentos do paciente (sobre saúde);
- possam e queiram mudar seu modo de trabalhar para se adequar ao histórico cultural ou étnico do paciente para fornecer o melhor tratamento possível;
- saibam que a competência cultural inclui pessoas com origens socioeconômicas modestas ou marginalizadas que tendem a ser mais passivas e relutantes em expressar suas opiniões ou preferências e podem ter menos propensão a confiar no próprio julgamento.

Envolvimento do paciente e do cuidador



Em comparação com as profissões de saúde e com outros provedores de serviços da área, os consumidores de cuidados em saúde são a parte interessada menos representada na segurança da saúde e nos esforços de melhoria de qualidade. Tendo em mente que o paciente e a família são uma entidade presente em todo o espectro dos cuidados e que enxerga o processo inteiro através de uma lente diferente, a ausência de um envolvimento com os

pacientes e seus cuidadores pode levar um serviço de saúde a se privar de uma rica fonte de dados e experiências de vida reais, que podem revelar a lacuna entre as medidas de segurança do paciente disponíveis e os níveis de segurança experimentados pelos pacientes.

Uma vez que os pacientes e suas famílias não são tão organizados quanto outros grupos interessados, seus interesses e necessidades não foram bem captados ou bem integrados às atividades de pesquisa, ao desenvolvimento de políticas, aos currículos educacionais de segurança do paciente, à educação do paciente ou aos sistemas de relatório de erro/*near miss* (quase erro). Recentemente, os líderes em segurança do paciente têm observado que a falta de progresso nessa área pode se dever, ao menos em parte, a uma falha em tratar os consumidores de serviços de saúde como parceiros na garantia da segurança dos cuidados.

Efeitos do envolvimento do paciente

Se, por um lado, existem muitas declarações éticas sobre a importância da parceria com os pacientes, há poucas pesquisas sobre a medida em que essa parceria com os pacientes reduz a incidência de erros. Um estudo de Gallagher et al. [6] indica um forte desejo dos pacientes hospitalizados (91%) de se envolverem com atividades de prevenção de erro. Seus níveis de incômodo foram diferentes para questões distintas. Os pacientes se sentiam constrangidos (85%) para perguntar sobre o objetivo de um medicamento, enquanto quase metade (46%) se sentia muito constrangida em perguntar aos profissionais de saúde se tinham lavado as mãos.

Em um artigo de 2005 escrito por Gallagher e Lucas [7] sobre o compartilhamento de erros médicos com pacientes, os autores assinalaram sete estudos que haviam avaliado as atitudes dos pacientes com relação ao compartilhamento. Esses estudos relataram uma distância entre as preferências dos pacientes e os medos dos profissionais de saúde de que compartilhar informações com pacientes os pudesse expor a ações médico-legais. Felizmente, há muitos esforços no desenvolvimento de políticas de revelação de erros e, desde 2005, muitos hospitais instituíram essas políticas sem quaisquer efeitos negativos evidentes.

Como os pacientes podem se envolver nos próprios cuidados

O paciente e a família são a entidade que está presente ao longo de todo o tratamento, enquanto diversos profissionais oferecem a ele sua prática e conhecimento especializado em intervalos de tempo. Sabemos também que pode haver uma falta de integração entre essas intervenções e os planos de cuidados, resultando no fracasso em atingir o objetivo, a saber, a continuidade ininterrupta dos cuidados. A presença contínua do paciente, além

do reconhecimento do paciente como um repositório de informações e como um recurso valioso no planejamento dos cuidados, é um argumento contundente a favor de seu envolvimento e de sua família nos cuidados em saúde seguros.

A continuidade dos cuidados

A maioria dos profissionais de saúde têm contato com os pacientes quando estes estão sendo cuidados no local em que o profissional trabalha, na farmácia, no consultório odontológico ou na clínica. No entanto, os pacientes passam por muitos ambientes de cuidados, desde suas casas a clínicas, hospitais, clínicas ambulatoriais e consultórios médicos. Os estudantes de saúde precisam entender como a falta de comunicação e um trabalho em equipe precário podem ter um impacto na continuidade dos cuidados aos pacientes. Informações imprecisas ou incompletas podem levar o paciente a ser tratado de maneira incorreta, tanto porque informações não estavam disponíveis ou porque informações disponibilizadas estavam erradas. Os pacientes são a única constante na transição dos cuidados de um profissional para outro e de um ambiente de cuidados para outro. Incluir o paciente na troca de informações o tempo todo ajudará na precisão da comunicação. Informações precisas são importantes o tempo inteiro, mas acima de tudo durante trocas de médicos e mudanças de turno.

Para melhorar a qualidade da transição do paciente para outro profissional, os estudantes precisam:

- passar informações para as pessoas certas no momento certo, de modo a garantir que os pacientes recebam cuidados e tratamentos contínuos;
- registrar as informações de forma clara e legível;
- documentar os registros dos pacientes para mostrar a evolução;
- transferir informações de maneira precisa sobre o status e o plano de tratamento do paciente para outro membro da equipe ou para outra equipe;
- comunicar claramente as descobertas clínicas para outros membros da equipe de cuidadores;
- repassar os cuidados do paciente para um profissional de saúde ou a um membro da equipe desses cuidados;
- garantir a coordenação de cuidados contínuos para todos os pacientes;
- administrar medicamentos de maneira eficaz.

As histórias dos pacientes são inspiradoras

Os especialistas em fatores humanos expressaram certas reservas quanto à designação de responsabilidades ao paciente ou à família sem um entendimento claro do papel que desempenham na prevenção de danos. Ainda não pesquisamos seriamente o papel dos pacientes na minimização de erros ou se realmente existe esse papel para eles nesse processo. Mesmo assim, muitas histó-

rias contadas por pacientes que sofreram eventos adversos sugerem que eles poderiam ter sido evitados caso os profissionais de saúde houvessem escutado suas preocupações. Essas histórias têm mensagens fortes para os profissionais da área de saúde. Os estudantes não podem deixar de lidar com essas histórias, refletir sobre as experiências desses pacientes e incorporar novos entendimentos à sua própria prática profissional. As histórias dos pacientes também podem ser uma ferramenta poderosa para apoiar e reforçar o material de livros didáticos e palestras.

As experiências dos pacientes podem nos ensinar

Nós não vemos, tradicionalmente, a experiência do paciente como uma fonte de aprendizado para os estudantes. Existem indícios crescentes de que as histórias e experiências dos pacientes, de suas doenças/enfermidades, podem ensinar muito aos alunos e profissionais, inclusive papéis-chave que os pacientes podem desempenhar: (i) no auxílio ao diagnóstico; (ii) na decisão sobre o tratamento apropriado; (iii) na escolha de um prestador de serviços experiente e seguro; (iv) na garantia de que os tratamentos sejam administrados corretamente; e (v) na identificação de eventos adversos e comunicação tempestiva destes [8].

Muitos estudantes lembram-se do que aprenderam dos pacientes devido à autenticidade da voz do paciente e do papel dele na promoção de cuidados focados no paciente. Existem também diversas histórias compartilhadas por profissionais que ressaltam casos em que as preocupações e questões de pacientes que não consideradas levaram a eventos adversos.

Atualmente, o sistema de saúde subutiliza a experiência que os pacientes podem trazer à parceria nos serviços de saúde. Além de conhecimento sobre seus próprios sintomas, suas preferências e atitudes em relação ao risco, eles são um par de olhos a mais caso algo inesperado aconteça [9].

O que é *open disclosure* (revelação aberta do erro) e o que deve ser compartilhado?



O termo *Disclosure* é utilizado para descrever o processo de informar os pacientes e suas famílias sobre os resultados ruins do tratamento, distinguindo-os dos resultados ruins esperados da doença ou de um ferimento que está sendo tratado. Existem diversas definições, que refletem as discussões acerca dos manuais de revelação de erros em desenvolvimento e implementação em diversos países.

Na Austrália, *open disclosure* significa:

O processo de fornecer uma abordagem aberta e consistente na comunicação ao paciente e à pessoa que o apoia após um incidente relacionado ao paciente. Isso inclui expressar pesar acerca do

acontecido, manter o paciente informado e informá-lo sobre as investigações, inclusive as ações tomadas para impedir que um evento semelhante ocorra no futuro. Trata-se também de fornecer quaisquer informações acerca do incidente, ou das investigações que estejam sendo realizadas sobre ele, as quais sejam relevantes para a mudança do sistema de cuidados para melhorar a segurança do paciente [10].

Open disclosure (revelação aberta de erros) é a comunicação honesta com os pacientes e/ou suas famílias após um evento adverso; não se trata de culpar ninguém. A necessidade de ser honesto é uma obrigação ética e é documentada na maioria dos códigos éticos de prática profissional. Entretanto, muitos países ainda precisam desenvolver manuais de revelação de erros para profissionais de saúde. Algumas questões que devem ser abordadas nesses manuais são: “O que é o certo a se fazer nessa situação?”, “O que eu gostaria que se fizesse em uma situação semelhante?” e “O que eu iria querer se uma pessoa amada sofresse um evento adverso?”

Os pacientes querem a revelação de eventos adversos ou de erros que produzem *near misses*?

Um estudo seminal escrito por Vincent *et al.* publicado em 1994 [11] examinou o impacto dos danos médicos nos pacientes e em seus parentes e seus motivos para buscarem alguma ação legal após esses incidentes. As descobertas desse estudo deram força à consideração do papel e da experiência dos pacientes. Esses pesquisadores entrevistaram 227 (de uma amostra total de 466 ou 48,7%) pacientes e parentes de pacientes que haviam impetrado ações judiciais (em 1992) por meio de cinco escritórios de advocacia especializados em negligência médica. Descobriram que mais de 70% dos que responderam haviam sido seriamente afetados pelos incidentes que os levaram a entrar com um processo, com efeitos de longo prazo no trabalho, na vida social e nos relacionamentos familiares. Os resultados da pesquisa mostraram que esses eventos trouxeram à tona emoções intensas, que persistiram por um longo tempo. As decisões de entrar na justiça foram baseadas no dano original e influenciadas pelo tratamento insensível e pela má comunicação após o evento original. Quando foram dadas explicações, menos de 15% destas foram consideradas satisfatórias.

Quatro temas principais emergiram da análise das razões para litígio [11]:

- preocupação com os padrões de cuidados - tanto pacientes quanto parentes queriam impedir eventos semelhantes no futuro;
- a necessidade de explicação - saber como ocorreu o problema e por quê;
- compensação - por perdas reais, dor e sofrimen-

to ou para garantir os cuidados futuros para uma pessoa que sofreu o dano;

- responsabilização - uma crença de que os funcionários ou a organização deveriam se responsabilizar por suas ações - os pacientes queriam maior honestidade, um reconhecimento da severidade do trauma que sofreram e garantias de que lições foram aprendidas a partir daquelas experiências.

Após um evento adverso, os pacientes querem uma explicação do que aconteceu, um reconhecimento da responsabilidade, desculpas, a garantia de que eventos semelhantes não afetarão outros no futuro e, em alguns casos, punição e compensação.

Barreiras comuns à honestidade com o paciente após um evento adverso

Os profissionais de saúde podem querer fornecer informações precisas e rápidas aos pacientes sobre um evento adverso, mas temem que essa comunicação possa resultar em uma ação legal, ou, ao menos, no confronto com um paciente ou membro de família furioso. Uma formação que vise o processo de revelação de erros pode preparar melhor os profissionais de saúde para esse tipo de evento. Os prestadores de serviços de saúde também podem ficar envergonhados e/ou temer causar mais incômodos aos pacientes, assim como perder sua reputação, seu emprego e/ou sua cobertura de seguro. A revelação do erro não significa assumir a culpa ou imputá-la a alguém, trata-se de ser íntegro e um verdadeiro profissional.

Princípios-chave da revelação aberta de erro



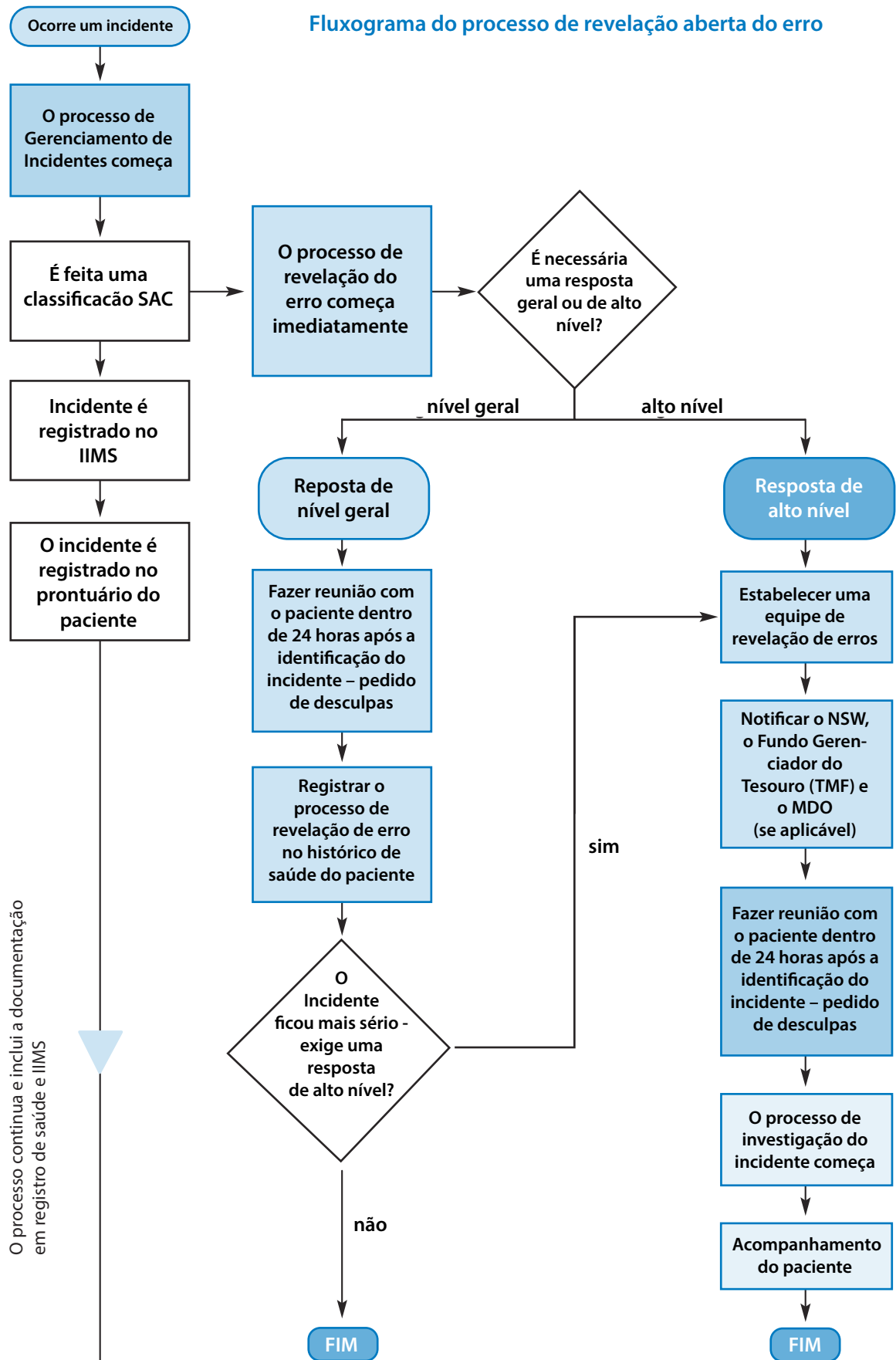
A seguir, alguns princípios-chave da revelação de erros [12]:

- comunicação aberta e imediata;
- reconhecimento do incidente;
- expressão de pesar/desculpas;
- reconhecimento das expectativas razoáveis do paciente e da pessoa que o apoia;
- apoio aos funcionários;
- confidencialidade;

O processo de revelação aberta do erro inclui diversos passos. Os profissionais de saúde mais experientes são responsáveis por esse processo, e os estudantes não devem ser deixados com a responsabilidade de contar aos pacientes e às famílias sobre um evento adverso. Estes devem tentar observar e comparecer às entrevistas com os pacientes para aprender sobre o processo e seu valor para pacientes e famílias. A Figura B.8.1 é um fluxograma de um processo de revelação do erro usado em New South Wales (Austrália) que começou em 2007.



Figura B.8.1. Processo de revelação aberta do erro, New South Wales, Austrália



Fonte: Adaptado do fluxograma do processo de revelação aberta do erro http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12].

O Marco de Harvard para o processo de revelação do erro [13]



inclui sete passos: preparação; início de conversa; apresentação dos fatos; escuta ativa; reconhecer o que foi dito; conclusão da conversa; documentação da conversa. Antes da conversa de revelação do erro, é importante revisar todos os fatos envolvidos. Os participantes apropriados para a conversa precisam ser identificados e envolvidos, e a discussão deve ser realizada em um ambiente apropriado.

No começo da discussão, é importante determinar se o paciente e a família estão prontos para participar da discussão e avaliar seu conhecimento e capacidade de entender os temas da área de saúde, assim como seu nível geral de compreensão. O profissional de saúde que liderar a discussão deve fornecer uma descrição do que houve, evitando jargões médicos e técnicos. É importante não sobrecarregar o paciente ou o cuidador com informações e nem simplificá-las demais. O profissional de saúde deve tomar cuidado para falar devagar e com clareza, além de ficar atento à linguagem corporal. Quando os eventos tiverem sido relatados, é importante explicar o que se sabe do resultado e descrever os passos a serem tomados no futuro. O profissional de saúde deve reconhecer sinceramente o sofrimento do paciente e da família.

É importante que o profissional de saúde escute, com cuidado e respeito, o paciente e a família. Ele deve tomar cuidado para não monopolizar a conversa, deixando tempo e oportunidade para que os pacientes e suas famílias façam perguntas e obtenham respostas que sejam as mais completas possíveis.

Ao final da conversa, deve ser feito um resumo da discussão e as perguntas-chave feitas devem ser repetidas. A essa altura, deve-se traçar um plano de acompanhamento. Em seguida, a conversa (e os eventos que levaram a ela) devem ser documentados adequadamente.

Técnicas avançadas de comunicação e de revelação de erros

É importante notar que existe um forte contexto emocional em torno dos eventos adversos. Os pacientes costumam estar amedrontados e podem se sentir vulneráveis, raivosos ou frustrados. Os estudantes devem melhorar suas habilidades básicas de comunicação para desenvolver confiança para lidar com situações emocionalmente difíceis. Há muitas ferramentas e programas de treinamento para auxiliar os estudantes e os profissionais de saúde na comunicação com pacientes e cuidadores. Sessões de ensino de comunicação geralmente incluem ensinar os alunos a fazerem as perguntas corretas, evitar serem vistos como

estando “na defensiva” e mostrar aos pacientes como suas preocupações foram ouvidas e compreendidas.

Maneiras de lidar com os pacientes e seus cuidadores

Quando os estudantes trabalham com pacientes, eles devem:

- encorajar ativamente os pacientes e cuidadores a compartilhar informação;
- demonstrar empatia, honestidade e respeito pelos pacientes e cuidadores;
- se comunicar de maneira eficaz;
- obter o consentimento informado de maneira apropriada;
- lembrar-se de que a troca de informações é um processo, não um evento - os estudantes devem sempre dar a oportunidade aos pacientes de retornarem com mais perguntas;
- mostrar respeito pelas diferenças de cada paciente, por suas crenças religiosas, culturais e pessoais e suas necessidades individuais;
- entender e descrever os passos básicos de um processo de revelação de erro;
- pensar na participação do paciente em todas as atividades clínicas;
- demonstrar habilidade em reconhecer o lugar da participação do paciente e do cuidador em um bom gerenciamento clínico.

SPIKES: uma ferramenta de comunicação



A ferramenta de comunicação “Setting (Ambiente), Perception (Percepção), Information (Informação), Knowledge (Conhecimento), Empathy (Empatia), Strategy (Estratégia) e Summary (Resumo)” (SPIKES na sigla em inglês) [14] é usada para auxiliar os profissionais de saúde a comunicarem más notícias em situações em que os pacientes estão no fim da vida. No entanto, a SPIKES pode ser usada de maneira mais ampla para auxiliar na comunicação com pacientes e cuidadores em diversas situações – no gerenciamento de conflitos, com pacientes idosos, com pacientes difíceis ou de diferentes bases socio-culturais. Os estudantes podem começar a praticar algumas ou todas as técnicas listadas abaixo. Além das *checklists* abaixo, os estudantes podem refletir e se perguntarem: “É assim que eu gostaria que um membro da minha família fosse tratado?”

Passo 1: ambiente (S, setting)

Privacidade

Os estudantes verão que, em muitos hospitais, consultórios odontológicos, farmácias e outros ambientes de cuidados em saúde, a privacidade do tratamento e dos cuidados do paciente podem não ser a melhor possível. O ambiente é importante se o objetivo é discutir assuntos sensíveis. O paciente deve poder escutar e fazer perguntas com o mínimo possível de interrupções. É muito importante que o profissional de saúde e o paciente estejam participando integralmente da discussão. Por exemplo,

se houver uma televisão ou rádio ligado, peça ao paciente, com educação, para desligar. Isso ajudará todos a se concentrarem na discussão específica.

Envolva outras pessoas importantes

Deve-se sempre perguntar aos pacientes se desejam que um parente esteja presente para apoiá-los e ajudar com informações. Alguns pacientes, sobretudo os frágeis e vulneráveis, podem precisar da ajuda de alguém para entender as informações. É especialmente importante que os pacientes saibam que podem ter um acompanhante se o desejarem.

Sente-se

Os estudantes costumam reparar os problemas causados por profissionais de saúde que se debruçam sobre o paciente ou ficam atrás de uma mesa e, muitas vezes, falam nisso durante seu treinamento. Entretanto, com o passar do tempo, acabam aceitando que aquilo é o normal e o jeito com que as coisas são feitas. Os estudantes devem praticar pedir permissão aos pacientes para se sentarem antes de o fazerem. Os pacientes gostam que o profissional de saúde se sente, pois permite uma comunicação direta e transmite ao paciente a sensação de que o profissional não está com pressa.

É importante sempre parecer calmo e manter contato visual, caso seja culturalmente apropriado. Às vezes, se um paciente estiver chorando, o melhor é não olhar diretamente e dar alguma privacidade e tempo para que o paciente se recomponha.

Modo de escuta

Um papel importante do profissional de saúde é escutar os pacientes e não os interromper enquanto falam. Olhar atentamente para o paciente e permanecer em silêncio é uma boa maneira de demonstrar sua preocupação e seu interesse pelo paciente.

Passo 2: percepção (P, perception)

Costuma ser útil primeiro perguntar ao paciente o que ele acha que está acontecendo. Isso pode ajudar o profissional a entender o que o paciente sabe da sua situação.

Passo 3: informação (I, information)

Muitos alunos se preocupam com a quantidade de informações que devem fornecer ao paciente. Diferentes países terão regras diferentes para esse processo. Uma regra geral que provavelmente se aplica à maior parte dos países e culturas é focar nas necessidades informacionais específicas de cada paciente. Os pacientes são tão variados quanto a humanidade e haverá diferenças na quantidade de informações com as quais eles podem ou querem lidar. Os estudantes devem ser orientados pelos seus supervisores nesse aspecto. Diferentes professores e supervisores podem

fornecer mais ou menos informações. Observar as abordagens de diferentes profissionais de saúde é uma boa oportunidade para o estudante observar o que funciona com pacientes distintos. Lembre-se de que o paciente é a pessoa principal: os estudantes devem se concentrar em cada paciente para descobrir o que desejam saber e quanta informação desejam receber. Os estudantes não devem presumir que os pacientes não querem saber.

As necessidades informacionais são diferentes para cada paciente. Se o paciente tiver um histórico familiar de problemas cardíacos, o médico pode passar mais tempo falando sobre os riscos relacionados a planos de tratamento específicos e cuidando de quaisquer preocupações específicas do paciente.

Uma regra simples sobre os riscos é que todos os pacientes devem receber informações sobre tratamentos sempre que houver potencial para um dano significativo, mesmo que este risco seja muito pequeno, e quando efeitos colaterais, mesmo que pequenos, ocorram com frequência. A aplicação dessa regra ajudará a maior parte dos profissionais a adequar as informações fornecidas às necessidades do paciente. Essa abordagem melhora a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, encorajando a discussão.

Os estudantes também acabarão por observar que informação demais ao mesmo tempo pode confundir os pacientes. O fornecimento de informações deve ter um ritmo adequado e apropriado à situação específica do paciente. Pode-se evitar o excesso de informação fazendo perguntas ou comentários simples no começo da consulta, por exemplo:

Vou conferir com você para ter certeza que dei informações suficientes sobre seu diagnóstico e/ou tratamento.

Ou: Se, em algum momento, você achar que já possui informações suficientes, para o momento, por favor, diga.

Os estudantes saberão logo que os pacientes não guardarão informações importantes em momentos de muita ansiedade, particularmente se um diagnóstico difícil (para o paciente) for feito. Alguns pacientes podem não querer muita informação ou tomar decisões sobre seu tratamento. Entretanto, discussões, explicações e respostas a perguntas ainda são necessárias para manter o respeito pela autonomia do paciente. Alguns pacientes podem ter uma lista de questões que queiram levantar com seu profissional de saúde. Os estudantes não devem se sentir ameaçados por isso e devem responder a cada uma das perguntas, de preferência com um instrutor ou supervisor presente. Se um instrutor não estiver disponível, avise ao paciente

que você levará as dúvidas dele ao seu instrutor ou supervisor.

Passo 4: conhecimento (K, knowledge)

Os comunicadores eficazes sempre deixarão claro aos pacientes que tratarão de assuntos perturbadores. Isso dá ao paciente tempo para se preparar, ainda que seja só por poucos instantes. Por exemplo: *Sr. Silva, infelizmente tenho más notícias para o senhor.*

Passo 5: empatia (E, empathy)

Os quatro passos a seguir ajudarão os estudantes a prestarem atenção às necessidades emocionais do paciente.

- Escute e identifique a emoção, ou as emoções, do paciente. Se você não tem certeza de quais emoções estão sendo expressadas ou sentidas, faça perguntas como: *Como isso faz você se sentir?*
- Identifique a fonte da emoção. *“São notícias difíceis. Você quer falar sobre o que está sentindo? Se quiser, posso voltar mais tarde e poderemos conversar de novo quando sentir que conseguiu absorver tudo. Farei tudo que for possível para responder a todas as suas perguntas.”*
- Mostre para o paciente que você reconhece suas emoções e de onde elas vêm.
- Fique em silêncio - às vezes, é importante apenas ficar parado e deixar o paciente absorver as informações e lhe dar uma oportunidade de formular suas perguntas.

É inevitável que alguns pacientes sejam mais difíceis de tratar do que outros. Os estudantes notarão que a comunicação é mais fácil com alguns pacientes e parentes do que com outros, que podem ser mais exigentes e supostamente difíceis. Pode ser porque tiveram experiências prévias ruins e estejam com raiva. Podem estar frustrados por terem tido que esperar pelo tratamento. Podem estar influenciados pelo efeito de drogas, álcool ou terem uma doença mental. Quando os estudantes encontram esses pacientes, devem se lembrar dos perigos de recorrer a estereótipos ou fazer julgamento precipitados.

Não é incomum que grupos específicos sejam objetos de discriminação em uma instituição muito movimentada. Quando um paciente ou grupo de pacientes (por exemplo, usuários de drogas injetáveis) é estereotipado pela equipe de saúde, é crucial que os estudantes estejam cientes de como seus próprios preconceitos ou preferências podem interferir em sua objetividade e em seus processos decisórios. De fato, cuidados redobrados são necessários nesses casos, não apenas porque as opiniões e atitudes pessoais podem distorcer um julgamento clínico

objetivo, o que pode levar a um tratamento ou a um diagnóstico errado.

Passo 6: estratégia e resumo (S, summary)

Sempre é uma boa ideia resumir as informações discutidas no final de uma consulta. Os pacientes podem fazer perguntas adicionais ou se lembrarem de algo importante. Caso surjam novas questões no último minuto, marque outra reunião.

Os estudantes devem ser encorajados a praticar essas atividades assim que começarem a trabalhar com pacientes. Coletar um histórico do paciente ou perguntar sobre suas preocupações principais é uma grande oportunidade de interagir ativamente, escutando, fazendo perguntas diretas ou abertas e perguntando aos pacientes se entendem sua condição ou situação. Encorajar os pacientes a fazer perguntas é um primeiro passo.

Promover o envolvimento dos pacientes no próprio tratamento

Os pacientes com papéis ativos no gerenciamento de condições de saúde crônicas parecem ter resultados melhores do que aqueles com um papel mais passivo no seu tratamento [15-17]. Os pacientes e suas famílias podem ser comunicados sobre oportunidades para participar da prevenção de eventos adversos por meio de atividades educacionais e de conscientização sobre os riscos da ocorrência de danos passíveis de prevenção. Devem ser encorajados a falar com os provedores de serviços sobre preocupações com a segurança.

Formatos e estratégias de ensino

Este tópico pode ser dividido em seções para ser incluído em currículos já existentes ou pode ser ensinado como uma atividade isolada. Se o tópico estiver sendo ensinado em uma só sessão, pode ser lecionado de diversas formas, conforme listado abaixo.

Palestra interativa/expositiva



Utilize os slides anexos como guia para o tópico todo. Os slides de PowerPoint podem ser usados ou convertidos para uso em um projetor tradicional. Comece a sessão com um estudo de caso e peça que os estudantes identifiquem algumas das questões levantadas na história.

Atividades em pequenos grupos



Um aluno (ou mais de um) pode receber um tópico e coordenar uma discussão sobre os assuntos tratados. Os alunos podem seguir os passos descritos acima e apresentar o material. O tutor que faz o papel de mediador da sessão também deve estar familiarizado com o conteúdo, para que possa adicionar informações sobre o sistema de saúde local e o ambiente clínico.

Exercícios de simulação

Cenários distintos relacionados a eventos adversos e à necessidade de relatar e analisar erros poderão ser desenvolvidos. Simulações envolvendo discussões entre pacientes e o estudante em situações diferentes podem incluir situações em que haja um conflito de informação ou em que o estudante não tenha as informações que o paciente deseja, ou ainda uma situação na qual o paciente se queixa do estudante. Essas simulações podem também ser baseadas em uma discussão com um estudante que foi objeto de uma queixa.

Outras atividades de ensino

Existem diversos métodos para gerar discussões sobre os assuntos deste tópico. É extremamente valioso que um paciente fale com os alunos sobre suas experiências com o sistema de saúde, sobretudo em relação às questões específicas levantadas neste Guia Curricular. Outras atividades de ensino focadas em questões específicas discutidas neste tópico estão descritas abaixo.

Aprender assuntos jurídicos e éticos associados ao processo de revelação após a ocorrência de eventos adversos

A maioria dos exemplos neste Guia Curricular é da Austrália, do Reino Unido e dos Estados Unidos. No entanto, a legislação e as expectativas culturais relativas à revelação do erro podem variar de país para país.

- Procure as declarações de ética da associação profissional do seu país. O que ela diz sobre revelação de erro? Compare essa informação com a posição de suas associações profissionais ou universidades.
- Aprenda sobre as entidades representantes dos consumidores no seu país.
- Procure, nos meios de comunicação locais, histórias de pacientes que defenderam seus direitos.
- Convide o membro de uma corretora que forneça seguros de responsabilidade profissional no seu campo de trabalho e converse sobre erros comuns e estratégias para diminuí-los.

Aprendendo sobre procedimentos para responder a reclamações de pacientes. (Ver Tópico 6). →

- Convide profissionais experientes e respeitados para falar sobre como as reclamações são tratadas no cotidiano da sua prática.
- Usando os estudos de caso neste tópico ou casos reais que ocorreram em seu campo, sugira que os estudantes escrevam uma carta de desculpas.
- Estude um desses casos específicos. Descubra os possíveis prejuízos que um dos pacientes que sofreu com erro de tratamento precisaria recuperar de uma seguradora ou que seriam impostos à família desse paciente. Por exemplo, perda de emprego, tratamento prolongado ou até mesmo óbito.

- Pergunte informalmente a profissionais de saúde o que eles acham dos pacientes serem ajudados a fazerem reclamações. Ensaie argumentos com algum colega a respeito da conveniência de escutar a voz do consumidor.
- Convide pacientes a se envolverem em um processo de queixa para relatar suas experiências.

Aprenda sobre comunicação e revelação de erro

Com os estudantes em duplas ou pequenos grupos, escolha um para assumir o papel do paciente em casos nos quais um erro muito sério tenha acontecido. Faça com que o outro assuma o papel do médico que comunica o erro. Após esse exercício de interpretação de papéis, pergunte aos estudantes como se sentiram e o que aprenderam. Outra abordagem possível é perguntar aos estudantes sobre exemplos de relações entre paciente e cuidador que eles ou suas famílias tenham vivido. Um método de ensino eficaz é pedir a um paciente ou parente que tenha passado por um evento adverso que converse com os estudantes. Os pacientes são muito bons professores de segurança do paciente.

Aprendendo sobre o empoderamento do paciente

Divida os alunos em duplas ou grupos pequenos para buscarem informações dos pacientes sobre quais aspectos de seus cuidados fazem com que se sintam seguros e, em contrapartida, quais aspectos os deixam inseguros. Alternativamente, os alunos podem, em duplas, conversar com os pacientes sobre como acham que podem contribuir para a segurança (ex.: conferindo os medicamentos). Faça com que os estudantes apresentem suas descobertas em grupo.

Aprendendo sobre competência cultural

Em grupos pequenos, pergunte aos estudantes como eles acham que os provedores de serviços de saúde devem se comunicar com pacientes de diferentes grupos culturais. Apresente um exemplo de uma situação em que o paciente tem uma doença que ameaça sua vida (ex.: câncer). Discuta com os estudantes sobre qualquer diferença cultural que possa afetar o que pode ser dito ao paciente.

Repita o exercício no qual um paciente passa por um evento adverso. Discuta com os estudantes se pode haver diferenças culturais na maneira de os pacientes reagirem a esse evento.

Atividades para os estudantes no âmbito profissional


- Siga um paciente na sua jornada pelo sistema de saúde.
- Siga o profissional de saúde que esteja autorizando que pacientes sejam submetidos a um procedimento cirúrgico e reflita sobre a prática em relação à abordagem sobre consentimento informado.
- Peça que os alunos passem o dia com outro profissional de saúde (médico, enfermeiro, fisiotera-

peuta, dentista, assistente social, farmacêutico, nutricionista, intérprete) e explore algumas das maneiras segundo as quais essas profissões específicas lidam com os pacientes e os cuidadores.

- Peça aos estudantes que interagem com pacientes para sempre buscarem informações sobre a doença ou condição a partir da perspectiva do paciente.
- Peça aos estudantes que interagem com pacientes para perguntarem rotineiramente: *Quais são as três coisas que foram/são mais úteis e as três coisas que você modificaria em relação aos cuidados que recebeu/está recebendo?*
- Diga aos estudantes para fazerem perguntas sobre sua instituição ou seu serviço de saúde em relação aos processos ou equipes para investigar e relatar eventos adversos. Sempre que possível, diga para os estudantes pedirem permissão ao supervisor adequado para observar ou participar dessas atividades.
- Peça aos alunos para descobrirem se a instituição tem reuniões para discutir a taxa de mortalidade e morbidade ou se existem outros fóruns avaliados por pares para analisar a ocorrência de eventos adversos.
- Faça com que os estudantes discutam entre si sobre os erros que observaram na unidade de saúde, sem culpar ninguém.
- Peça aos estudantes para perguntarem sobre o protocolo principal utilizado pelos funcionários no âmbito do tratamento no qual estão trabalhando. Faça com que os estudantes perguntem como o guia geral foi escrito e como os funcionários tiveram conhecimento sobre ele, se sabem como utilizá-lo e quando se distanciarem dele.
- Peça aos estudantes que escrevam uma reflexão sobre o impacto de eventos adversos sobre os pacientes.

Estudos de caso

Reconhecimento de um erro de medicação

Este estudo de caso descreve a resposta a um erro de medicação em uma unidade geriátrica. (Ver Tópico 6). → 

Frank é um residente de uma unidade de cuidados de idosos. Certa noite, um enfermeiro administrou insulina em Frank por engano, apesar de ele não ser diabético. O enfermeiro imediatamente reconheceu seu erro e o levou ao conhecimento dos demais funcionários, que, por sua vez, informaram a Frank e a sua família. A unidade de tratamento agiu imediatamente para auxiliar Frank e conseguiu sua transferência para um hospital no qual foi admitido e ficou em observação antes de retornar à unidade de cuidado de idosos. O enfermeiro foi elogiado por informar imediatamente sobre a administração incorreta de insulina. Após o incidente, o enfermeiro passou por mais um treinamento para minimizar a

possibilidade da ocorrência de um erro semelhante no futuro.

Discussão

- Peça aos estudantes para lerem o caso e discuti-rem os benefícios das ações honestas do enfermeiro a partir da perspectiva do paciente e de seus parentes, da unidade de tratamento geriátrico, do enfermeiro envolvido e da administração.

Fonte: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

A importância de escutar uma mãe

Este caso ilustra a importância de tratar cada paciente como um indivíduo e escutar as preocupações dos pacientes e de suas famílias.

Rachel, mãe solteira, deu à luz a seu primeiro filho. Ele nasceu saudável após 37 semanas de gestação, pesando 2.700 gramas. O nascimento ocorreu normalmente e a mãe e o bebê apresentavam um quadro estável uma hora após o parto. Ela foi informada por um enfermeiro de que os dois estavam bem.

A amamentação começou seis horas após o parto. O enfermeiro comunicou verbalmente ao médico sobre algumas dificuldades com o seio da mãe e que o bebê parecia excessivamente sonolento. As regras do hospital exigiam que as mães recebessem alta 36 horas após o parto, então a mãe foi preparada para a alta.

Rachel soube pelo Médico A que tudo estava bem e que o bebê tinha uma leve icterícia que passaria em alguns dias, pois não havia incompatibilidade entre os tipos sanguíneos do bebê e da mãe. O Médico A disse a Rachel que ela conseguiria amamentar mais aquele “bebê saudável” nos dias seguintes.

Outro médico (B) disse a ela para voltar ao hospital em uma semana. Quando chegou em casa, as dificuldades de amamentação persistiram e os sintomas de icterícia do bebê se acentuaram. Rachel ficou com medo e levou o bebê para a emergência quando estava com 72 horas de vida. O médico da emergência não avaliou o peso do bebê, mas pediu um teste do nível sérico de bilirrubina do bebê. O resultado foi de 13,5mg/dl (231 µmol/l). O médico disse que estava alto para um bebê de 3 dias, mas que não era nada para se preocupar. Ele aconselhou que Rachel voltasse em uma semana e disse, rindo: “Seu bebê está bem. Não se preocupe. Eu sei o que estou dizendo. Sou o médico”.

Nos dias que se seguiram, o bebê queria mamar a cada uma hora e meia e as mamas de Rachel pareciam vazias. As amigas de Rachel, que não tinham filhos disseram: “se o médico disse que está tudo bem, então deve estar. Não se preocupe”.

Quando o bebê estava com dez dias, Rachel o levou ao hospital, como havia sido instruída pelo Médico B. Nesse momento, seu peso havia diminuído em 20% e seu teste de bilirrubina foi de 35 mg/dl. Durante o exame clínico, o bebê apresentou sinais claros de encefalopatia bilirrubínica.

O conselho consultivo do hospital tentou entender como ocorreu essa situação prevenível.

Pergunta

– Peça aos estudantes para analisarem o caso. O que houve e em que momento? O que poderia ter sido feito para prevenir isso e quando exatamente? Reconhecer a preocupação dos pacientes e cuidadores, mesmo quando não expressas de maneira completa, é uma habilidade-chave que precisa ser dominada. Os pacientes e familiares podem ser considerados excessivamente ansiosos às vezes. Entretanto, não devemos nunca ignorar ou deixar de levar em consideração plena as preocupações dos pais e devemos sempre levá-los a sério, assim como suas preocupações. Não devemos nunca fazer os pacientes e seus cuidadores sentirem que suas preocupações são inapropriadas.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Caso fornecido pelo professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Uma carta de um paciente

Esta carta apresenta a perspectiva da paciente em sua experiência hospitalar.

Meu nome é Alice, tenho 25 anos. Tive uma dor abdominal por seis dias e fiquei com muito medo, pois, há um ano, minha irmã teve sintomas parecidos e agora tem câncer no intestino e está passando por um tratamento muito agressivo.

Decidi ir sozinha ao hospital para não assustar a família toda. Cheguei ao hospital cedo pela manhã. Não sabia exatamente o que fazer ou a quem procurar, pois era minha primeira vez em um hospital. Todos pareciam estar com pressa e não pareciam muito amigáveis. Alguns pareciam tão assustados quanto eu.

Respirei fundo e perguntei a uma moça, que olhou para mim e sorriu, se ela sabia onde ficava o setor de gastroenterologia. Ela riu um pouco e disse: “Sou uma aluna e também estou perdida. Vamos tentar encontrar juntas. Eu preciso ir ao mesmo lugar”. Ela disse: “Por que não vamos à sala de informações?”

Achei que seria uma boa ideia e, de repente, comecei a me sentir protegida de certa forma. Uma pessoa que eu considerava ser uma profissional de saúde estava comigo.

Chegamos à sala de informações, e ela estava lotada, cheia de pessoas gritando, algumas irritadas. Só havia uma pessoa dando informações. Lucy, a aluna disse: “Acho que não vamos a lugar algum se tentarmos conseguir informações aqui”. Sugeri seguirmos as placas que eu havia visto na entrada principal.

Após atravessarmos a multidão, chegamos à entrada principal. Finalmente chegamos ao setor de gastroenterologia. Lucy disse: “Certo, é aqui. Fale com aquela enfermeira ali. Eu preciso ir para minha aula. Boa sorte”.

A enfermeira me disse que eu não deveria ter ido diretamente ao setor de gastroenterologia. Ela disse que eu precisava ir à emergência, onde decidiriam sobre minha enfermidade. Então tive que voltar à sala de emergência. Quando cheguei, havia muitas pessoas esperando. Disseram que eu teria de esperar. “Deveria ter chegado antes”, disse a enfermeira. (Eu havia chegado bem cedo!!)

Um clínico geral acabou me atendendo e mandou fazer raios-X e exames laboratoriais. Ninguém disse nada nem deu qualquer explicação para mim. Naquele momento, eu estava mais assustada do que quando acordei com dor.

Eu passei o dia inteiro no hospital, indo de um lugar ao outro. No final do dia, um médico me disse, em poucas palavras, que eu estava bem e que não tinha nada com o que me preocupar. Então comecei a “respirar” novamente.

Eu gostaria de dizer às autoridades hospitalares que deveriam perceber que cada pessoa que chega ao hospital, mesmo que não tenha uma doença importante, está sob os efeitos do estresse e, em geral, não se sente muito bem. Precisamos de pessoas amigáveis cuidando de nós, que tentem entender nossa história e por que nos sentimos tão mal. Precisamos de comunicação clara entre profissionais de saúde e pacientes. Precisamos de informações claras sobre como usar a instituição hospitalar. Eu entendo que não podem curar todos - infelizmente, vocês não são deuses -, mas garanto que poderiam ser mais amigáveis com os pacientes. Os médicos e enfermeiros têm um poder incrível, com suas palavras, gestos e compreensão da situação do paciente, poderem fazer com que ele se sinta seguro e aliviado.

Por favor, não se esqueçam desse poder que é tão incrivelmente útil para os seres humanos que entram no seu hospital.

Com todo o meu respeito,

Alice

Discussão

- Pergunte aos alunos como podem lidar com as preocupações dos pacientes.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Caso fornecido pelo professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Barreira linguística

Este estudo de caso envolve uma barreira linguística em um consultório odontológico. Neste exemplo, a comunicação ruim entre o profissional e o paciente (devido à barreira linguística) levou o paciente a ter problemas emocionais.

Um homem de 18 anos foi, com sua mãe, ao dentista para fazer uma obturação de uma cárie. O dentista diagnosticou o molar direito inferior excessivamente cariado e, após realizar raios-X, disse ao paciente, em inglês, que o dente precisaria de um tratamento de canal.

O dentista começou o procedimento de acesso à cárie para encontrar o local preciso dos canais. Aparentemente, o paciente achava que teria um tratamento comum para cárie. Logo que o dentista alcançou o tecido altamente sensível da polpa, o paciente se contorceu de dor. O paciente começou a acusar o dentista de maus tratos; se recusou a continuar o tratamento e saiu do departamento cirúrgico para registrar uma queixa formal junto à administração odontológica da unidade. Depois descobriu-se que o paciente não falava inglês, com exceção de algumas palavras, como “certo” e “obrigado”.

O paciente e a mãe continuaram a reclamar que o dentista não se comunicou com ele de maneira eficaz, além de não explicar claramente o procedimento.

Perguntas

- Quais os fatores que podem ter impedido o dentista de saber se o paciente entendia inglês?
- Que fatores impediram o paciente e a mãe de falarem antes do tratamento começar?

Fonte: Este estudo de caso foi fornecido por Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Dando à luz em casa

Este caso descreve a participação de membros importantes da família nas decisões de saúde.

Marie estava grávida de seu segundo filho. Seu primeiro filho havia nascido em um hospital local sem qualquer complicação. Durante essa gravidez, o cuidado pré-natal havia sido feito por uma obstetritz. Todos os exames indicavam uma gravidez saudável e, com 26 semanas, Marie e sua obstetritz discutiram o plano de parto. Marie disse que queria que fosse em casa, mas seu marido não se sentia tão seguro com isso. Sua obstetritz explicou que o parto caseiro era uma opção, pois tudo estava bem com a gestação e que Marie não havia tido problemas no parto da primeira vez.

Quando Marie chegou a 39 semanas de gestação, suas contrações começaram, e ela chamou a obstetritz, que a visitou em casa. O parto progrediu rapidamente, e, em duas horas, ela estava completamente dilatada. Quando Marie começou a fazer força, a obstetritz percebeu que a frequência cardíaca do bebê estava diminuindo. Ela passou Marie para o seu lado esquerdo e pediu que parasse de fazer força. Em cinco minutos, a frequência cardíaca havia aumentado e a cabeça do bebê estava coroando. Um minuto depois, nasceu uma garotinha saudável. A mãe e o bebê passavam bem nas primeiras horas após o nascimento.

No dia seguinte, a obstetritz visitou Marie e seu marido em casa. Conversaram sobre o nascimento. O marido de Marie disse que achava a obstetritz muito experiente, mas ainda estava abalado pelo que havia acontecido com a frequência cardíaca do bebê. Ele não queria que o parto tivesse ocorrido em casa.

Perguntas

- Como a obstetritz poderia ter garantido que Marie estava bem informada sobre os partos caseiros?
- Como os parentes (neste exemplo, o marido) podem participar nas escolhas e decisões?
- Qual teria sido a melhor maneira de a obstetritz lidar com as preocupações do marido?

Fonte: Caso fornecido por Marianne Nieuwenhuijze, RM MPH, Head, Research Department, Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies, Zuyd University, Maastricht, The Netherlands.

Ferramentas e material de referência

Farrell C, Towle A, Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?* Vancouver, Division of Healthcare Communication, University of British Columbia, 2006 (<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/Pt-sVoiceReportbook.pdf>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Workshop de segurança do paciente

Building the future for patient safety: developing consumer champions-a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality (<http://patientsafety.org/page/102503/>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Assistência centrada no paciente

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist providers. *Research in Action*. 2002, issue 5, (<http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Leape *et al.* Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & Safety in Health Care*, 2009, 18:424-428.

Erros médicos

Talking about harmful medical errors with patients. Seattle, University of Washington School of Medicine (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Revelação aberta do erro

Open disclosure education and organisational support package. Open Disclosure Project 2002-2003, Australian Council for Safety and Quality in Health Care ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786C-CA25775B0021F555/\\$File/OD-LiteratureReview.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786C-CA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf); acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 December 2010 (<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Austrália, Department of Health, may 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Avaliação do conhecimento deste tópico

Os detalhes da avaliação da segurança do paciente encontram-se no Guia do Professor (Parte A). No entanto, diversos métodos de avaliação são adequados para este tópico, incluindo redação, questões de múltipla escolha, pergunta breve de melhor resposta possível, debates baseados em casos e autoavaliações.

Os estudantes podem ser incentivados a criarem um portfólio para registrarem seu aprendizado de segurança do paciente. O benefício do portfólio é que, ao final do treinamento do estudante, ele terá uma coletânea de todas as atividades de segurança do paciente. Os alunos poderão usar esse material para ajudá-lo ao se candidatarem a empregos e em suas futuras carreiras.

A avaliação do conhecimento sobre o envolvimento do paciente e sobre a revelação de erro pode incluir o uso de:

- portfólios;
- debates baseados em casos;
- um exame clínico objetivo estruturado por estações (OSCE);
- observações escritas sobre o sistema de saúde (em geral) e a possibilidade de erro;
- depoimentos reflexivos sobre o papel que os pacientes desempenham em hospitais ou clínicas, as consequências do paternalismo, o papel de clínicos mais experientes em processos de revelação do erro, e/ou o papel de pacientes como professores.

Essa avaliação pode ser tanto formativa quanto somatória; as avaliações podem ir de satisfatório/insatisfatório a uma nota numérica (Veja os formulários na Parte B, Anexo 2).

Seria importante incluir um representante dos pacientes na equipe de avaliação.

Avaliação do ensino deste tópico

Referências

1. *Patients for patient safety: statement of case.* Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (http://www.who.int/patient-safety/patients_for_patient/statement/en/index.html; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
2. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216-235.
3. Emmanuel L *et al.*, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework.* Commonwealth of Australia, 2007.

5. Genao I *et al.* Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136-140.
6. Gallagher TH *et al.* Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001-1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253-259.
8. Davis RE *et al.* Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259-267.
9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76-80.
10. *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard.* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcarepr ofhbk.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609-1613.
12. *Open disclosure guidelines.* Sydney, New South Wales, Austrália, Department of Health, maio 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals.* Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
14. Desenvolvido por Robert Buckman, MD, Professor Associado de Oncologia Médica, University de Toronto, Toronto, Canada. Modificado de: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13-17.
15. Bower P *et al.* The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838-845.
16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51-62.
17. Montgomery P *et al.* Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

Slides para o Tópico 8: Envolver pacientes e cuidadores

Em geral, as aulas expositivas não são a melhor maneira de ensinar os estudantes sobre a segurança do paciente. Se uma aula expositiva for cogitada, é uma boa ideia planejar uma interação com os estudantes e uma discussão durante essa aula. Utilizar um estudo de caso é uma maneira de gerar uma discussão de grupo. Outra forma é fazer perguntas aos estudantes sobre diferentes aspectos dos serviços de saúde que trarão à tona questões contidas neste tópico, como a cultura de culpabilização, a natureza do erro e como os erros são administrados em outros campos.

Os slides para o Tópico 8 foram elaborados para auxiliar o instrutor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os slides podem ser modificados para se adequarem ao ambiente e à cultura locais. Os instrutores não precisam utilizar todos os slides e é melhor adequá-los às áreas a serem cobertas pela aula.

Introdução aos Tópicos 9-11

Colocando o conhecimento em prática: controle de infecções, procedimentos invasivos e segurança no uso de medicação

Os três tópicos a seguir são mais bem ensinados durante o treinamento em um ambiente de prática, tal como um hospital, clínica ou ambiente comunitário.

Grande parte deste Guia Curricular apresenta conhecimentos novos para os alunos. Entretanto, a menos que apliquem esses novos conhecimentos em uma situação prática, haverá pouca mudança na qualidade dos cuidados em saúde que são prestados por estudantes e profissionais de saúde ou recebidos por pacientes. Os alunos precisam praticar as técnicas e os comportamentos descritos no Guia Curricular. Os três tópicos seguintes de controle de infecções, procedimentos invasivos e segurança no uso de medicação foram desenvolvidos de uma perspectiva de segurança do paciente e das diretrizes mais recentes, baseadas em evidências. Os tópicos foram elaborados com o intuito de maximizar a capacidade do estudante de aplicar os conceitos e princípios de segurança enquanto trabalha na comunidade, no hospital, na clínica ou em outro centro de cuidados em saúde. Antes de ensinar um ou mais desses tópicos, seria útil para os alunos conhecerem os conceitos apresentados nos tópicos iniciais, sobretudo nos tópicos de trabalho em equipe, pensamento sistêmico e erros.

Tópico 4: *Atuar em equipe de forma eficaz* corresponde a uma aprendizagem prévia essencial para cada um dos tópicos seguintes. As respostas apropriadas para as questões apresentadas em cada tópico dependerão do reconhecimento de cada membro da equipe de cuidados em saúde (incluindo alunos) da relevância e da importância da comunicação escrita e verbal, apropriada e completa, com outras pessoas, o que inclui pacientes e seus familiares. Os alunos devem se familiarizar com técnicas, tais como listas de verificações (*checklists*), reuniões

organizadoras de planejamento e de análise retrospectiva (*briefings* e *debriefings*), respostas (*feedbacks*) e transição do cuidado (*hand-over* e *hand-off*), durante a prática com pacientes e suas famílias. Quando os alunos perceberem a relevância dessas técnicas, ficarão mais inclinados a utilizá-las.

Os três tópicos seguintes dependem, em grande parte, da implementação de diretrizes apropriadas e autorizadas. À medida que os alunos entendem o papel das diretrizes e o motivo de sua importância para os cuidados em saúde, eles compreendem como os resultados positivos dos pacientes dependem do acompanhamento, por toda a equipe de cuidados em saúde, dos mesmos planos de tratamento. As diretrizes são planejadas para auxiliar a gestão do paciente usando as melhores evidências disponíveis. As práticas baseadas em evidências usam os melhores resultados de pesquisas recentes disponíveis para diminuir as variações nas práticas e reduzir os riscos para os pacientes. Está comprovado que o uso de orientações clínicas apropriadas pode minimizar os eventos adversos[1, 2].

Referências

1. *Medical Evidence* [website]. Londres, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (<http://www.clinicalevidence.bmj.com>; acesso em 26 de novembro de 2008).
2. Institute of Medicine *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001

Tópico 9

Prevenção e controle de infecções

Este tópico reconhece o trabalho da OMS “Primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente: Cuidados limpos são cuidados mais seguros”, Genebra, Suíça.

Hepatite C: reutilização de agulhas

Esse caso mostra como é fácil reutilizar uma seringa inadvertidamente.

Sam, 42 anos, estava marcado para fazer uma endoscopia em uma clínica local. Antes do procedimento, ele recebeu uma injeção com sedativos. Entretanto, após alguns minutos, a enfermeira percebeu que Sam parecia incomodado e precisava de uma sedação adicional. Ela usou a mesma seringa, introduzindo-a em um frasco de sedativo aberto e reinjetando-a nele. O procedimento continuou normalmente. Vários meses depois, Sam, teve uma inflamação no fígado, dor no estômago, fadiga e icterícia e foi diagnosticado com hepatite C.

Contatou-se o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), que contabilizou 84 outros casos de doença do fígado relacionados à mesma clínica. Acredita-se que o frasco de sedativo estivesse contaminado com o refluxo pela seringa e que o vírus pode ter sido transmitido a partir do frasco contaminado. Vários profissionais de saúde comentaram que reutilizar a seringa em um mesmo paciente (e desta forma introduzir a seringa usada em um frasco comum) era prática comum.

Fonte: Sonner S. CDC.:syringe reuse linked to hepatitis C outbreak. Reno, NV, The Associated Press, 16 may 2008.

Introdução – O controle da infecção é importante para a segurança do paciente



As doenças infecciosas são dinâmicas por natureza e surgem e ressurgem de tempos em tempos. Hoje em dia, devido a doenças sérias como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da hepatite B, C e D, o foco de controle da infecção mudou. No passado, controlar a infecção significava focar em proteger os pacientes, sobretudo durante cirurgias, mas agora é igualmente importante proteger os profissionais de saúde e outros integrantes da comunidade. A propagação de infecções em ambientes de cuidados à saúde afeta centenas de milhares de pessoas no mundo inteiro. Essas infecções aumentam o sofrimento do paciente e podem prolongar o tempo de internação no hospital. Muitos pacientes infectados sofrem de incapacidade permanente, e um número significativo morre. Uma quantidade crescente de infecções tem sido causada por micróbios resistentes aos tratamentos convencionais. As infecções relacionadas aos cuidados à saúde (IRCS) também aumentam os custos para pacientes e hospitais. Períodos mais prolongados de internação hospitalar e a necessidade de cuidados de alto nível podem exercer pressão nos sistemas de saúde. Essa tendência alarmante tem levado profissionais de saúde, gestores, instituições e governos a dar maior atenção à prevenção de infecções.

A OMS [1] define infecção relacionada aos cuidados à saúde (também chamada de infecção hospitalar) como uma infecção adquirida no hospital por um paciente que foi admitido por uma razão diferente dessa infecção e/ou de uma infecção [2] ocorrida em um paciente no hospital ou em outra unidade de saúde na qual a infecção não estava presente ou incubada no momento da admissão. Isso inclui as infecções que são adquiridas no hospital, mas aparecem somente após a alta, bem como as infecções ocupacionais entre os funcionários da instituição de cuidados em saúde.

Algumas estatísticas da OMS sobre a incidência de infecção relacionada aos cuidados à saúde (IRCS) ao redor do mundo são apresentadas no Quadro B.9.1. Todos, os profissionais de cuidados em saúde, pacientes e outros membros da comunidade têm a responsabilidade de diminuir as oportunidades de contaminação das mãos e dos equipamentos. Além disso, os alunos de medicina e outros estudantes da área de saúde precisam conhecer os métodos e tecnologias de esterilização de instrumentos para que possam tornar os instrumentos seguros para serem usados nos pacientes. A prevenção de infecções deve sempre ser a prioridade dos funcionários da área de saúde e, por isso, é um componente essencial dos programas de segurança do paciente. Este tópico expõe as principais áreas nas quais ocorrem infecções e identifica as atividades e os comportamentos que levarão à redução da incidência de IRCS se forem rotineiramente praticados por todos.

Quadro B.9.1

Infecção relacionada aos cuidados à saúde: escala e custo

- Nos países desenvolvidos, a IRCS atinge 5-15% dos pacientes hospitalizados e pode afetar 9-37% dos admitidos nos centros de terapia intensiva (CTI) [3].
- Estima-se que aproximadamente 5 milhões de IRCS ocorrem a cada ano em hospitais de cuidados agudos na Europa, resultando em 25 milhões de dias extras de estadia no hospital [3].
- Na Inglaterra, mais de 100 mil casos de IRCS levaram a mais de 5 mil mortes diretamente atribuídas a infecções a cada ano [3].
- A taxa de incidência de IRCS estimada, nos EUA, era de 4,5% em 2002; aproximadamente 100 mil mortes foram atribuídas às IRCS [3].
- Não existem indicadores gerais similares para os países em desenvolvimento. Existe um risco maior de IRCS nos países em desenvolvimento. Dados agrupados de um número limitado de estudos em hospitais mostraram que a prevalência de IRCS era de 15,5% e tão alto quanto 47,9 por mil pacientes adultos por dia nos CTIs [4].
- O risco de infecções de centros cirúrgicos (SSI) nos países em desenvolvimento é significativamente maior do que no mundo desenvolvido. A incidência cumulativa agrupada de SSI é 5,6 por cada 100 procedimentos cirúrgicos, sendo essa a infecção mais comum nos hospitais [4].
- Dados da Europa mostram que a IRCS representa um ônus econômico de 13 a 24 bilhões de euros anualmente [3].
- O custo econômico anual de IRCS nos EUA em 2004 era de cerca de US\$6,5 bilhões [3].

Palavras-chave

Prevenção e controle de infecções, higiene das mãos, transmissão, infecção cruzada, infecções relacionadas aos cuidados à saúde (IRCS), resistência antimicrobiana (RAM), organismos resistentes a múltiplas drogas, MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à metilina) infecção, técnica asséptica, precauções padrão.

Objetivos pedagógicos

Demonstrar os efeitos devastadores da prevenção e de controles inadequados da infecção em ambientes de cuidados em saúde para mostrar aos alunos que, como membros individuais de uma equipe de cuidados em saúde, podem ajudar a minimizar os riscos de contaminação e infecção para melhorar a segurança do paciente.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

A prevenção e o controle de infecções é a aplicação da microbiologia à prática clínica, e o seu sucesso depende de um sólido conhecimento teórico de microbiologia que fundamenta práticas clínicas seguras e a prescrição antimicrobiana prudente.

Conhecimento necessário

- Os alunos precisam conhecer:
- a extensão do problema;
 - as causas principais e os tipos de IRCS;
 - as maneiras de transmissão de infecções nos ambientes de cuidados em saúde;
 - os princípios e métodos fundamentais para a prevenção e controle das IRCS.

Desempenho esperado

- Os alunos precisam:
- aplicar precauções padrão;
 - garantir o cumprimento de outras medidas de prevenção e controle da infecção conforme necessário;
 - aplicar os princípios de assepsia;
 - estar imunizado contra hepatite B;
 - usar e descartar roupas e equipamentos de proteção apropriadamente;
 - saber o que fazer se for exposto a sangue ou outros fluidos corporais;
 - usar e descartar instrumentos cortantes apropriadamente;
 - agir como modelo para os outros membros da equipe de saúde;
 - instruir os membros da comunidade a respeito das formas como podem ajudar a prevenir infecções;
 - encorajar os outros a usarem precauções padrão para prevenir e controlar as IRCS;
 - entender a potencial sobrecarga social, econômica e emocional das IRCS nos pacientes e agir apropriadamente;
 - estar apto a discutir as IRCS com pacientes e parentes com sensibilidade e clareza.

A extensão do problema

A urgência



Como descrito inicialmente, as IRCS são uma ameaça séria à segurança do paciente no mundo inteiro e seu impacto é sentido por famílias, sociedades e sistemas de saúde. A taxa de IRCS se mantém alta apesar do aumento da conscientização e das ações para a redução dessas infecções. Essas infecções são mais frequentemente causadas por diferentes tipos de bactéria, incluindo as que causam tuberculose, ou fungos e vírus (por exemplo HIV, hepatite B). O aumento da taxa de IRCS observado nos países em desenvolvimento e desenvolvidos nos últimos vinte anos lançou desafios novos para os cuidados em saúde modernos. Hoje, os antibióticos são muitas vezes ineficazes e mais de 70% das IRCS bacterianas são resistentes, no mínimo, a um dos medicamentos comumente usados em seu tratamento. Vários organismos com RAM encontrados em instalações hospitalares, tais como o MRSA e o *Enterococcus* resistente à vancomicina (VRE), são extremamente difíceis de tratar. Isso significa que muitos pacientes infectados ficam mais tempo hospitalizados e são tratados com drogas menos efetivas que são mais tóxicas e/ou mais caras. Alguns desses indivíduos infectados não se recuperam e outros desenvolvem complicações duradouras porque foi feita a escolha errada de tratamento ou se demorou para começar o tratamento correto. O custo geral de todos esses aspectos do problema não é conhecido com precisão, mas é definitivamente muito alto.

A tuberculose (TB) resistente a múltiplas drogas é um problema significativo porque as drogas padrão que têm sido usadas no tratamento da doença não são mais efetivas. As IRCS são um problema nos ambientes de cuidados primários e comunitários.

Soluções práticas estão disponíveis. Existem várias práticas que deveriam ser usadas para evitar a contaminação, eliminar os microrganismos do equipamento e do ambiente e prevenir a transmissão cruzada. O uso de vários desses métodos juntos é necessário para a prevenção efetiva e o controle das IRCS. Entretanto, intervenções cada vez mais complexas de cuidados em saúde fazem do controle da infecção um desafio.

Os profissionais de saúde precisam estar vigilantes ao aplicarem uma gama de métodos preventivos para controlar a variedade de patógenos em todos os ambientes de cuidados em saúde, não somente nos hospitais. Quando alunos trabalham em enfermarias, visitam uma clínica ou fazem um atendimento doméstico, eles são tão capazes de transmitir uma infecção quanto todos os outros profissionais de saúde. Os organismos RAM não fazem distinções entre lugares e, apesar de serem encontrados principalmente em instalações de

cuidados agudos, esses micróbios podem aparecer ou serem transmitidos em qualquer lugar em que se trate de pacientes.

O vínculo entre a higiene das mãos e a propagação de enfermidades foi estabelecido 200 anos atrás. Várias linhas de evidência mostram que a higiene das mãos é um método simples e efetivo que pode contribuir para a redução das IRCS.

O ônus econômico

Os custos associados aos cuidados e ao tratamento de pacientes que sofrem de IRCS são significativos e adicionam gastos substanciais aos orçamentos do setor de saúde de todos os países, aos quais devem ser acrescentados os encargos econômicos custeados pelos pacientes e seus familiares. O impacto econômico anual das IRCS nos USA foi de aproximadamente US\$6,5 bilhões em 2004 [5]. Os custos relacionados às infecções de corrente sanguínea associadas a cateter venoso (CR-BSI), infecções de centro cirúrgico e pneumonias associadas à ventilação mecânica foram estimados em mais de US\$5 mil e quinhentos por episódio. A CR-BSI causada por MRSA pode custar em torno de US\$38 mil por episódio [6]. Estudos também mostram que, para cada libra esterlina gasta em gel à base de álcool para as mãos, de 9 a 20 libras esterlinas podem ser economizadas em despesas com teicoplanina [7]. Esses custos podem representar um percentual significativo do orçamento total do setor de saúde desses países e, repetimos, é provável que sejam maiores nos países em desenvolvimento [4].

A resposta global



Ao reconhecer essa crise mundial, a OMS estabeleceu a campanha: SALVE VIDAS: *Limpe Suas Mãos* para diminuir, em nível global, os altos índices de IRCS. O foco principal dessa campanha é melhorar a higiene das mãos em todos os tipos de instituições de saúde no mundo inteiro através da implementação de recomendações apresentadas nos Manuais da OMS de Higiene das Mãos em Cuidados em Saúde [1]. Vários outros materiais que oferecem orientação prática também foram desenvolvidos pela OMS para facilitar a implementação das diferentes recomendações.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos está conduzindo uma campanha para prevenir o RAM. Essa campanha tem o objetivo de prevenir o desenvolvimento de RAM nos ambientes de cuidados em saúde através da utilização de uma gama de estratégias de prevenção da infecção, diagnóstico e tratamento de infecções, uso adequado de antimicrobianos e prevenção da transmissão de infecções.

Essa campanha é dirigida aos clínicos que tratam de grupo especiais de pacientes, tais como adultos hospitalizados, pacientes de diálise, pacientes

cirúrgicos, crianças hospitalizadas e pacientes em cuidados permanentes [8].

A campanha do Institute of Healthcare Improvement (IHI), *5 Million Lives* [9], visou a redução de infecções por MRSA através da implementação de cinco estratégias chaves de intervenção estratégica:

1. higiene das mãos;
2. descontaminação do ambiente e do equipamento de tratamento;
3. vigilância ativa de culturas;
4. precauções no contato com pacientes infectados e colonizados;
5. cumprimento dos protocolos para o uso apropriado do cateter venoso central e tubos de ventilação.

Até junho de 2011, 124 países haviam assinado uma declaração junto à OMS comprometendo-se a abordar a IRCS [10], e 43 campanhas nacionais e subnacionais de higiene das mãos em diferentes países iniciaram ações para incorporar medidas de prevenção de IRCS em suas campanhas em nível nacional e hospitalar [11].

Precauções

Um conjunto de *precauções universais*, ou precauções universais de contato com sangue ou fluidos corporais, foi publicado pelo CDC para proteger os profissionais de saúde da exposição ocupacional ao HIV. Esse conjunto foi desenvolvido para impedir a transmissão do HIV, do vírus da hepatite B (HBV) e de outros patógenos transmitidos pelo sangue durante a administração dos primeiros socorros ou de cuidados em saúde. Sob as precauções universais, o sangue e alguns fluidos corporais de todos os pacientes são considerados potencialmente infecciosos para HIV, HBV e outras doenças de transmissão pelo sangue [12]. Essas precauções incluem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), tais como luvas, máscaras, jalecos e óculos apropriados para os riscos previstos, e higiene das mãos, assim como precauções para evitar ferimentos causados por picadas de agulhas em pacientes e profissionais de saúde.

As recomendações recentes incluem dois níveis de precauções: a precaução padrão e a precaução baseada em determinadas transmissões.

Precauções padrão

As precauções padrão são destinadas a serem aplicadas nos cuidados de todos os pacientes em todas as instalações de saúde, independentemente da presença suspeita ou confirmada de um agente infeccioso. Essas precauções constituem a principal estratégia de prevenção de infecções. Elas baseiam-se no princípio de que todo sangue ou fluido corporal, secreção e excreção, excluindo a transpiração, pode conter um agente infeccioso transmissível. Essas precauções incluem: higiene das mãos; uso de luvas, jaleco, máscara, proteção para os olhos ou para o rosto, dependendo da exposição prevista; e práticas seguras de aplicar injeção. Da

mesma forma, os equipamentos ou itens do ambiente do paciente que podem provavelmente ter sido contaminados com fluidos corporais infecciosos devem ser manuseados de maneira apropriada para evitar a transmissão de agentes infecciosos. A higiene respiratória e a etiqueta ao tossir (descrita posteriormente neste tópico) pode também fazer parte de um conjunto de precauções padrão.

Precauções baseadas em determinadas transmissões

As precauções baseadas em determinadas transmissões devem ser usadas quando se está tratando de pacientes que se sabe ou suspeita-se de estarem infectados ou colonizados com agentes infecciosos. Nessas situações, medidas de controle adicionais são necessárias para efetivamente impedir a transmissão. Uma vez que o agente infectado muitas vezes é desconhecido na hora da admissão na instituição de saúde, essas precauções são aplicadas de acordo com a síndrome clínica e o provável agente etiológico e, em seguida, modificadas com base nos resultados de testes. Há três categorias de precaução baseadas no tipo de transmissão: precauções de contato; as de gotículas; e as por vias aéreas. Essas diferentes precauções são discutidas em mais detalhes posteriormente neste tópico.

Infecções relacionadas aos cuidados à saúde - suas causas de infecção e vias de transmissão



As IRCS são causadas por bactérias, vírus e fungos. Podem vir de fontes humanas ou ambientais. As fontes humanas de agentes infecciosos incluem pacientes, profissionais de saúde e visitantes. Os indivíduos que estejam com infecções ativas, infecções assintomáticas, no período de incubação de uma infecção, ou colonizados por certos tipos de microrganismos podem agir como fonte de IRCS. A flora endógena de pacientes também pode causar IRCS. Fontes ambientais incluem comida, água ou medicamentos contaminados (por exemplo, fluidos intravenosos), que geralmente causam surtos, em vez de infectar apenas alguns indivíduos.

Para que uma infecção se aloje, microrganismos infecciosos precisam ser transferidos de sua fonte para um local de entrada em um hospedeiro suscetível, no qual possam se multiplicar e também colonizar ou causar a doença.

Os microrganismos podem ser transmitidos de muitas maneiras diferentes nos ambientes de cuidados em saúde. Alguns exemplos estão listados abaixo:

Transmissão através de contato direto

A transmissão de pessoa a pessoa pode ocorrer quando micróbios presentes no sangue ou em outros fluidos corporais do paciente entram em contato com o profissional de saúde (ou vice-versa) através do contato com a membrana mucosa ou rupturas (cortes ou escoriações) na pele.

Transmissão indireta

As infecções podem ser transmitidas indiretamente através de dispositivos, como termômetros, outros equipamentos, dispositivos médicos ou brinquedos inadequadamente descontaminados, que os profissionais de saúde passam de um paciente para o outro. Esse é provavelmente o modo mais comum de transmissão nos ambientes de cuidados em saúde.

Transmissão por gotículas

As gotículas respiratórias que portam patógenos infecciosos são geradas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala, bem como durante procedimentos como sucção e intubação endotraqueal. Essas gotículas se deslocam diretamente das vias respiratórias do indivíduo infectado para as superfícies mucosas suscetíveis do receptor que se encontra a uma pequena distância. As máscaras faciais podem evitar a transmissão de gotículas.

Transmissão por via aérea

A transmissão por via aérea de doenças infecciosas ocorre tanto através da disseminação de núcleos de gotículas no ar (partículas que surgem da dessecação de gotículas em suspensão) como de pequenas partículas, que tenham um tamanho respirável e que contenham agentes infecciosos que permanecem infectantes por um determinado tempo e a uma certa distância (exemplo: esporos de *Aspergillus* spp. e *Mycobacterium tuberculosis*). Eles podem ser dispersos a longa distância por correntes de ar e podem ser inalados por um indivíduo que não tenha tido contato direto com a fonte.

Exposição percutânea

A exposição percutânea ocorre através de instrumentos cortantes contaminados.

População de pacientes que são especialmente suscetíveis à infecções relacionadas aos cuidados à saúde

Os pacientes especialmente vulneráveis à colonização e a infecções incluem aqueles com doenças graves subjacentes, que tiveram introdução recente de dispositivos cirúrgicos ou internos, como cateteres urinários ou tubos endotraqueais.

Os quatro tipos de infecções seguintes representam 80% de todas as IRCS: infecções do trato urinário, usualmente associados com cateteres; infecções de centros cirúrgicos; infecções de corrente sanguínea associadas ao uso de dispositivos intravasculares; e pneumonia associada à ventilação mecânica. As infecções associadas ao trato urinário com cateteres são as mais frequentes, representando 36% de todas as IRCS [13]. As infecções de centros cirúrgicos estão em segundo lugar na frequência, representando 20% de todas as IRCS. As infecções de corrente sanguínea associadas ao uso de dispositivos intravasculares e à pneumonia associada à ventilação

mecânica representam, cada uma, um adicional de 11% das IRCS.

Existem evidências de que as taxas de infecção poderiam ser reduzidas se os profissionais de saúde obedecessem às diretrizes de prevenção e controle de infecções, e se os pacientes deixassem o hospital o mais rápido possível. Muitos pacientes com IRCS (em torno de 25%) estão em CTIs e mais de 70% das infecções nesses pacientes são devido à resistência de microrganismos a um ou mais antibióticos [13].

Como evitar infecções relacionadas aos cuidados em saúde - cinco áreas de formação prioritária para os alunos

Ao longo de sua formação, os alunos trabalharão em muitos ambientes nos quais existe risco de transmissão de infecções. Os alunos devem encarar cada situação como tendo o potencial de resultar na infecção de um paciente ou de profissionais de saúde, incluindo eles próprios. Isso significa que os alunos precisam executar rotineiramente atividades que previnam infecções, tais como usar técnicas de higiene das mãos adequadas; uso apropriado de EPIs (exemplo: luvas e jalecos) para assegurar que instrumentos e dispositivos tenham sido submetidos aos procedimentos de esterilização recomendados; adesão às políticas e recomendações de prevenção de infecções em situações específicas, incluindo o uso apropriado de técnicas de assepsia e práticas de manuseio de resíduos, sobretudo no que diz respeito ao descarte de instrumentos cortantes.

As principais áreas em que todos os profissionais de saúde, incluindo os alunos, precisam tomar iniciativas estão descritas abaixo.

Limpeza do ambiente



A limpeza do ambiente hospitalar é essencial para minimizar as infecções. As instalações de cuidados em saúde precisam estar visivelmente limpas. Um incremento na limpeza é essencial quando há surtos nos quais as fontes ambientais são determinantes.

A escolha dos agentes de limpeza e de desinfecção dependerá de muitos fatores e cada instalação deverá ter políticas e procedimentos em vigor para essas questões. Os alunos devem se familiarizar com os procedimentos de limpeza de derramamentos e contaminação com vômito, urina etc. Eles devem procurar aconselhamento e obter informações sobre os diferentes desinfetantes e suas aplicações com farmacêuticos ou outros profissionais apropriados.

Esterilização/desinfecção de equipamentos, dispositivos e instrumentos

Os equipamentos, dispositivos e instrumentos devem ser esterilizados/desinfetados de forma apropriada, seguindo estritamente as recomendações. Os alunos precisam saber os princípios básicos desses procedimentos e também como verificar se essas

recomendações foram seguidas com relação aos itens que eles usam para os cuidados ao paciente.

Os dispositivos médicos com a etiqueta de “descartável”

Dispositivos com etiqueta de “descartável” são projetados pelos fabricantes com a intenção de não serem reutilizados. Por exemplo, uma seringa descartável nunca deve ser reutilizada porque o risco de infecção é muito alto. Dados de campo nos países em desenvolvimento revelam que a reutilização de seringas/agulhas é a maior fonte de infecção do HIV e hepatite [14].

As injeções são os procedimentos mais comuns nos cuidados em saúde no mundo inteiro e os alunos precisam saber que o descarte do dispositivo de injeção descartável é de suma importância para o cuidado do paciente. Os dispositivos de injeção descartáveis e estéreis incluem as seringas hipodérmicas estéreis; agulhas hipodérmicas estéreis; seringas autoneutralizáveis para fins de imunização; seringas com um recurso de não reutilização para fins gerais e seringas com recurso de prevenção de picada de agulha (por exemplo, as seringas de segurança) para fins gerais. Os alunos precisam estar familiarizados com os regulamentos e as recomendações de dispositivos de injeção descartáveis promovidos pela OMS [14,15].

Higiene das mãos



Cada um que trabalhe em cuidados em saúde, seja em um hospital, clínica ou casa de um paciente, necessita estar ciente da necessidade de higiene das mãos. A higiene das mãos é a intervenção mais importante que cada profissional de saúde pode praticar para prevenir as IRCS. Os profissionais de saúde devem aconselhar os pacientes e seus familiares sobre a importância da higiene das mãos e dar-lhes permissão para lembrar os funcionários da instalação a esse respeito. Ao mesmo tempo, funcionários e alunos não devem se sentir intimidados quando um paciente ou um membro da família pedir ou lembrá-los sobre a higiene das mãos.

O que os alunos precisam saber sobre a higiene das mãos

Os alunos precisam saber:

- a razão fundamental para realizar a higiene das mãos;
- as indicações para higiene das mãos de acordo com as recomendações da OMS;
- os métodos de realizar a higiene das mãos em diferentes situações;
- as técnicas de higiene das mãos;
- como proteger as mãos de eventos adversos;
- como promover o cumprimento das recomendações e diretrizes de higiene das mãos.

As instituições devem providenciar gel à base de álcool nas cabeceiras dos leitos para a limpeza das mãos. A limpeza à base de álcool mata rapidamente os patógenos e tem poucos efeitos colaterais para

os funcionários. Entretanto, quando as mãos estão visivelmente sujas, essa limpeza com álcool não substitui a lavagem das mãos com água e sabão. Por essa razão, a infraestrutura para lavagem das mãos também precisa estar facilmente acessível.

Por que se deve praticar a higiene das mãos?

Muitos estudos têm confirmado que os patógenos encontrados em IRCS podem ser isolados da pele normal e intacta das mãos. Eles podem ser micróbios presentes na pele como flora residente, que vivem por muito tempo debaixo das células superficiais da epiderme. Com maior frequência, fazem parte da flora transitória da superfície da pele, a qual inclui bactérias, vírus e fungos, os quais são adquiridos através do contato direto da pele ou do contato com superfícies contaminadas no ambiente. Esses microrganismos podem ser facilmente transmitidos das mãos do profissional de saúde para os pacientes ou seus ambientes. Esses microrganismos podem também ser removidos da pele se uma higiene das mãos adequada for praticada. Há evidências que mostram que a higiene das mãos pode romper a cadeia de transmissão de patógenos nas instalações de saúde e pode reduzir a incidência de IRCS, assim como as taxas de colonização.

Quando se deve realizar a higiene das mãos?

O objetivo da higiene das mãos é evitar colonizações e infecções em pacientes e profissionais de saúde, assim como contaminações do ambiente. Entretanto, uma indicação para a higiene das mãos surge cada vez que existe uma possibilidade de microrganismos serem transferidos de uma pele ou de uma superfície inerte para outra.

Para identificar facilmente o momento em que a higiene das mãos deve ser realizada, a OMS desenvolveu o modelo *Os Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos* [16]. Esses momentos são:

1. antes de tocar no paciente;
2. antes de procedimentos de limpeza/asepsia;
3. depois do risco de exposição a fluidos corporais;
4. depois de tocar no paciente;
5. depois de tocar em áreas próximas ao paciente.

Limpar as mãos com gel ou lavá-las?

Limpar as mãos com uma solução à base de álcool é o método preferido na maioria das situações clínicas rotineiras. Isso se deve ao fato do álcool agir mais rapidamente do que os sabões na neutralização dos microrganismos, de seu efeito ser mais duradouro e de os procedimentos de limpeza levarem menos tempo para serem realizados. No caso de uso repetido, como é necessário nas instalações de saúde, os efeitos adversos, como o ressecamento e escamação da pele, são menos severos se forem utilizadas as fórmulas corretas de géis para as mãos, se comparada a repetidas lavagens de mãos com água e sabão. Outra vantagem é que é mais fácil passar o gel nas mãos no local de atendimento, uma vez que não

depende de disponibilidade de água limpa, sabão e toalhas. Entretanto, existem situações específicas nas quais a lavagem das mãos é recomendada.

Diretrizes da OMS para a Higiene das Mãos em Cuidados em Saúde

As recomendações das *Diretrizes da OMS para Higiene das Mãos em Cuidados em Saúde* são as seguintes: Antes da rotina clínica começar, remover todas as joias dos pulsos e das mãos e cobrir os cortes e abrasões com curativos à prova de água. As unhas devem ser mantidas curtas, e unhas postiças não devem ser usadas.

Lavar as mãos com água e sabão sempre que elas estiverem visivelmente sujas ou visivelmente manchadas de sangue ou outros fluidos corporais e depois de usar o banheiro. Quando se suspeitar ou se comprovar a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos, inclusive durante surtos de *Clostridium difficile*, a lavagem das mãos com água e sabão é o método preferido.

Utilizar gel à base de álcool para limpar as mãos como forma preferida de rotina de limpeza das mãos quando elas não estiverem visivelmente sujas. Se um gel à base de álcool não estiver disponível, lave as mãos com água e sabão.

Promover as melhores práticas é objetivo de cada um. Os alunos são incentivados a consultarem as *Diretrizes da OMS em Higiene das Mãos em Cuidados em Saúde*, sobretudo as recomendações consensuais das páginas 152-154, a incorporarem essas diretrizes nas suas práticas diárias e encorajarem outros a fazerem o mesmo.

Técnicas de higiene das mãos

A adesão às técnicas recomendadas, como o volume do produto a ser utilizado, as superfícies das mãos a serem limpas e a duração da lavagem das mãos ou da aplicação do gel são importantes para a eficácia. Não é recomendado o uso simultâneo de sabão e gel à base de álcool.

Esfregar as mãos

Aplicar uma porção generosa de gel à base de álcool, que cubra toda a superfície das mãos. Esfregue as mãos até que estejam secas. Ilustrações dessa técnica estão disponíveis em um folheto publicado pela OMS *Higiene das mãos: por que, como e quando* também está disponível na internet [17].

Lavagem das mãos

Molhar as mãos com água e aplicar a quantidade de produto necessária para cobrir toda a superfície delas. Enxaguar as mãos com água e secá-las bem com uma toalha descartável. Evite o uso de água quente, pois a exposição repetida à água quente pode aumentar o risco de dermatite. Utilize uma toalha para fechar a torneira/bica. Ilustrações dessa técnica estão disponíveis no folheto publicado pela OMS, *Higiene das mãos: por que, como e quando* [17]

Uma vez que mãos úmidas podem facilmente adquirir e propagar microrganismos, secar as mãos de forma apropriada é essencial. Certifique-se de que as toalhas não sejam usadas várias vezes ou por várias pessoas. Cuidados devem ser tomados de forma a se evitar a recontaminação das mãos enquanto estão sendo secas ou fechando a torneira/bica. Sabonetes líquidos, em barra, em folha ou em pó são aceitáveis. Quando um sabonete em barra é usado, devem ser utilizados pequenos suportes e grades para facilitar a drenagem e permitir que as barras sequem.

Como proteger a pele

Mãos com rachaduras e asperezas causadas pelo ressecamento são portas abertas para a entrada de bactérias no corpo. A irritação e o ressecamento relacionados à higiene das mãos podem ser reduzidos com a seleção de um produto que contenha umectantes e cuja tolerância tenha sido comprovada por parte dos profissionais de saúde. A necessidade e o uso de produtos hidratantes para a pele por causa de dermatites nas mãos podem variar de acordo com as instalações de saúde dos países e as condições climáticas. Certas práticas, como a utilização de luvas quando as mãos estiverem úmidas, ou o uso de gel à base de álcool em mãos úmidas, podem aumentar a probabilidade de irritação [18].

Uso de equipamento de proteção individual



O equipamento de proteção individual (EPI) inclui jaleco, luvas, aventais, proteção ocular, capa para sapatos e máscaras faciais. O uso de EPI é usualmente baseado na avaliação de risco de transmissão de microrganismos do paciente para o cuidador e vice-versa. Os uniformes dos alunos devem estar limpos, com especial atenção para o asseio pessoal.

Luvas

As luvas agora fazem parte do cotidiano da prática clínica e são um componente importante do conjunto de precauções padrão. Os tipos de luvas incluem: luvas cirúrgicas, luvas descartáveis para exames; luvas multiuso; ou luvas para trabalho doméstico pesado.

O uso apropriado de luvas é essencial, uma vez que o uso inadequado prejudica todos os esforços para preservar a higiene das mãos. Os pacientes ficam sujeitos a riscos de infecção se as luvas não forem trocadas entre tarefas ou entre pacientes. As diretrizes da OMS para o uso de luvas estão apresentadas na Tabela B.9.1)

Existem duas indicações principais para se usar luvas em instalações clínicas: proteger as mãos de contaminação com material orgânico e microrganismos e reduzir os riscos de transmissão de microrganismos infecciosos para pacientes, membros da equipe e outros.

O uso de luvas não substitui a necessidade de higienizar as mãos. As luvas não são isentas de defeitos

e, às vezes, vazam. Estudos mostram que, mesmo quando as luvas são usadas, as mãos podem ser contaminadas. Se uma luva rasgar, se danificar de qualquer forma ou vazar, o aluno deverá remover as luvas, realizar a higiene das mãos e depois colocar luvas novas. As luvas devem ser descartadas de forma apropriada (em uma lixeira adequada para resíduos) depois de cada tarefa e as mãos devem ser limpas em seguida. A razão para isso é que as luvas são feitas para serem usadas uma única vez e podem carregar microrganismos em sua superfície, da mesma forma que as mãos.

Os profissionais da saúde precisam avaliar se as luvas são necessárias em uma determinada situação. As luvas devem ser usadas para realizar procedimentos invasivos, para contatos que requeiram condições estéreis e para contatos com pele não-intacta ou membranas mucosas, assim como atividades nas quais exista um risco de exposição ao sangue, a fluidos corporais, a secreções e a excreções (exceto transpiração), e/ou envolvam o manuseio de instrumentos cortantes ou contaminados. As luvas devem ser usadas somente uma vez e devem ser colocadas imediatamente antes da atividade de cuidados,

removidas imediatamente após e trocadas entre pacientes e episódios de cuidados. As luvas devem ser descartadas como lixo clínico e a higiene das mãos deve ser realizada após a remoção das luvas.

Luvas também podem ser recomendáveis em outras situações. Por exemplo, o contato com pacientes que sabe-se que estão colonizados ou infectados com patógenos transmitidos através do contato físico direto (por exemplo, VRE, MRSA) pode requerer o uso de luvas. Os alunos devem saber que existem tais recomendações para infecções específicas e que novas recomendações podem ser feitas com base em mudanças na situação existente.

Diversos tipos diferentes de luvas estão disponíveis. Luvas estéreis são obrigatórias para procedimentos invasivos e qualquer outra tarefa que exija condições estéreis. Para a maioria dos outros procedimentos, as luvas de exame são suficientes. Luvas multiuso ou para trabalho pesado devem ser usadas ao lidar com instrumentos cortantes, ao processar instrumentos e ao manusear determinados resíduos contaminados.

Tabela B.9.1 Diretrizes da OMS para uso de luvas

Indicação de luvas estéreis	Qualquer procedimento cirúrgico; parto por via vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; acessos e procedimentos vasculares (cateteres centrais); preparação de nutrição parenteral total e agentes quimioterápicos.
Indicação de luvas limpas	Quando existe a possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e itens visivelmente sujos de fluidos corporais. <i>Exposição direta do paciente:</i> contato com sangue; contato com membrana mucosa e pele não intactas; presença potencial de um organismo altamente infeccioso e perigoso; situações epidêmicas ou emergenciais; inserção e remoção intravenosa; extração de sangue; descontinuação de cateter venosa; exame pélvico e vaginal; sucção em sistemas não fechados de tubos endotraqueais. <i>Exposição indireta do paciente:</i> esvaziamento de bacias de vômitos; manuseio/limpeza de instrumentos; manuseio de resíduos; limpeza de derramamentos de fluidos corporais.
Não indicação de luvas (exceto em caso de precauções de contato)	<i>Exposição direta do paciente:</i> medindo a pressão arterial, temperatura e pulso; aplicando injeções subcutâneas e intramusculares; dando banho e vestindo um paciente; transportando um paciente; tratando olhos e ouvidos (sem secreções); toda a manipulação de cateter vascular na ausência de vazamento de sangue. <i>Exposição indireta do paciente:</i> usando o telefone; escrevendo a história clínica do paciente; dando medicamentos orais; distribuindo ou coletando bandejas de alimentos dos pacientes; removendo e trocando roupa de cama do paciente; colocando equipamentos respiratórios não invasivos e cânula de oxigênio; mudando móveis do paciente de lugar. Sem exposição potencial a sangue ou fluidos corporais ou ambiente contaminado. As luvas devem ser usadas de acordo com padrões e precauções de contato. A higiene das mãos deve ser realizada quando apropriado, mesmo que haja indicação de uso de luvas.

Fonte: Glove use information leaflet. World Health Organization, 2009 [20].

O folheto de Informação de Uso de Luvas da OMS (WHO Glove Use Information Leaflet) recomenda os seguintes comportamentos para o uso de luvas [19].

- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos, seja esfregando-as ou lavando-as.
- Use luvas sempre que seja razoável prever que ocorrerá contato com sangue ou outro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas ou pele não intacta.
- Remova as luvas depois de tratar o paciente. Não use o mesmo par de luvas para cuidar de mais de um paciente.
- Quando estiver usando luvas, troque-as ou remova-as durante os cuidados de um paciente se estiver passando de uma parte contaminada do corpo para outra parte do corpo (inclusive pele não intacta, membrana mucosa ou dispositivo médico) no mesmo paciente ou ambiente.
- A reutilização de luvas não é recomendada. Em caso de reutilização de luvas, execute o método mais seguro de reprocessamento.

Jalecos e máscaras faciais

Eles podem fazer parte das precauções padrão ou de transmissão específica que protegem partes dos corpos dos profissionais da saúde que, de outra forma, ficariam expostas. Os jalecos evitam a contaminação da roupa com sangue, fluidos corporais e outros materiais potencialmente infecciosos. A necessidade e o tipo de jaleco a ser usado dependem da natureza da interação com o paciente e da possibilidade de penetração de sangue e fluidos corporais. Os alunos devem ser orientados nesse aspecto pelas políticas existentes em seus locais de trabalho e por seus instrutores clínicos. As políticas locais devem sempre ser seguidas.

As diretrizes sugerem que os profissionais de saúde e alunos devem:

- vestir aventais plásticos descartáveis quando em contato próximo com pacientes, materiais ou equipamentos, ou quando houver risco de que a roupa possa ser contaminada;
- descartar o avental plástico depois de cada caso de cuidados ou procedimento. As roupas de proteção não descartáveis devem ser enviadas para lavanderia;
- usar jalecos de corpo inteiro, que sejam repelentes a fluidos quando houver um risco de respingos de maior proporção de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções, com exceção de transpiração (por exemplo, trauma, salas de operação, obstetrícia). Em situações nas quais os respingos de sangue ou fluidos são prováveis ou esperados (por exemplo, em uma sala de parto durante o nascimento), protetores de sapatos devem também ser usados;
- máscaras faciais e proteções oculares devem ser usadas quando houver risco de sangue, fluidos corporais, secreções e/ou excreções respingarem no rosto e nos olhos.

Passos da higiene respiratória e normas de etiqueta ao tossir

Qualquer pessoa com sinais ou sintomas de infecção respiratória, independentemente da causa, deve seguir ou ser instruída a seguir a etiqueta de higiene respiratória/tosse a seguir:

- cobrir nariz/boca ao tossir ou espirrar;
- utilizar lenços para conter secreções respiratórias;
- descartar o lenço no recipiente de lixo mais próximo depois do uso;
- caso não haja lenços disponíveis, tossir ou espirrar na parte interna do cotovelo em vez das mãos;
- praticar a higiene das mãos depois de contato com secreções respiratórias e objetos/materiais contaminados.

A utilização e o descarte seguro de instrumentos cortantes



Os alunos devem estar cientes da importância dos ferimentos por agulhas entre os profissionais de saúde. Os ferimentos por picada de agulha são tão frequentes quanto as lesões causadas por quedas e a exposição a substâncias perigosas. Muitos profissionais de saúde continuam a ser infectados por vírus transmissíveis pelo sangue, embora essas infecções pudessem ser amplamente evitadas através do uso das seguintes práticas:

- reduzir ao mínimo o manuseio de instrumentos cortantes;
- não recapear, dobrar ou quebrar as agulhas após o uso;
- descartar cada agulha diretamente em local apropriado para objetos perfuro-cortantes (caixa à prova de furos) no ponto de utilização, imediatamente depois do uso. (Sempre leve a caixa para objetos perfuro-cortantes até o paciente para facilitar essa prática);
- não coloque mais nada na caixa de objetos perfuro-cortantes se ela estiver cheia;
- não deixe a caixa de objetos perfuro-cortantes ao alcance de crianças;
- as agulhas usadas em pacientes devem ser colocadas em um recipiente apropriado, dentro de uma caixa de segurança, para minimizar o risco para os farmacêuticos comunitários; e
- sempre registre os ferimentos com agulhas em conformidade com as políticas locais.

A pessoa que usa o objeto perfuro-cortante deve ser a responsável pelo seu descarte seguro. Essas medidas de segurança são repetidas abaixo na *checklist* de precauções padrão.

Tuberculose (TB)

A TB pode se propagar dentro das instituições de saúde. A doença é transmitida por tosse, espirro, fala ou saliva, os quais enviam o bacilo da TB pelo ar, que pode ser aspirado por alguém. Alguns não desenvolverão a infecção porque seu sistema imunológico é capaz de manter o patógeno inerte. Se o

sistema imunológico falhar, a doença pode tornar-se ativa e a pessoa infectada pode desenvolver a doença. Os alunos devem seguir as precauções padrão em todas as situações. Essas precauções são descritas mais adiante neste tópico. Se a TB for um problema importante em seu país, seria apropriado apresentar informações adicionais sobre a prevalência de TB no país e as estratégias para conter a propagação da doença durante os cuidados em saúde. A página na internet da OMS apresenta vários informes que descrevem a prevalência de TB, além dos efeitos devastadores e do sofrimento causados pela doença.

O uso de procedimentos efetivos de esterilização

O CDC dos Estados Unidos aconselha que “em geral, os instrumentos médicos ou equipamentos de cuidados do paciente reutilizáveis que entram em tecidos normalmente estéreis ou no sistema vascular ou em locais onde há fluxo de sangue, devem ser esterilizados antes de cada utilização.”

Esterilização significa o uso de um procedimento físico ou químico capaz de destruir toda vida microbiana, inclusive os endosporos bacterianos altamente resistentes. Os alunos da área de saúde devem saber como usar diferentes métodos e tecnologias de esterilização de instrumentos para serem capazes de tornar os instrumentos seguros para uso nos pacientes [21].

Antibióticos profiláticos

Os alunos observarão que alguns médicos e dentistas receitam para alguns pacientes antibióticos profiláticos quando estes precisam ser submetidos a um procedimento cirúrgico ou odontológico. Sabe-se que o uso de antibióticos apropriados previne infecções pós-operatórias cirúrgicas e odontológicas; porém, a menos que os antibióticos sejam administrados corretamente, eles também podem causar danos. Em alguns casos, os antibióticos são dados no momento errado, com frequência exagerada ou frequência insuficiente, ou de forma inapropriada. Os períodos incorretos ou prolongados de antibióticos profiláticos colocam a saúde dos pacientes em grande risco, devido ao desenvolvimento de patógenos resistentes ao antibiótico.

O que os alunos precisam fazer

Os alunos têm a responsabilidade de se esforçar para minimizar a propagação das infecções e encorajar os pacientes e outros profissionais de saúde a se engajarem ativamente nessas práticas que minimizam a propagação de infecções, tanto na comunidade quanto em hospitais e clínicas.



Os alunos precisam:

- praticar as precauções padrão, incluindo higiene das mãos;
- estar imunizados contra a hepatite B;
- saber o que fazer se sofrerem um ferimento por um instrumento perfuro-cortante ou estiverem

- expostos a sangue ou a fluidos corporais, ou tiverem outra exposição a um patógeno potencial;
- tomar precauções adequadas quando eles próprios estiverem doentes para evitar infectar pacientes e/ou contaminar o ambiente de trabalho;
- atuar como modelo de conduta para boas práticas clínicas e segurança do paciente e encorajar outros a usarem precauções apropriadas; e
- ser proficiente no uso de diversos métodos e tecnologias de esterilização de instrumentos.

Praticar precauções padrão, incluindo a higiene das mãos

Para poder praticar as precauções padrão, os alunos não podem correr riscos. Portanto, para realizar a higiene das mãos quando requerida, é importante que relatem e procurem tratamento para quaisquer doenças de pele, sobretudo as que afetem as mãos. A higiene das mãos, seja lavar as mãos ou usar uma solução à base de álcool, não pode ser levada a cabo se determinadas doenças de pele (por exemplo, dermatite ou eczema) estiverem presentes, pois isto coloca em risco de infecção tanto o profissional de saúde quanto os pacientes. As luvas não são um substituto nessas circunstâncias e qualquer aluno com qualquer doença de pele deve ser encaminhado ao departamento de saúde ocupacional para tratamento e exercer funções que não exijam contato com pacientes até que a doença esteja resolvida.

Higiene das mãos antes de tocar no paciente

Isto é importante para proteger o paciente contra microrganismos nocivos transportados pelas mãos. Os alunos podem adquirir microrganismos ao entrar em contato com superfícies contaminadas, outros pacientes ou amigos.

Higiene das mãos antes de um procedimento limpo/asséptico

É essencial que os estudantes pratiquem a higiene das mãos imediatamente antes de realizar qualquer tarefa limpa/asséptica, incluindo a preparação de medicamentos estéreis. Isso é necessário para evitar que microrganismos nocivos, incluindo aqueles residentes no próprio paciente, penetrem no corpo do paciente. Os alunos devem se proteger contra a transmissão através do contato com membranas mucosas, que pode ocorrer durante a higiene oral/bucal, a aplicação de colírio e a aspiração de secreções. Qualquer contato com pele não intacta, incluindo cuidados de lesões da pele, curativos e qualquer tipo de injeção, é uma oportunidade para transmissão. O contato com dispositivos, como a inserção de um cateter ou a abertura de um sistema de acesso vascular ou sistema de drenagem, deve ser feito após preparação cuidadosa, uma vez que esses dispositivos são muito conhecidos por abrigar microrganismos potencialmente nocivos. Os estudantes também devem ser diligentes na higienização das mãos quando estiverem preparando alimentos, medicamentos e curativos.

Alguns alunos irão inevitavelmente entrar em contato com membranas mucosas e pele não intacta. Entender os riscos envolvidos ajudará os alunos a praticarem os cuidados em saúde de maneira segura. É provável também que tenham contato com dispositivos ou amostras clínicas, por exemplo: na extração ou manipulação de alguma amostra fluida; na abertura de um sistema de drenagem; na inserção ou remoção de um tubo endotraqueal; ou durante uma sucção.

Higiene das mãos após o risco de exposição a fluidos corporais

Os alunos devem, habitualmente, limpar as mãos logo após algum risco de exposição a fluidos corporais e após a retirada de um par de luvas.

Isso é essencial para limitar a chance dos alunos serem infectados, assim como para a manutenção de um ambiente seguro de cuidados em saúde. É sabido que casos de transmissão ocorrem mesmo com o uso de luvas.

Às vezes, os alunos podem precisar limpar urina, fezes ou vômito do paciente. Podem também manusear resíduos (curativos, toalhas higiênicas, absorventes para incontinência urinária) ou limpar materiais ou áreas contaminados ou visivelmente sujos (lavatórios, instrumentos). Eles precisam estar particularmente atentos à importância da limpeza das mãos logo após cada atividade, assim como à importância do método apropriado de descarte de resíduos.

Higiene das mãos depois de tocar no paciente

Todos os estudantes devem praticar a higiene das mãos depois de tocar em um paciente. As atividades que envolvem contato físico direto, além das acima mencionadas, incluem ajudar o paciente a movimentar-se ou ser lavado, e fazer uma massagem. Os exames clínicos, como verificar a pulsação ou medir a pressão arterial, auscultar o tórax e apalpar o abdômen, são todas oportunidades para a transmissão de microrganismos infecciosos.

Higiene das mãos após tocar o entorno do paciente

Os microrganismos também são conhecidos por sobreviverem em objetos inanimados. Por essa razão, é importante a limpeza das mãos após tocar em qualquer objeto ou peça de mobília que estiver imediatamente próxima ao paciente ao deixá-lo, mesmo que ele não tenha sido tocado. Os alunos podem precisar ajudar outras equipes, trocando roupa de cama; ajustando a velocidade de perfusão; monitorando um alarme; segurando uma grade de cama; ou deslocando objetos na mesa de cabeceira do paciente. Depois de qualquer uma dessas tarefas, as mãos precisam ser limpas.

O esquecimento da prática da higienização das mãos pode levar o paciente a se tornar colonizado e infectado, os alunos a se tornarem colonizados e infectados, e a uma maior probabilidade de propagação de microrganismos por todo o ambiente.

Métodos de proteção pessoal

Os alunos devem:

- seguir diretrizes e se capacitarem no uso de procedimentos e equipamentos de proteção pessoal;
- usar luvas quando em contato com fluidos corporais, peles não intactas e membranas mucosas;
- usar máscara facial, proteção ocular, capas de sapatos e um jaleco se houver um potencial para respingos de sangue ou outros fluidos corporais;
- avisar as pessoas apropriadas se suprimentos/materiais de EPI estiverem acabando;
- tomar como modelo as práticas exercidas pelos profissionais mais experientes, respeitados e seguros;
- realizar regularmente autoavaliações do seu próprio uso de EPI e fazer uma anotação em caso de algum uso inadequado;
- cobrir todos os cortes e abrasões;
- sempre limpar os derrames de sangue e outros fluidos corporais seguindo as respectivas recomendações;
- estar consciente de como funciona o sistema de gestão de resíduos no ambiente de sua prática de cuidados em saúde.

Estar imunizado contra hepatite B

Os alunos, assim como todos os profissionais de saúde, correm o risco de serem infectados por vírus presentes na corrente sanguínea. O risco de infecção para a equipe e os pacientes depende da prevalência da doença na população de pacientes e da natureza da frequência de exposição. Os alunos devem ser imunizados tão logo comecem a atender pacientes em instituições, clínicas ou instalações comunitárias, incluindo as residências de pacientes, e devem passar por uma verificação pós-vacinação, caso possível.

Saber o que fazer se for exposto

Se um estudante é inadvertidamente exposto ou torna-se infectado com um patógeno transmissível pela corrente sanguínea, ele deve imediatamente notificar a equipe apropriada da instituição, assim como um supervisor. É importante que o aluno receba atenção médica apropriada o mais rápido possível.

Saber o que fazer se estiver com sintomas de náusea, vômito ou diarreia

Os alunos precisam informar incidentes que envolvam diarreia e vômito, sobretudo se eles próprios estiverem envolvidos. Surto de diarreia e vômito (norovírus) são comuns em hospitais e podem ser perpetuados pelo trabalho da equipe afetada enquanto apresentarem sintomas. Os alunos devem estar cientes de que, se tiverem sintomas, eles podem passar a infecção para um paciente vulnerável e para outros membros da equipe e, por conseguinte, não deveriam estar trabalhando. Eles devem obedecer as políticas locais.

Aderir a outras medidas de prevenção e controle de infecções quando necessário

Os alunos devem assegurar-se de que os instrumentos e dispositivos que usam estão esterilizados/desinfetados apropriadamente. Devem também se assegurar de que as diretrizes para procedimentos específicos são seguidas, por exemplo, durante a inserção de um cateter urinário.

Encorajar outros a participarem do controle da infecção



Os alunos podem encorajar outros a usarem as técnicas corretas de higiene das mãos ao fazê-lo. Podem desempenhar o papel de modelo e líder nessa área. Às vezes, as pessoas precisam apenas de serem lembradas para perderem a falsa sensação de segurança.

Os alunos também podem ensinar aos pacientes a importância da limpeza das mãos, uma vez que, com frequência, passarão mais tempo com eles do que seus colegas mais qualificados. Essa também é uma boa oportunidade para a prática de instruir os pacientes sobre cuidados em saúde e prevenção e controle de infecções. Os alunos também podem ter a oportunidade de instruir outros membros da comunidade (por exemplo, parentes de pacientes e visitantes) como eles podem ajudar a prevenir e controlar as infecções através da higiene adequada das mãos.

Influenciando o comportamento dos profissionais de saúde

Os alunos podem precisar trabalhar em um ambiente no qual os profissionais de saúde não seguem as diretrizes institucionais ou profissionais de prevenção e controle de infecções. Podem até observar equipes mais experientes deixarem de limpar as mãos ou de manterem estéreis os ambientes. Pode ser bastante difícil para o estudante se manifestar nessas ocasiões. Culturalmente, pode ser complicado para um membro inexperiente da equipe questionar alguém mais experiente. Entretanto, isso pode ser feito de uma maneira delicada. Os alunos podem falar com as equipes locais de prevenção a infecções ou com funcionários superiores, com mais experiência na prevenção das infecções, para buscarem orientação.

Alunos podem observar que membros da equipe não limpam suas mãos

A maneira como o aluno enfrenta esta situação depende do relacionamento do estudante com os membros da equipe, da cultura específica do estabelecimento de saúde e da cultura da sociedade a seu redor. Pode ser útil examinar e entender as possíveis razões para essa omissão. Pode ser que o profissional de saúde estivesse tão ocupado que inadvertidamente se esqueceu de lavar as mãos. Se o aluno sabe que essa pessoa costuma estar bem atenta, pode ser apropriado levantar a questão com

essa pessoa ou ajudá-la entregando-lhe o gel à base de álcool ou outra forma de limpeza.

Alunos podem perceber que membros da equipe ignoram os procedimentos corretos de controle de infecções

Os alunos podem desejar pedir ao supervisor ou ao líder da equipe que coloque a questão da prevenção e do controle de infecções na agenda para discussão. Como alternativa, eles podem solicitar ao chefe do setor que um especialista fale com a equipe, para ajudar a assegurar que cada um esteja ciente das diretrizes de controle de infecções.



Resumo

Para minimizar a incidência das IRCS deve-se:

- conhecer as diretrizes principais de cada ambiente clínico no qual estiver trabalhando;
- aceitar a responsabilidade de minimizar as oportunidades de transmissão de infecções;
- aplicar precauções padrão e específicas para cada tipo de transmissão;
- avisar a equipe quando os suprimentos estiverem inadequados ou escassos;
- educar pacientes e seus familiares/visitantes sobre a limpeza das mãos e a transmissão de infecções.

Algumas dessas ações, tais como alertar a equipe a respeito da falta de suprimentos, podem ser de difícil implementação em instalações em que não há recursos disponíveis e os suprimentos costumam ser escassos. Algumas políticas hospitalares também podem excluir a provisão de EPI para estudantes enquanto estiverem em treinamento no hospital. Nesses casos, os alunos devem buscar aconselhamento com seus supervisores.

Formatos e estratégias de ensino

Esse tópico pode ser apresentado de várias formas, mas a melhor maneira de ensinar esse material é praticar as técnicas de controle e prevenção de infecções em um ambiente simulado.

Exercícios de simulação




Diferentes cenários podem ser propostos para enfatizar os componentes educacionais da prevenção e controle de infecções. Por exemplo, os alunos que participam do Israel Center for Medical Simulation praticam a lavagem das mãos, as quais recebem uma cobertura de gel azul especial e, em seguida as colocam embaixo de uma luz ultravioleta. Essa luz revela quais as áreas que foram esquecidas quando as mãos foram lavadas. Os alunos ficam surpresos ao verem a extensão da superfície que ficou sem limpeza.

Diferentes cenários podem ser desenvolvidos para enfatizar os componentes educacionais da prevenção e controle da infecções. Por exemplo,

alunos podem praticar técnicas de assertividade em situações diferentes, tais como:

- interações entre pacientes e profissionais em que o profissional deixa de realizar a higiene das mãos;
- interações entre alunos e pacientes nas quais o estudante deixa de realizar a higiene das mãos; e
- interações entre alunos e supervisores nas quais o supervisor deixa de realizar a higiene das mãos.

Para cada um desses cenários, os alunos podem fazer uma dramatização, utilizando uma abordagem centrada na pessoa e, em seguida, uma abordagem sistêmica em resposta a uma violação dos protocolos de infecções. (Essas abordagens são descritas em detalhe no Tópico 3). → 

Palestra interativa/expositiva



Use os slides anexos a este guia e que abrangem todo o tópico. Os slides podem estar em formato PowerPoint ou serem convertidos para utilização com um retroprojetor. Comece a sessão com um estudo de caso, selecionado no *Banco de Estudos de Casos*, e faça com que os alunos identifiquem algumas das questões apresentadas no estudo de caso.

Painel de debates

Convide um painel de profissionais respeitados para apresentar um resumo de seus esforços para minimizar a transmissão de infecções. Os alunos podem preparar, com antecedência, uma lista de perguntas sobre a prevenção e a gestão de infecções.

Aprendizagem baseada em problemas

Vários aspectos desse tópico podem ser desenvolvidos para se adaptarem a uma abordagem da aprendizagem baseada em problemas. Por exemplo, um paciente que tenha desenvolvido infecção de sítio cirúrgico pode ser usado como um ponto de partida na apresentação.

Atividades em pequenos grupos



A turma pode ser dividida em grupos pequenos e três alunos em cada grupo podem moderar o debate sobre as causas e os tipos de infecções. Outro aluno no grupo pode focar nas razões pelas quais algumas instalações de saúde promovem a higienização das mãos mais do que outras.

O tutor que esteja no papel de facilitador da sessão também deve estar familiarizado com o conteúdo, podendo assim agregar informações sobre o sistema local de saúde e o ambiente de prática.

Outras atividades de ensino

Este tópico oferece muitas oportunidades para atividades integradas durante o tempo em que os alunos estiverem em um local específico de treinamento. Essas atividades podem começar logo nos primeiros anos no ambiente de prática.

– Os alunos podem visitar um paciente que se tornou infectado como resultado de sua experiência clínica ou odontológica. Podem falar com o paciente sobre o impacto da infecção sobre sua saúde e bem-estar. O encontro não deve ter por objetivo falar sobre como ou por que o paciente foi infectado, mas sim discutir o impacto da infecção.

– Os alunos podem assistir a um encontro de prevenção e controle de infecções e observar e registrar quais são as atividades empreendidas pela equipe que garantem que todos cumpram as diretrizes de controle de infecções.

– Os alunos podem observar a equipe tratando de pacientes que estejam sabidamente infectados com IRCS.

– Os alunos podem seguir o paciente através do processo perioperatório e observar as atividades destinadas a minimizar a transmissão de infecções.

– Os alunos podem examinar e criticar o protocolo usado para prevenir e controlar infecções para um determinado procedimento, incluindo observações sobre o conhecimento e cumprimento do protocolo por parte da equipe.

– Os estudantes de farmácia também podem se encontrar com os pacientes como parte de suas aulas práticas de farmácia clínica.

– Após essas atividades, deve-se pedir aos estudantes que se reúnam em pares ou em pequenos grupos e debatam com um tutor ou clínico o que observaram, se as funções ou técnicas ensinadas estiveram presentes ou ausentes, e se elas foram efetivas.

Estudos de caso

Medidor de pressão arterial ensanguentado

Este caso ilustra a importância de cumprir as diretrizes de controle de infecções. Ilustra também a razão por que se deve sempre adotar procedimentos que presumam a possibilidade de transmissão de doenças.

Jack, 28 anos, e Sarah, 24 anos, se envolveram em um acidente grave, no qual o carro de Jack bateu em um pilar de cimento. Foram levados para uma emergência: Jack sofrera ferimentos graves e Sarah apresentava cortes profundos na parte superior do corpo em decorrência de estilhaços de vidro. Jack sangrava muito quando foi colocado na sala de traumas. Sua pressão arterial foi verificada e o medidor (feito de nylon e tecido) ficou encharcado de sangue, ao ponto de não poder ser espremido. Jack foi submetido a uma cirurgia, porém, mais tarde, faleceu.

Sarah, com cortes na parte superior do corpo, foi colocada na mesma sala de traumas onde Jack foi tratado. O mesmo medidor, sujo e cheio de sangue, que tinha sido usado em Jack, foi colocado no braço dela.

Um enfermeiro notou que o medidor encharcado de sangue tinha sido usado em ambos os pacientes. Entretanto, outro membro da equipe minimizou o incidente.

Um relatório de um médico legista, recebida semanas mais tarde, revelou que Jack era HIV- e HBV-positivo e que o acidente tinha sido um suicídio.

Debate

– Use o estudo do caso para iniciar um debate sobre as implicações do incidente e para identificar os processos que poderiam ter evitado a reutilização do medidor de pressão arterial.

Fonte: Agency for Healthcare, Research and Quality. Web M&M: mortality and morbidity rounds on the web (<http://www.webmm.ahrq.gov/caseArchive.aspx>; acesso em 3 de março de 2011).

Uma falha na verificação do gotejamento intravenoso de uma criança

Este caso ilustra as ramificações que infecções associadas aos cuidados em saúde podem ter em pacientes.

Um pai levou sua filha de dois anos, Chloe, para uma emergência de um hospital regional na noite de uma sexta-feira. Chloe tinha uma história recente de “bronquite” e já tinha sido examinada no ambulatório. Um médico-assistente internou Chloe para tratamento de pneumonia. Uma cânula intravenosa foi inserida na parte superior do seu pé esquerdo e um curativo foi feito. Chloe foi internada na unidade e ficou sob os cuidados da equipe de enfermagem, um clínico geral e um médico que fazia as visitas no fim de semana.

A cânula intravenosa não foi inspecionada até o início da noite de domingo (quase 48 horas depois), apesar do fato de que danos à pele são um fator de risco conhecido em crianças pequenas e podem ocorrer dentro de 8 a 12 horas. Notou-se uma área de necrose no calcanhar esquerdo e, mais tarde, o desenvolvimento de úlceras na parte superior do pé esquerdo. Depois da alta e do tratamento ambulatorial, Chloe foi, por fim, internada em um importante hospital pediátrico onde foi necessário tratamento contínuo. Ela também desenvolveu problemas comportamentais como resultado de sua experiência.

Debate

– Usar o estudo de caso para estimular um debate sobre as infecções em locais de inserção

de cânulas e como essas infecções podem ser minimizadas.

Fonte: Case studies-investigations. Sydney, New South Wales, Australia, Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59.

Ferramentas e material de referência

Higiene das mãos

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a summary. Genebra, Organização Mundial da Saúde 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Hand hygiene: why, how & when Genebra, Organização Mundial da Saúde, Agosto de 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) (em colaboração com o Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, a Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology e a Society of Healthcare Epidemiology of America. *How to guide improving hand hygiene.* Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihl.org?IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Tools/How-toGuideImprovingHandHygiene.htm>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Boyce JM *et al.* Guideline for hand hygiene in health-care setting: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51 (RR16):1-45.

Diretrizes de isolamento

Siegel JD *et al.* and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2001 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* Public Health Service and United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2007 (<http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Prevenção e controle de infecções

Clean care is safer care: tools and resources Genebra, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Ducel G *et al.* *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide* 2a. ed. Genebra, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/>

csr/resources/publications/dru_gresist/en/whocds-csreph200212.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Infection control, prevention of health care-associated infection in primary and community care National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, UK, 2010 (<http://guidance.nice.org.uk/CG2>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

AIDE-MEMOIRE: standard precautions in health care. Epidemic and Pandemic Alert and Response, Geneva, World Health Organization, Outubro de 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2-E7.PDF; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Policy on TB infection in health-care facilities, ongregate settings and households. Geneva, World Health Organization, 2009 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Infecções cirúrgicas

Prevent surgical site infections. 5 Million Lives campaign. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2001. (<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Tools. Surgical site infections. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/Surgical-SiteInfections/Tools>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Estratégia nacional

National strategy to address health care-associated infections operational template. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, junho de 2005 (<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/addprecautionsjun05.pdf>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Outros materiais de pesquisa

Allengrangi B *et al.* Burden of endemic health-care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011;377:228-241.

Pratt RJ *et al.* Epic 2: national evidence-based guidelines for preventing health care-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 65 (Suppl.):S1-S64.

Burke JP. Patient safety: infection control, a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651-656.

Avaliação do conhecimento deste tópico

O conhecimento dos estudantes sobre o controle de infecções pode ser avaliado usando algum dos seguintes métodos:

- portfólio;
- debate sobre casos;
- um exame clínico objetivo estruturado por estações (OSCE);
- observações escritas sobre como uma instituição da área de saúde pratica prevenção e controle de infecções;
- perguntas de múltipla escolha (MCQ), redação e/ou pergunta breve de melhor resposta possível (SBA)
- observação do seguinte:
 - alunos realizando a higiene das mãos usando as Diretrizes da OMS (7 passos);
 - o estudante colocando luvas descartáveis para exame;
 - o estudante colocando luvas para técnicas estéreis (para procedimentos cirúrgicos).

O conhecimento dos estudantes também pode ser avaliado por declarações reflexivas escritas sobre como uma instituição de saúde instrui sua equipe com relação ao controle e à prevenção de infecções; como a hierarquia no local de trabalho influencia a prática de prevenção e controle das infecções; sobre os sistemas vigentes para notificação de violações das políticas de prevenção e controle de infecções, o papel dos pacientes na minimização da transmissão das infecções e/ou a eficácia das diretrizes de prevenção e controle das infecções.

A avaliação pode ser tanto formativa quanto somativa; as classificações podem variar desde satisfatória/insatisfatória até a atribuição de uma nota. (Veja os formulários na Parte B, Anexo 2).

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante para rever como uma sessão de ensino ocorreu e como melhorias podem ser implementadas. Veja o Guia do Professor (Parte A) para obter um resumo dos princípios de avaliação relevantes.

Referências

1. Ducl G *et al.* Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. 2a ed. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. WHO guidelines on hand hygiene in health care, Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

3. WHO guidelines on hand hygiene in health care, Geneva, World Health Organization , 2009:6-7 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
4. Allengranzi B et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377: 228-241.
5. Stone PW, Braccia D, Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:501-509.
6. Stone PW et al. The economic impact of infection control: making the business case for increased infection control resources. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:542-547.
7. MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56-63.
8. Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in health-care settings. Atlanta, GA, CDC, 2003 (<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
9. Institute for Healthcare Improvement (IHI) *The Five Million Lives campaign*. Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
10. *Countries or areas committed to address health care-associated infection*. Geneva, World Health Organization , 2011 (<http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html>; acesso em 16 de março de 2011).
11. WHO CleanHandsNet. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/en; acesso em 16 de março de 2011).
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*. Atlanta, GA, CDC, 1996 (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
13. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651-656.
14. *Medical device regulations: global overview and guiding principles*. Geneva, World Health Organization , 2003; 29-30 (http://www.who.int/entity/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf; acesso em 11 de março de 2011).
15. *Guiding principles to ensure injection device security*. Geneva, World Health Organization , 2003 (www.who.int/entity/injection_safety/WHOGuidPrinciplesInjEquipFinal.pdf; acesso em 11 de março de 2011).
16. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization , 2009:122-123 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
17. *Hand hygiene: why, how and when*. Geneva, World Health Organization Agosto 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
18. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization , 2009: 61-63 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
19. *Glove Use Information Leaflet (revisado em agosto de 2009) on the appropriate use of gloves with respect to hand hygiene*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/patientsafety/events/05/HHen.pdf>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
20. *Glove use information leaflet*. Geneva, World Health Organization , 2009:3 (http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities*, 2008. Atlanta, GA, CDC, 2008 (http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization3_OdisinfectEquipment.html; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Slides para o Tópico 9: Prevenção e controle de infecções

Em geral, palestras não são a melhor maneira de ensinar os alunos segurança do paciente. Se uma palestra estiver sendo cogitada, é uma boa ideia planejar momentos para que os estudantes interajam e debatam. Usar um estudo de caso é uma maneira de gerar um debate de grupo. Outra maneira é formular perguntas, para serem respondidas pelos alunos, sobre aspectos diferentes dos cuidados em saúde que podem levar às questões inseridas neste tópico, como a cultura da culpabilização, a natureza dos erros e como os erros são geridos em outras atividades.

Os slides do Tópico 9 foram planejados para ajudar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os slides podem ser adaptados para que se ajustem ao ambiente e à cultura local. Os professores não precisam usar todos os slides, sendo melhor adaptá-los aos temas que serão abrangidos na sessão de ensino.

Tópico 10

Segurança do paciente e procedimentos invasivos

Realização de artroscopia em joelho errado

Brian feriu o joelho esquerdo enquanto se exercitava e foi encaminhado por seu médico para um cirurgião ortopédico. O cirurgião ortopédico obteve consentimento para realizar um exame no joelho esquerdo sob anestesia, como um procedimento cirúrgico ambulatorial. Como parte do processo pré-operatório padrão, dois enfermeiros credenciados confirmaram que a assinatura dele aparecia no formulário de consentimento para um exame eletivo de seu joelho esquerdo.

O cirurgião falou com Brian antes de ele entrar na sala de cirurgia, mas não confirmou qual joelho seria operado. Brian foi levado para a sala de cirurgia e anestesiado. A enfermeira anestesista viu um torniquete dobrado sobre a perna direita e aplicou a anestesia. Ela e outro membro da equipe colocaram uma atadura para limitar o fluxo de sangue. A enfermeira especialista conferiu o lado que deveria ser operado na lista do centro cirúrgico para poder realizar os preparativos. Quando ela viu que o cirurgião ortopédico estava preparando a perna direita, disse a ele que achava que a perna que deveria ser operada era a esquerda. As duas enfermeiras ouviram o médico discordar, e o joelho direito (o incorreto) acabou sendo operado.

Fonte: Case-studies-professional standards committees: Health Care Complaints Commission Annual Report. 1999-2000:64 Sydney, New South Wales, Australia.

Introdução - Segurança do paciente e procedimentos invasivos



Mais de 230 milhões de cirurgias de grande porte são realizadas no mundo inteiro a cada ano [1]. As estatísticas sugerem que pessoas morrem como consequência direta do procedimento cirúrgico em 0,4 a 0,8% desses casos e que 3 a 16% dos pacientes experimentam complicações depois desses procedimentos. Isso equivale a um milhão de mortes e a outros seis milhões de incapacitados a cada ano no mundo inteiro [2-5]. Isso não acontece porque cirurgiões, especialistas ou profissionais de saúde são descuidados ou incompetentes, mas porque existem muitas oportunidades para algo dar errado no curso das múltiplas etapas envolvidas nesses procedimentos. Além disso, os problemas causados por infecções em centros cirúrgicos representam uma proporção significativa de todas as IRCS. Este tópico ajudará os alunos a entenderem como os princípios de segurança do paciente podem contribuir para minimizar os eventos adversos associados a procedimentos invasivos. Existem muitas ferramentas válidas hoje disponíveis que ajudam as equipes de cuidados em saúde na prestação de cuidados cirúrgicos seguros. Elas incluem a *Checklist* de Segurança Cirúrgica da OMS (WHO Surgical Safety Checklist), que está atualmente sendo lançada no mundo inteiro [6]. Além de enfermeiros e alunos de medicina, pode não haver muitas oportunidades para outros alunos da área de saúde implementarem muitos desses passos para melhorar os resultados cirúrgicos durante seu programa de treinamento. No entanto, eles podem observar como os profissionais de saúde se comunicam uns com os outros e quais técnicas estes usam para se certificarem de que estão tratando a pessoa correta com o tratamento correto ou realizando o procedimento na parte correta do corpo. Podem também observar o que acontece quando profissionais de saúde parecem não seguir o protocolo.

Palavras-chave

Infecções de sítios cirúrgicos e procedimentais, erros cirúrgicos/procedimentais, diretrizes, falhas na comunicação, processos de verificação, trabalho em equipe.

Objetivos pedagógicos

Entender as principais causas de eventos adversos nos cuidados durante cirurgias e em procedimentos invasivos e como o uso de diretrizes, processos de verificação e o trabalho em equipe podem permitir que o paciente indicado receba o tratamento correto no momento e lugar apropriados.

Embora os princípios descritos neste tópico sejam importantes tanto para os procedimentos cirúrgicos quanto para outros procedimentos invasivos, a maior parte dos casos na literatura refere-se aos cuidados cirúrgicos.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Conhecimento necessário

Os alunos precisam conhecer os principais tipos de eventos adversos associados aos procedimentos invasivos e se familiarizar com os processos de verificação que podem ser usados para melhorar os cuidados durante cirurgias e em procedimentos invasivos.

Desempenho esperado

Os alunos devem demonstrar suas habilidades ao:

- seguirem os processos de verificação e evitarem o paciente errado, o lado errado e os erros de procedimento errado (por exemplo: uma *checklist* cirúrgica).
- praticarem técnicas que reduzam riscos e erros (por exemplo: tempos de descanso, reuniões informativas, manifestar preocupações);
- participarem no processo educacional para a revisão da mortalidade e da morbidade;
- envolverem-se ativamente como um membro de equipe;
- envolverem-se ativamente com o paciente em todas as circunstâncias.

Causas dos eventos adversos associados à cirurgia e outros procedimentos invasivos

Os alunos precisam conhecer os principais tipos de eventos adversos associados aos cuidados durante a cirurgia e em procedimentos invasivos. A maneira tradicional de explicar eventos adversos associados a procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos geralmente está relacionada com a habilidade do cirurgião ou da pessoa que realiza o procedimento, e com a idade e a condição física do paciente. Vincent *et al.* [4] argumentam que os resultados cirúrgicos (e outros resultados procedimentais) adversos estão associados a muitos outros fatores, como o projeto do local de trabalho e sua relação com as pessoas que lá trabalham, o trabalho

em equipe e a cultura organizacional. Os alunos podem aprender a usar a abordagem sistêmica no Tópico 3, assim como também as competências descritas nos tópicos de trabalho em equipe e controle de infecções, todos os quais são extremamente relevantes para este tópico. A cirurgia segura requer um trabalho em equipe efetivo, o que significa que médicos, enfermeiros e outros membros da equipe tenham seus papéis e responsabilidades claramente definidos e que cada membro da equipe saiba o papel dos outros membros nela. → T3

Uma abordagem sistêmica dos eventos adversos cirúrgicos e procedimentais exige que examinemos ambos os fatores latentes, tais como o trabalho em equipe e a liderança inadequada, quanto os fatores ativos, que ocorrem no momento do atendimento, tais como a comunicação durante a passagem de caso e a anotação deficiente da história clínica. (Veja Tópico 4). → T4

As três principais causas de eventos adversos em cuidados procedimentais são descritas abaixo.

Controle inadequado de infecções

O Harvard Medical Practice Study II [5] descobriu que as infecções de feridas cirúrgicas constituíam a segunda maior categoria de eventos adversos e confirmou a crença antiga de que as infecções hospitalares estafilocócicas representam um grande risco para os pacientes hospitalizados, sobretudo aqueles que recebem cuidados cirúrgicos. A implementação de melhores práticas de controle de infecções, tais como a administração apropriada de antibióticos profiláticos, tem reduzido a incidência de infecções no pós-operatório. Além disso, esforços para sensibilizar e chamar a atenção para os riscos de transmissão mostram aos profissionais de saúde como eles podem minimizar os riscos de infecções cruzadas.

Cada indivíduo é responsável por diminuir as oportunidades de contaminação de roupas, mãos e equipamentos associadas à transmissão de patógenos. (O controle de infecções é discutido em mais detalhes no Tópico 9). → T9

Durante seu treinamento, muitos estudantes presenciarão uma cirurgia, ou um procedimento invasivo, ou estarão perto de pacientes vulneráveis a infecções. Eles devem sempre obedecer às diretrizes de controle de infecções e colocar em prática as precauções padrão. As equipes eficientes encorajam todos os membros da equipe, independentemente de sua profissão ou nível de experiência, a serem responsáveis pela prática segura. Uma das formas de realizar isso é dar permissão a cada um dos membros para se manifestar caso surja alguma preocupação com a segurança, mesmo que sejam os integrantes mais inexperientes da equipe.

Gestão inadequada de pacientes

A sala e o ambiente de cirurgia envolvem atividades extremamente complexas, que requerem uma

gama de profissionais de saúde e devem sempre incluir o paciente quando este estiver consciente. Isso pode explicar porque mais eventos adversos são associados aos departamentos cirúrgicos do que aos outros departamentos do hospital.

Os principais eventos adversos associados aos cuidados cirúrgicos incluem infecções e sepse pós-operatória, complicações cardiovasculares, complicações respiratórias e complicações tromboembólicas. Quando esses eventos são analisados, várias condições pré-existentes (fatores latentes) são identificadas. Os fatores latentes incluem:

- implementação inadequada de protocolos e diretrizes;
- liderança ineficiente;
- trabalho em equipe ineficiente;
- conflito entre diferentes setores/grupos dentro da organização;
- treinamento e preparo inadequado da equipe;
- recursos inadequados;
- falta de prática baseada em evidências;
- cultura de trabalho precária;
- sobrecarga de trabalho; e
- falta de um sistema para administrar o desempenho.

Além dos fatores latentes, os indivíduos que trabalham diretamente nos setores de cuidados perioperatórios estão propensos aos seguintes tipos de erros que podem causar eventos adversos:

- falhas na tomada de precauções para prevenir lesões provocadas por acidentes;
- atrasos evitáveis no tratamento;
- falha em obter a história clínica ou em realizar o exame físico;
- falha em empregar os testes indicados;
- falta de ações baseadas nos resultados de descobertas ou testes;
- agir fora da área de conhecimento (por exemplo: não consultar, encaminhar, procurar assistência, transferir);
- falhas de comunicação.

As falhas de comunicação incluem situações em que a informação não é fornecida a tempo de ser efetiva; a informação é inconsistente ou imprecisa; e as pessoas chave não recebem a informação necessária, assim como situações nas quais existem questões não resolvidas na equipe. Incluir os pacientes como parte da equipe é essencial; os profissionais de saúde deveriam constantemente compartilhar e verificar informações com eles sempre que possível. Além disso, os alunos precisam conferir se cada um de seus pacientes entende seu tratamento, pedindo a eles que repitam aos profissionais de saúde a informação fornecida.

Falha por parte dos profissionais de saúde em se comunicar de forma efetiva, antes, durante e depois de procedimentos

As falhas de comunicação são um dos maiores problemas no ambiente operatório. Elas têm sido responsáveis por pacientes errados terem sido submetidos a cirurgias; por pacientes terem sido operados em lados ou lugares errados; e pela realização de procedimentos errados. A falta de comunicação de mudanças na condição do paciente e a falha em administrar antibióticos profiláticos têm também resultado em eventos adversos. Além disso, são documentados desacordos sobre quando se deve parar um procedimento e os incidentes em que erros não foram corretamente notificados.

No centro cirúrgico, os profissionais de saúde muitas vezes precisam lidar com várias tarefas ao mesmo tempo. A equipe cirúrgica composta por médicos e enfermeiros é vista pela maioria dos residentes e estudantes como uma equipe bastante ocupada. Além da grande carga de trabalho, o ambiente perioperatório é caracterizado por uma equipe de níveis de experiência e habilidades variados. Essa combinação de fatores pode afetar seriamente a capacidade da equipe de se comunicar com precisão e de maneira oportuna. Os problemas de comunicação ocorrem em todas as etapas. No entanto, eles são especialmente problemáticos quando ocorrem com pacientes que estão sendo transferidos de uma fase de cuidados para outra. Uma camada adicional de complexidade é acrescentada quando um paciente sofre um evento adverso durante um procedimento ou tratamento. É importante não se esquecer da necessidade do paciente estar plenamente informado sobre o ocorrido e como ele será tratado. O paciente pode precisar falar sobre a experiência. Na sequência de um evento adverso, a equipe pode relutar em parar para ouvir um paciente que tenha passado por uma situação dessas, mas é importante que seus membros o façam. Há mais informação sobre o impacto dos eventos adversos no Tópico 8: *Envolver pacientes e cuidadores*.

Muitos países hoje em dia coletam dados sobre pacientes que são erradamente submetidos a procedimentos invasivos. Foi determinado que uma das melhores maneiras de reduzir os erros de identificação errada é usar diretrizes de melhores práticas para assegurar que o paciente correto receba o tratamento adequado. As evidências mostram de forma contundente que, quando os profissionais de saúde seguem diretrizes aprovadas e estão familiarizados com os princípios que fundamentam um enfoque uniforme de tratamento e cuidados ao paciente, os resultados dos pacientes melhoram significativamente. A complexidade do ambiente cirúrgico é um dos principais fatores por trás dos

erros de comunicação, e esses erros ocorrem em todos os níveis.

Um estudo feito por Lingard *et al.* [7] descreveu diferentes tipos de falhas de comunicação envolvendo médicos. Nesse estudo, 36% de falhas

de comunicação resultaram em um efeito visível, como tensão na equipe, ineficiência, desperdício de recursos, erros procedimentais e inconveniência para os pacientes. (Exemplos de tipos diferentes de falhas da comunicação são apresentados na Tabela B.10.10).

Tabela B.10.1 Tipos de falha na comunicação associadas aos médicos: exemplos ilustrativos e notas

Tipo de Falha	Definição	Exemplo ilustrativo e nota analítica (<i>em itálico</i>)
Ocasião	Problemas na situação ou no contexto do evento de comunicação	O cirurgião da equipe pergunta ao anestesista se os antibióticos foram ministrados. A essa altura, o procedimento estava em curso há mais de uma hora. <i>Uma vez que os antibióticos são administrados de maneira ótima até 30 minutos antes da realização da incisão, o momento dessa pergunta não serve como um alerta ou como uma medida redundante de segurança.</i>
Conteúdo	Insuficiência ou imprecisão aparente na informação que é transferida	Ao se prepararem para o procedimento, o anestesista pergunta para o cirurgião se um leito na UTI foi reservado para o paciente. O cirurgião responde que "é provável que não haja necessidade de leito, e é provável que não haja nenhum disponível, de qualquer forma, por isso simplesmente vamos seguir em frente." <i>Há falta de informações relevantes e problemas são deixados sem solução: "Um leito foi reservado na UTI?" e "Qual será o plano se o paciente necessitar de cuidados críticos e um leito na UTI não estiver disponível?" (Nota: O exemplo foi classificado tanto como uma falha de conteúdo quanto de objetivo.)</i>
Audiência	Lacunas na composição do grupo envolvido na comunicação	Os enfermeiros e o anestesista debatem sobre como o paciente deveria ser posicionado para a cirurgia sem a participação de um representante dos cirurgiões. <i>Os cirurgiões têm necessidades de posições específicas, assim eles deveriam participar das discussões. As decisões na ausência de um cirurgião podem levar à necessidade de reposicionamento.</i>
Objetivo	Eventos de comunicação nos quais os objetivos não são claros, não são alcançados ou são inapropriados	Durante uma resseção hepática de doador vivo, dois enfermeiros analisam se é necessário ter gelo na bacia que estão preparando para o fígado. Nenhum deles sabe. Nenhuma discussão mais aprofundada ocorre. <i>O propósito dessa comunicação - saber se necessitam de gelo - não é atingido. Nenhum plano para alcançá-lo é elaborado.</i>

Fonte: Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 [7].

Processos de verificação para melhorar os cuidados cirúrgicos: protocolos, diretrizes e *checklists*



Métodos efetivos para melhorar os cuidados ao paciente incluem a implementação de protocolos, diretrizes ou *checklists* baseados em evidências. Embora todas essas três ferramentas auxiliem os profissionais de saúde na gestão da maioria das doenças, existem diferenças sutis entre elas. Uma diretriz oferece recomendações para determinado tópico, enquanto um protocolo é um conjunto de passos sequenciais que devem ser seguidos em uma ordem específica, possibilitando que as tarefas

sejam completadas. O objetivo de uma *checklist* é garantir que determinados itens obrigatórios não sejam esquecidos. Essas ferramentas baseadas em evidências são frequentemente desenvolvidas por grupos de especialistas multidisciplinares que usam as mais recentes evidências e que podem ser endossadas em nível nacional ou internacional.

Boas diretrizes são planejadas para influenciar a prática profissional em larga escala e facilmente disseminadas. As boas diretrizes compartilham diversas características. As diretrizes definem as questões mais importantes no que se refere à prática em um campo específico e tentam identifi-

car todas as opções de decisão possíveis e também as consequências conhecidas dessas decisões. Elas identificam cada ponto de decisão seguido pelo respectivo plano de ação de acordo com o raciocínio, juízo e experiência dos profissionais de saúde. Essas diretrizes são baseadas em valores que incentivam a identificação da intervenção menos invasiva/ariscada que seja apropriada às circunstâncias e que permitem e respeitam a escolha do paciente quando houver escolhas (isto é, o paciente é um parceiro no processo de tomada de decisão). As diretrizes devem ser revistas e revisadas quando necessário ou, no mínimo, a cada três anos.

A extensão da variação na prática dos cuidados em saúde foi identificada como um problema importante pelo Instituto de Medicina (IOM) [8]. A variação causada pelo uso excessivo, insuficiente ou indevido dos cuidados em saúde pode ser abordada pela prática baseada em evidências, que utiliza as melhores evidências disponíveis com o objetivo de diminuir a variação e reduzir os riscos para o paciente. Os profissionais de saúde que trabalham em hospitais e clínicas não têm tempo, recursos ou conhecimento necessários para produzirem suas próprias diretrizes. Como alternativa, clínicos são incentivados a adotarem diretrizes já estabelecidas e depois modificá-las de acordo com a própria prática e o ambiente local.

As diretrizes são necessárias porque a complexidade dos cuidados em saúde e o nível de especialização, somados à diversidade dos profissionais de saúde envolvidos, transformaram as opiniões pessoais ou as preferências subjetivas profissionais e organizacionais em elementos redundantes e inseguros. Existem agora centenas de diretrizes válidas para ajudar os profissionais de saúde a exercerem sua profissão de maneira segura, evitando o tratamento de locais errados, de procedimentos errados e de pessoas erradas, assim como infecções nos locais de realização dos procedimentos..

Os alunos nem sempre são informados sobre as diretrizes usadas em uma determinada área de cuidados. No entanto, eles devem estar cientes de que, em muitas áreas de prática, sobretudo aquelas associadas à gestão de doenças crônicas, existem diretrizes estabelecidas que identificam a melhor maneira de tratar os pacientes. As diretrizes podem não estar acessíveis à equipe que tem necessidade de usá-las; a equipe pode inclusive não ter conhecimento delas. Não é incomum que organizações de cuidados em saúde publiquem diretrizes, mas não se certifiquem de que todos saibam disso. Às vezes, com tantas diretrizes a serem seguidas, as pessoas deixam de prestar atenção e não percebem a relevância ou a importância delas. Capacitar os alunos a se conscientizarem da importância do uso apropriado de diretrizes é o primeiro passo para que perguntem sobre elas e depois as usem. As

diretrizes mais eficazes levam em conta o ambiente local e o perfil dos pacientes, e suas recomendações podem ser facilmente adaptadas para se adequarem ao local de trabalho. Diretrizes baseadas em evidências existem para a maioria dos procedimentos que envolvem riscos significativos, como o uso de produtos sanguíneos seguros. Falhas no uso de produtos sanguíneos seguros ou falhas em assegurar que o paciente receba o sangue correto podem ser catastróficas para ele.

Os cuidados seguros exigem que todos os membros da equipe saibam o que é esperado deles quando estão implementando uma diretriz. As diretrizes, protocolos ou *checklists* precisam estar acessíveis. (Estão no papel ou na internet?). Eles também precisam ser aplicáveis ao local de trabalho no qual serão usados. (Eles levam em consideração as diferenças de recursos e os profissionais de saúde que estão prontamente disponíveis?). Para uma ferramenta ser efetiva, a equipe precisa saber de sua existência, confiar nela, ser capaz de acessá-la facilmente e poder implementá-la.

Por várias razões relacionadas aos recursos, às condições locais e aos tipos de pacientes, alguns passos em um processo de verificação específico podem ser impraticáveis ou inapropriados em determinadas situações. Em tais casos, uma equipe multidisciplinar pode precisar adaptar uma ferramenta para que se adeque ao ambiente ou às circunstâncias. Quando isso ocorrer, todos precisam saber dessas mudanças para poder aplicá-las.

Se uma ferramenta não é usada consistentemente pela equipe inteira ou se as pessoas pulam etapas rotineiramente, a ferramenta não protegerá os pacientes dos eventos adversos. É importante que todos, inclusive alunos, respeitem a ferramenta. O comprometimento do líder e de toda a equipe é necessário para que a implementação de uma diretriz, um protocolo ou um *checklist* seja bem-sucedida.

Alguns clínicos podem questionar o valor de um processo de verificação, sobretudo quando acreditam que sua autonomia profissional está sendo comprometida e questionada. Podem também sentir que sua opinião está sendo colocada em questão quando uma abordagem coletiva é introduzida. Compartilhar conhecimentos e informações e estar aberto às contribuições dos outros membros da equipe é absolutamente necessário para a continuidade dos cuidados, a tomada de decisões seguras e para alcançar os melhores resultados para os pacientes.

Um estudo global inovador foi realizado em 2007/2008, a partir da observação dos efeitos de uma simples *checklist* cirúrgica em oito países diferentes. Independentemente dos recursos disponíveis, descobriu-se que as complicações

pós-operatórias e mortes reduziam em mais de um terço quando o *checklist* era usado [9]. Crucial para o sucesso das listas de verificações é melhorar a comunicação para assegurar que a pessoa correta esteja tendo o procedimento correto no lugar correto e que o procedimento esteja sendo realizado pela equipe correta.

Uma rápida revisão dos processos envolvidos nas cirurgias mostra que muitas etapas requerem conversas ativas e face a face, sobretudo no caso de consentimentos e para marcar e/ou identificar os medicamentos e equipamentos apropriados a serem usados. A equipe cirúrgica, assistentes, anestesistas, instrumentadores, enfermeiros circulantes, terapeutas respiratórios, obstetritzas (caso aplicável) e outros presentes no centro cirúrgico precisam conhecer a natureza do procedimento planejado, para que todos estejam cientes dos planos de gestão, das expectativas dos diferentes membros da equipe e dos resultados

antecipados para o paciente. Por essa razão, as “pausas” programadas, feitas no centro cirúrgico em que o procedimento será realizado pouco antes dele começar, são parte integrante da *checklist* cirúrgica [6].

Uma cirurgia segura requer que cada membro da equipe cirúrgica conheça os principais *checklist(s)* ou protocolo(s) usados em uma determinada área de atuação. Caso não haja um processo de verificação vigente, então um membro da equipe pode solicitar, em uma reunião de equipe, que se discuta a possibilidade de se usar um protocolo ou *checklist*.

Existe um consenso universal de que a melhor maneira de minimizar os erros causados pela identificação errada do paciente é a implementação de ferramentas baseadas nas melhores práticas que assegurem que o paciente correto receba o tratamento correto. Vários protocolos e *checklists* foram desenvolvidos para atender esse tema.

Quadro B.10.1 OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas

Dez objetivos essenciais para uma cirurgia segura	
Objetivo 1:	A equipe operará o paciente correto no lugar correto.
Objetivo 2:	A equipe utilizará métodos que são conhecidos por prevenirem danos na administração de anestesia, enquanto protegem o paciente da dor.
Objetivo 3:	A equipe reconhecerá e se preparará efetivamente para a perda de funções respiratórias que podem colocar a vida em risco.
Objetivo 4:	A equipe reconhecerá e se preparará efetivamente para o risco de uma grande perda de sangue.
Objetivo 5:	A equipe evitará induzir uma reação alérgica ou farmacológica adversa conhecida por ser um risco significativo para o paciente.
Objetivo 6:	A equipe usará consistentemente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecções de sítio cirúrgico.
Objetivo 7:	A equipe evitará que compressas ou instrumentos sejam esquecidos nos sítios cirúrgicos.
Objetivo 8:	A equipe guardará e identificará precisamente todas as amostras cirúrgicas.
Objetivo 9:	A equipe comunicará e trocará informações críticas a respeito do paciente, de forma eficaz, para uma conduta segura da operação.
Objetivo 10:	Hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão uma vigilância rotineira sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos.

Fonte: WHO Guidelines for Safe Surgery, 2009 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [10].

Figura B.10.1. OMS: Lista de Verificação para Cirurgia Segura

Lista de Verificação para Cirurgia Segura			World Health Organization	Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care
Antes da indução anestésica	→	Antes da incisão na pele	→	Antes do paciente deixar a sala de operação
(com, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)		(junto com enfermeiro, anestesista e cirurgião)		(junto com enfermeiro, anestesista e cirurgião)
<p>O paciente confirmou sua identidade, local, procedimento e consentimento?</p> <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Confirmar se todos os membros da equipe foram apresentados por nome e função		<p>A Enfermeira Confirma Verbalmente</p> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento
<p>O local está marcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável		<input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, procedimento e onde a incisão será feita.		<input type="checkbox"/> O número de instrumentos, compressas e agulhas
<p>A verificação da máquina de anestesia e das medicações está completa?</p> <input type="checkbox"/> Sim		<p>Foi dado antibiótico profilático nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável		<input type="checkbox"/> Etiquetagem de amostras (ler em voz alta a etiqueta dos espécimes, inclusive o nome do paciente)
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sim		<p>Eventos Críticos Antecipados Para o Cirurgião:</p> <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?		<input type="checkbox"/> Se existem quaisquer problemas no equipamento a serem resolvidos
<p>O paciente tem: Alguma alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Quanto tempo demorará esse caso?		<p>Para o Cirurgião, Anestesista e Enfermeira</p> <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para recuperação e cuidado deste paciente?
<p>Dificuldade nas vias aéreas ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis		<input type="checkbox"/> Qual é a perda de sangue prevista?		
<p>Risco de perda de menos de 500ml de sangue (7ml/kg em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e dois acessos intravenosos/centrais e fluidos planejados		<p>Para o Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> Existe alguma preocupação específica com esse paciente?		
		<p>Para a Equipe de Enfermagem:</p> <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilidade (incluindo resultados dos indicadores)?		
		<input type="checkbox"/> Existe alguma questão com os equipamentos ou quaisquer preocupações?		
		<p>As imagens essenciais estão expostas?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável		

Revisada em 1/2009 © OMS, 2009

Este checklist não pretende ser exaustivo.

São encorajados acréscimos e modificações para que este checklist seja adequado às práticas locais.

Fonte: OMS A Cirurgia Segura Salva Vidas (WHO Safe Surgery Saves Lives), 2006 <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> [6].


O que os alunos precisam fazer:

Seguir o processo de verificação para eliminar incidentes com o paciente errado, o lugar errado e o procedimento errado

Em algumas áreas, os alunos terão a oportunidade de visitar centros cirúrgicos e observar como a equipe cirúrgica trabalha em conjunto. Observarão também como a equipe gerencia processos antes, durante e depois da cirurgia. Durante o

rodízio em cirurgia ou em outro período apropriado, os alunos devem:

- localizar os protocolos e os *checklists* principais usados em uma determinada unidade cirúrgica ou de tratamento;
- compartilhar e conferir informações com o paciente ou seus cuidadores;
- entender como os protocolos/*checklists* em uso são desenvolvidos e saber se estão alinhados com a prática baseada em evidências;

- entender porque protocolos/*checklists* são necessários;
- ser capaz de identificar as etapas do processo de verificação, incluindo a seleção do paciente correto, lugar correto e procedimento correto;
- ser capaz de identificar as etapas no *Checklist* de Cirurgia Segura da OMS;
- conhecer a função de cada membro da equipe;
- identificar como os conflitos são resolvidos dentro da equipe. (Veja Tópico 4). → 

Pratique técnicas de sala de operação que reduzem riscos e erros (tempo de descanso/pausas, *briefing*, *debriefing*, expressar preocupações)



O Tópico 4 sobre o trabalho em equipe fornece uma análise detalhada sobre como a equipe eficaz trabalha junto e sobre as ações que os membros da equipe podem tomar para efetivamente contribuir para a melhoria do desempenho e segurança. No ambiente cirúrgico, certos atributos e ações são conhecidos por melhorar o trabalho em equipe. Se os alunos não estiverem aptos a participar diretamente nas atividades em equipe, então eles podem, no mínimo, observar como ela funciona. Os alunos devem se esforçar ativamente para se tornar parte da equipe. Podem perguntar respeitosamente ao líder da equipe se podem fazer parte dela, mesmo que não tenham uma função ou papel específico. Serem incluídos permite que os alunos vejam e escutem melhor como os membros da equipe se comunicam uns com os outros. Se possível, os alunos devem praticar participar dos *briefings* e *debriefings* da equipe. Durante essas reuniões, eles devem observar e registrar como os profissionais de saúde participam dos processos planejados para manter o paciente seguro. Por exemplo, utilizam *checklists*?

Os alunos devem avaliar suas próprias contribuições para o debate em equipe sobre a situação do paciente, incluindo a identidade, o local da cirurgia, as condições do paciente e os planos para sua recuperação.

Os alunos precisam aprender a compartilhar informações de maneira apropriada. É muito importante que todas as informações relacionadas à avaliação e ao tratamento do paciente sejam compartilhadas verbalmente com todos os membros da equipe de cuidados em saúde. Os alunos devem conhecer as principais características do procedimento e os planos para gerenciar os cuidados do paciente, incluindo os protocolos relevantes.

Os alunos devem perguntar ativamente aos membros da equipe, de maneira apropriada e respeitosa, inclusive avaliando o momento apropriado de se fazer perguntas. Eles devem participar nas reuniões de equipe destinadas a informar sobre os procedimentos planejados e aproveitar as oportunidades para fazer perguntas. Se o aluno achar que algo não

está certo, deve levar, naquele momento, o assunto a um instrutor experiente ou a um supervisor.

É importante que os alunos aprendam a se manifestar e a se pronunciar apropriadamente. Eles devem poder expressar uma opinião ou pedir opinião para qualquer membro da equipe mediante perguntas ou manifestações de opinião em momentos críticos. Os alunos devem entender que ser assertivo *não* inclui as declarações de rotina ou questões sobre a frequência cardíaca, o tônus, a cor e a respiração do paciente (isso faz parte do compartilhamento de informações ou consulta). Os estudantes devem aprender como “se pronunciar em uma cadeia de comando” quando se tornam profissionais, sobretudo na hipótese de um paciente ser prejudicado por um erro potencial. Por exemplo, um enfermeiro pode se sentir intimidado ao lembrar a um cirurgião de verificar algo (por exemplo, se o paciente correto está tendo o procedimento programado). Se o cirurgião dispensa o alerta do enfermeiro, a organização da área de saúde deve apoiar o enfermeiro por sua atitude quando este tentar se fazer escutar pela hierarquia.

Os estudantes devem treinar o compartilhamento de informações sobre intenções com os membros da equipe e buscar *feedback* antes de desviar-se da norma. Isso é importante porque alerta o resto da equipe sobre ações planejadas que não são rotineiras.

Os alunos devem saber que o ensino é parte integrante dos cuidados cirúrgicos. O ensino pode se dar de várias formas: um intercâmbio de informação breve ou informal, assim como também uma aprendizagem prática. Os alunos devem estar preparados para aprender com cada membro distinto da equipe. Eles também devem perceber que as tarefas são distribuídas entre os membros da equipe de acordo com sua experiência profissional, nível de conhecimento e habilidade.

Participação em um processo educativo para revisar mortalidade e morbidade



Os alunos de cuidados em saúde devem perguntar aos profissionais de saúde se existe um sistema de revisão por pares para debater casos, de forma que lições possam ser aprendidas e compartilhadas. Muitos hospitais têm reuniões de revisão cirúrgica, muitas vezes chamadas de *reuniões de mortalidade e morbidade*. São fóruns bem estruturados para debater incidentes e casos difíceis e são o principal método de revisão por pares para melhorar os cuidados dos pacientes no futuro. Essas reuniões costumam fornecer um fórum confidencial para a auditoria de complicações cirúrgicas e são necessárias para melhorar a prática no departamento cirúrgico. As reuniões podem ser realizadas toda semana, quinzena ou mês e fornecem uma boa oportunidade para a aprendizagem sobre os erros

em cirurgia. Dado que a segurança do paciente é uma disciplina relativamente nova, muitas dessas reuniões ainda não adotaram uma abordagem de sistemas isenta de culpa para discutir os erros. Em vez disso, algumas continuam focando na pessoa que cometeu o erro e utilizam um enfoque punitivo para discutir os eventos adversos. Quando as reuniões adotam um enfoque pessoal para discutir os erros, elas frequentemente são fechadas a outros membros da equipe cirúrgica, como médicos iniciantes, enfermeiros, terapeutas, técnicos e alunos, e incluem apenas cirurgiões.

Apesar do possível elemento da culpabilização, as reuniões sobre mortalidade e morbidade são excelentes oportunidades para se aprender sobre erros e se discutir sobre os modos de evitá-los no futuro. Os alunos devem averiguar se a instituição de saúde na qual estão sendo treinados conta com esse tipo de reunião e pedir a um profissional experiente apropriado para participarem na condição de observadores. Se possível, os alunos devem prestar atenção para ver se os seguintes princípios básicos de segurança do paciente estão sendo demonstrados:

- a reunião está estruturada de maneira que as questões e os fatores subjacentes que estejam associados ao evento adverso sejam o foco da discussão, em vez dos indivíduos envolvidos?
- existe ênfase na educação e compreensão, em vez da atribuição de culpa aos indivíduos?
- é o objetivo da discussão evitar que eventos similares ocorram no futuro? Isso requer um debate oportuno do evento quando as memórias ainda estão frescas;
- essas reuniões são consideradas uma atividade central para toda a equipe cirúrgica, incluindo técnicos e administradores, assim como clínicos (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde)?
- todos os envolvidos com o incidente/área têm capacidade para frequentar essas reuniões?
- os profissionais iniciantes, incluindo estudantes, são encorajados a frequentar e participar? Essas sessões fornecem uma excelente oportunidade para os alunos aprenderem sobre os erros e os processos para a melhoria de tratamentos e procedimentos específicos;
- todas as mortes na instituição que envolvem procedimentos cirúrgicos são identificadas e discutidas?
- um resumo escrito do debate é mantido, incluindo quaisquer recomendações feitas para melhoria ou revisão?

Resumo

Esse tópico descreve o valor das diretrizes na redução dos erros e na diminuição dos eventos adversos. No entanto, uma diretriz é somente útil se as pessoas que a utilizam confiarem nela e compreenderem porque seu uso leva a melhores cuidados

para os pacientes. Os protocolos podem evitar que o paciente errado receba um tratamento errado, assim como facilitarem uma melhor comunicação entre os membros da equipe, incluindo o paciente.

Formatos e estratégias de ensino

Palestra interativa/expositivas

Use os slides anexos como um guia para cobrir todo o tópico. Slides em formato PowerPoint podem ser usados ou os slides podem ser convertidos para uso em um retroprojetor. Comece a sessão com um dos estudos de caso e faça com que os alunos identifiquem algumas das questões apresentadas no estudo de caso.

Painel de debates

Convide um painel de profissionais de saúde apropriados à área de prática profissional para apresentar um resumo dos seus esforços na melhoria da segurança do paciente e a falar sobre seus papéis e responsabilidades. Isso pode ajudar os alunos a valorizarem o papel do trabalho em equipe nos procedimentos. Os alunos podem também preparar, com antecedência, perguntas sobre a prevenção e administração de eventos adversos e terem um determinado tempo para fazerem suas perguntas.

Atividades em pequenos grupos

A turma pode ser dividida em grupos pequenos e pode se pedir a três estudantes em cada grupo que moderem o debate sobre uma categoria de eventos adversos associados aos procedimentos. Outro aluno pode concentrar-se em ferramentas e técnicas disponíveis para minimizar as oportunidades de erros e ainda outro poderia analisar o papel das reuniões de mortalidade e morbidade. Organizar essas sessões com alunos de várias disciplinas acrescenta uma importante perspectiva da vida real e ajuda cada profissional a entender e respeitar os outros.

O tutor que esteja facilitando essa sessão também deve estar familiarizado com o conteúdo, de forma que possa agregar informação sobre o sistema de saúde local e ambiente clínico.

Exercícios de simulação

Diferentes cenários podem ser desenvolvidos com relação aos eventos adversos em tratamentos e procedimentos específicos, tais como o paciente errado receber um tratamento errado, ou ser proposta uma via errada de administração de uma medicação, e as técnicas para minimizar as oportunidades de erros. Os cenários poderiam envolver principalmente profissionais iniciantes, que teriam que falar abertamente com alguém mais experiente, ou um integrante da equipe de enfermagem ou de outra área de apoio, que teria que se manifestar perante um médico para evitar um incidente, ou

ainda um farmacêutico que falaria com franqueza com um médico ou enfermeiro experiente.

Cenários diferentes podem ser desenvolvidos para os alunos. Eles podem praticar as reuniões informativas antes e após os procedimentos (*briefing* e *debriefing*) e objetividade para melhorar a comunicação na sala de cirurgia utilizando um sistema formalizado de transmissão relevante de informação (como ISBAR) em situações urgentes, tais como transferências. As dramatizações também são uma ferramenta valiosa. Os alunos podem dramatizar as reuniões sobre mortalidade e morbidade utilizando um enfoque pessoal e, depois, um enfoque sistêmico, ou uma situação no centro cirúrgico em que o aluno percebe que algo está errado e precisa se manifestar.

Atividades na sala de cirurgia e na enfermaria

Esse tópico oferece muitas oportunidades para atividades integradas durante o tempo em que os alunos têm chance de observar procedimentos sendo realizados. Isto frequentemente é feito na parte final de seu programa de treinamento. Não obstante, não existe razão para que os alunos não possam ser expostos a essas atividades nos primeiros anos de formação. Os alunos podem:

- assistir a um procedimento, observar e registrar as atividades realizadas pela equipe a fim de assegurar que o paciente que está sendo operado ou submetido a um procedimento é o paciente correto e que ele está sendo submetido ao procedimento correto no momento correto;
- observar uma equipe cirúrgica ou procedimental, identificando os membros da equipe, como funcionam e como interagem entre si e com o paciente;
- participar de uma reunião de mortalidade e morbidade e escrever um relatório curto que descreva se os princípios básicos da segurança do paciente foram aplicados durante a reunião, adotando um enfoque sistêmico em vez de um enfoque de culpabilização.
- seguir o paciente durante o processo perioperatório e observar as atividades ou tarefas, com foco na segurança do paciente;
- examinar e criticar o protocolo/*checklist* usado no processo de verificação do paciente, incluindo observações de conhecimento da equipe acerca do protocolo/*checklist* e sua adesão a ele.
- observar como a informação do paciente é comunicada da enfermaria para a sala de cirurgia e de volta para enfermaria.

Depois dessas atividades, os alunos deveriam ser solicitados a se reunirem em pares ou pequenos grupos e discutir com um tutor ou profissional de saúde o que observaram e se as características e técnicas que foram observadas estavam presentes ou ausentes, e se elas foram eficazes. Fazer isso com um grupo interdisciplinar de alunos traz

benefícios adicionais na forma de aprendizado dos papéis de cada profissão e da conquista de respeito pelas outras profissões.

Estudos de caso

Operação de rotina resulta em evento adverso

Este caso ilustra os riscos das anestésias.

Uma mulher de 37 anos, gozando de boa saúde, estava agendada para uma cirurgia de seios paranasais com anestesia geral. O anestesista especialista tinha 16 anos de experiência, o cirurgião otorrinolaringologista tinha 30 anos de experiência e três dos quatro enfermeiros de cirurgia também eram bastante experientes. O centro cirúrgico era muito bem equipado.

A anestesia foi induzida às 8h35, mas não foi possível inserir uma máscara laríngea. Dois minutos mais tarde, a oxigenação da paciente começou a se deteriorar e ela parecia ter cianose (estava ficando azul). A saturação de oxigênio, neste momento, era de 75% (qualquer valor abaixo de 90% é significativamente baixo) e seus batimentos cardíacos estavam aumentando.

Às 8h39, a saturação de oxigênio da paciente tinha se deteriorado até 40% (um nível muito baixo). A tentativa de ventilar os pulmões com 100% de oxigênio usando a máscara facial e via aérea oral se revelou extremamente difícil. O anestesista, que foi auxiliado por um colega especialista, tentou, sem sucesso, fazer uma intubação traqueal para superar os problemas na via aérea. Às 8h45, não havia ainda acesso às vias aéreas e a situação tinha se tornado em «não posso intubar, não posso ventilar», uma frase de emergência conhecida na prática anestésica para a qual existem diretrizes. Os enfermeiros presentes parecem ter reconhecido a severidade da situação: um deles trouxe a bandeja de traqueostomia e outro foi providenciar um leito na UTI.

A tentativa de intubação dos médicos continuou com o uso de diferentes laringoscópios, mas estes também não funcionaram e o procedimento foi abandonado, tendo a paciente sido transferida para a sala de recuperação. A saturação de oxigênio permaneceu abaixo de 40% por 20 minutos. Apesar de ter sido transferida subsequentemente para uma UTI, ela nunca recuperou a consciência e morreu 13 dias mais tarde como consequência de um severo dano cerebral.

Perguntas

- Quais técnicas poderiam estar disponíveis para a equipe antes da paciente receber anestesia geral?
- Quais são os benefícios dos *checklists*?

Fonte: Bromiley M. Have you ever made a mistake? Bulletin of the Royal College of Anaesthetists,

2008, 48:2442-2445. DVD disponível na internet em Clinical Human Factors Group (www.chfg.org; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Remoção de um rim errado, apesar de aviso de estudante

Este caso demonstra a importância do uso de protocolos para assegurar que se trata do paciente correto, do lugar correto e do procedimento correto. Demonstra também o princípio importante de “falar para a cadeia de comando”. Deve haver consenso de que todo membro da equipe é importante nas questões de segurança, inclusive os alunos.

Um paciente de 69 anos, que sofria de uma doença crônica foi admitido para remoção do rim direito (nephrectomia). Devido a um erro administrativo, a ficha de internação indicava “esquerdo”. A lista de operação foi transcrita de acordo com a ficha de admissão. O paciente não foi despertado para verificar o lado correto na ronda da enfermaria antes da operação. O lado não foi conferido com as notas ou com o formulário de consentimento. O erro se agravou na sala de cirurgia quando o paciente estava posicionado para a nefrectomia esquerda e o cirurgião especialista colocou os raios-X corretamente identificados na caixa de visualização de trás para frente. O cirurgião sênior começou a remover o rim esquerdo.

Um estudante de medicina que observava a operação sugeriu que o cirurgião estava removendo o rim errado, mas foi ignorado. O erro só foi descoberto duas horas depois da cirurgia, quando o paciente não tinha produzido nenhuma urina. Ele morreu mais tarde.

Perguntas

- Identifique as oportunidades de conferir o lugar da cirurgia.
- Por que você acha que o cirurgião ignorou o aluno de medicina?
- Debata se as ações do cirurgião foram uma violação ou um erro sistêmico.

Fonte: Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. British Medical Journal, 2004, 328, 246.

Falha em administrar antibiótico profilático no pré-operatório de forma oportuna de acordo com protocolo

Este caso ilustra a importância de um planejamento prévio, da verificação prévia de um procedimento e de como o uso de protocolos pode minimizar os riscos de infecção.

Um anestesista e um cirurgião estavam discutindo sobre quais antibióticos pré-operatórios eram ne-

cessários para uma colecistectomia laparoscópica que estava por ser iniciada. O anestesista informou ao cirurgião sobre uma alergia do paciente à penicilina e o cirurgião sugeriu um antibiótico alternativo no pré-operatório. O anestesista entrou no corredor estéril para pegar o antibiótico, mas retornou e explicou ao enfermeiro circulante que não tinha conseguido encontrar qualquer antibiótico adequado no corredor estéril. O enfermeiro circulante telefonou para solicitar os antibióticos pré-operatórios. O anestesista explicou que não poderia solicitá-los porque não havia formulários de pedido (ele procurou em um fichário de formulários). O enfermeiro circulante confirmou que os antibióticos solicitados estavam a caminho.

A incisão cirúrgica foi realizada. Seis minutos depois, os antibióticos foram entregues na sala de cirurgia e imediatamente injetados no paciente. Esta injeção ocorreu depois da incisão, o que contraria o protocolo que exige que os antibióticos sejam administrados antes da incisão cirúrgica para evitar infecções de sítio cirúrgico. Mais tarde, uma enfermeira expressou sua preocupação, o que levou a uma mudança no planejamento operatório.

Perguntas

- Que fatores podem ter existido que contribuíram para a demora em administrar os antibióticos?
- O que a equipe poderia fazer para evitar que o mesmo aconteça de novo?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group [Grupo de trabalho do Guia Curricular da OMS sobre Segurança do Paciente para Faculdades de Medicina]. Caso fornecido por Lorelei Lingard, Professor Associado, University of Toronto, Toronto, Canada.

Caso de cirurgia de extração de dente e cisto no lado errado

Este caso ilustra como a realização de uma cirurgia no lado errado, feita sem a supervisão de um residente sênior ou um cirurgião dentista especialista, resulta em dor e ansiedade para uma paciente.

Uma mulher de 38 anos com um problema crônico de gengivas infeccionadas em torno do terceiro molar e de dores associadas ao seu lado esquerdo se apresentou a um médico de cuidados primários. As dores estavam relacionadas a uma efusão de gosto salgado no lado infectado. As imagens mostravam um dente cariado e impactado de forma horizontal e um cisto.

A paciente foi encaminhada a um cirurgião dentista que recomendou a extração cirúrgica com anestesia do cisto e do dente impactado. No dia da cirurgia, o cirurgião dentista discutiu o procedimento com os cirurgiões estagiários sênior e júnior.

Os cirurgiões não sabiam que os raios-X não tinham sido colocados de forma correta e estavam sendo vistos de trás para a frente.

O residente júnior começou o procedimento no lado direito, sem verificar as anotações médicas. Ao mesmo tempo, o cirurgião responsável saiu da sala e o residente sênior foi chamado para uma emergência. O residente júnior continuou removendo o tecido e extraindo o dente do lado direito. Ele estava tentando localizar o cisto a ser removido quando o cirurgião responsável retornou e notou que o residente júnior estava operando o lado errado e não estava sendo supervisionado.

O residente e o cirurgião fecharam a ferida no lado direito e, em seguida, fizeram uma incisão e extraíram com sucesso o dente e o cisto no lado esquerdo.

Imediatamente após a cirurgia, a paciente começou a sentir dor no lado direito da boca. O cirurgião informou à paciente que tecido e osso haviam sido separados no lado esquerdo, assim como no lado direito. A paciente perguntou se seus sintomas novos eram relacionados à operação. O cirurgião minimizou a possibilidade. A paciente foi ao consultório médico duas vezes depois da cirurgia por causa de sua dor pós-operatória, mas não ficou satisfeita com a resposta do cirurgião.

A paciente pediu uma indenização, alegando que o cirurgião responsável e os estagiários júnior e sênior realizaram a cirurgia de forma imprópria.

Perguntas

- Quais foram os fatores subjacentes desse erro, e como poderiam ter sido evitados?
- Quais poderiam ter sido as consequências, para a paciente e o cirurgião, de não serem francos sobre o erro e a causa das dores?

Fonte: Este caso foi fornecido por Shan Ellahi, Consultor em Segurança do Paciente, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Comunicação sobre ocitocina

Este caso destaca questões de comunicação e a necessidade de procedimentos para a administração segura de uma droga potencialmente perigosa.

Uma obstetriz estava supervisionando uma estudante de obstetrícia durante a reparação de uma laceração de segundo grau após um parto. Uma enfermeira entrou na sala para perguntar à obstetriz se ela poderia aumentar a ocitocina em outra mulher, a Sra. M, uma vez que suas contra-

ções uterinas, embora surgissem a cada dois ou três minutos, não eram muito fortes; a dilatação de 4 cm estava inalterada há três horas. A enfermeira afirmou que a ocitocina estava fluindo a 10mu/min e não tinha sido aumentada nas últimas duas horas. A obstetriz respondeu que aquilo parecia um plano razoável.

Depois que a enfermeira saiu, a estudante de obstetrícia, que era inexperiente e estava concentrada na sutura, perguntou à obstetriz o que a enfermeira queria. Ela respondeu que a enfermeira queria aumentar a ocitocina da Sra. M devido à intensidade inadequada das contrações e à ausência de dilatação cervical. A estudante disse, "Ah, eu dei uma olhada na Sra. M pouco antes desse parto e ela tinha progredido para 6 cm, mas, como eu estava com pressa para fazer esse parto, não tive tempo de fazer anotações". Mesmo assim, a obstetriz confiou no julgamento da enfermeira e permaneceu com a estudante de obstetrícia para finalizar o reparo e os cuidados da paciente.

Quando elas foram ver a Sra. M, 30 minutos mais tarde, um médico e dois enfermeiros estavam na sala e os batimentos cardíacos do feto estavam em torno de 70. A obstetriz olhou para bomba de infusão e descobriu que ela estava regulada para 20mu/min, em vez de 12mu/min, o valor que ela esperava ver. As medidas adotadas para aumentar a taxa de batimentos cardíacos do feto não tiveram sucesso, e a Sra. M precisou ser submetida a uma cesariana de emergência. Um menino nasceu com índice de Apgar de 3 a um minuto, 6 aos cinco minutos, e 8 aos dez minutos.

Perguntas

- Quais foram os erros sistêmicos que levaram essa mulher a fazer uma cesariana desnecessária?
- O uso rotineiro de um protocolo de *checklist* para o aumento da ocitocina poderia ter eliminado muitos desses erros?
- Caso positivo, quais elementos importantes deveriam constar da *checklist* de infusão de ocitocina?

Recurso adicional

Clark S *et al.* Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 197:480e1-e5.

Fonte: Este caso foi fornecido por Mary Barger, Professora Assistente, Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, CA, EUA.

Ferramentas e material de referência

WHO guidelines for safe surgery 2009. *Safe surgery saves lives* (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Universal protocol for preventing wrong-site, wrong-procedure, wrong-person surgery™.

Carayon P, Schultz K, Hundt AS. Righting wrong-site surgery. *Journal on Quality & Safety*, 2004, 30:405-10.

Exemplo da vida real de como erros podem ocorrer em procedimentos cirúrgicos <http://www.gapscenter.va.gov/stories/WillieDesc.asp>; acesso em 21 de fevereiro de 2011.

Conjunto de ferramentas para cirurgia no local correto

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Conjunto de ferramentas de passagem de caso de pacientes perioperatórios

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) e o United States Department of Defense Patient Safety Program (<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

WHO Safe Surgery Saves Lives

The Second Global Patient Safety Challenge [O segundo desafio global de segurança do paciente] (<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Haynes AB *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Recursos adicionais

Calland JF *et al.* Systems approach to surgical safety *Surgical Endoscopy*, 2002, 16:1005-1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Annals of Surgery*, 2006, 244:642-648.

Avaliação do conhecimento deste tópico

Vários métodos de avaliação são apropriados para avaliar o entendimento dos alunos deste tópico, entre os quais se encontram os relatórios observacionais, depoimentos reflexivos sobre erros cirúrgicos, redações, questões de múltipla escolha, pergunta breve de melhor resposta possível, debates sobre casos e auto-avaliações. Os alunos podem ser encorajados a desenvolver uma abordagem de portfólio para aprenderem segurança do paciente. O benefício de uma abordagem de portfólio é que, ao final do treinamento dos alunos, eles terão uma coletâ-

nea de todas as atividades seguras do paciente. Os alunos poderão usá-las para ajudar na procura por um emprego e em suas futuras carreiras.

A avaliação de conhecimentos sobre cuidados procedimentais e danos potenciais aos pacientes, assim como o uso de um enfoque sistêmico para melhorar resultados e técnicas e para minimizar oportunidades de erros procedimentais e cirúrgicos, podem ser avaliados a partir do uso de alguns dos seguintes métodos:

- portfólio;
- CDB (discussão de caso clínico)
- OSCE (exame clínico objetivo estruturado por estações);
- observações escritas do ambiente perioperatório e dos erros potenciais.

Pode-se também pedir aos estudantes que redijam depoimentos reflexivos sobre os centros cirúrgicos e a função do trabalho em equipe para minimizar erros; o papel da hierarquia no centro cirúrgico e seus efeitos na segurança do paciente; os sistemas implementados para comunicar erros cirúrgicos, o papel do paciente no processo cirúrgico; a eficácia das reuniões sobre mortalidade e morbidade e/ou sobre métodos de comunicação que contribuem para cuidados seguros.

A avaliação pode ser tanto formativa quanto somativa; as classificações podem variar desde satisfatória/insatisfatória até à atribuição de uma nota. Veja os formulários na Parte B, Anexo 2).

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante para revisar como foi a sessão de ensino e como melhorias podem ser feitas. Veja o Guia do Professor (Parte A) para obter um resumo dos princípios importantes da avaliação.

Referências

1. Weiser TG *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139-144.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66-75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269-276.
4. Vincent C *et al.* Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475-482.
5. Leape L *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377-384.

6. WHO surgical safety checklist. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf; acesso em 18 de janeiro de 2010).
7. Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 13:330-334 .
8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.
10. WHO *Guidelines for Safe Surgery*, 2009, 10 (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html; acesso em 24 de maio de 2011).

Slides para o Tópico 10: Segurança do paciente e procedimentos invasivos

Palestras expositivas, em geral, não são a melhor forma de ensinar os estudantes segurança do paciente. Se uma palestra for o método escolhido, é uma boa ideia planejar uma interação dos estudantes e uma discussão durante essa palestra. Utilizar um estudo de caso é uma maneira de gerar uma discussão de grupo. Outra maneira é perguntar aos alunos sobre os diferentes aspectos da saúde que vão trazer à tona as questões contidas neste tópico, como a cultura da culpa, a natureza do erro e como os erros são gerenciados em outras organizações.

Os *slides* para o Tópico 10 foram elaborados para ajudar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os slides podem ser modificados para se adequarem ao ambiente e à cultura locais. Os instrutores não precisam utilizar todos os slides e é melhor adaptá-los às áreas a serem cobertas pela aula.

Tópico 11

Melhorar a segurança no uso de medicação

Medicações inapropriadas para uma criança com náusea

Durante as férias, a filha de Heather, Jane, de 8 anos, se sentiu mal e começou a vomitar. Heather a levou à clínica de saúde local e se consultou com um médico que lhe disse que sua filha sofria de asma e necessitava de um nebulizador. O médico diagnosticou náusea derivada de uma infecção de ouvido e receitou um antibiótico. Injetou clorpromazina, metoclopramida e atropina para tratar a náusea.

Mais tarde, Jane perdeu a consciência e foi internada em um pequeno hospital local. Em seguida, ela foi transferida para um hospital maior por causa de sintomas respiratórios.

O médico clínico pensava que estava fazendo a coisa certa, tendo aprendido sobre esse coquetel de medicamentos durante sua capacitação quando era residente. No entanto, as drogas não eram apropriadas para náusea em crianças por poderem provocar reações adversas e pela dificuldade de monitoramento das condições subsequentes da criança. O médico também não forneceu informações adequadas sobre as medicações para Heather.

Fonte: Walton M. Well being: how to get the best treatment from your doctor. Sydney, New South Wales, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Overdose de metadona

Quando Matthew se apresentou na clínica de metadona, havia três enfermeiros de serviço. Dois deles não identificaram seus dados adequadamente e administraram metadona sem verificar a dose de forma apropriada.

A dose de metadona administrada foi de 150mg quando deveria ter sido de 40mg. Os enfermeiros também não informaram ao médico que o estava atendendo ao se darem conta da dose excessiva. Eles, em seguida, instruíram o terceiro enfermeiro para que desse a Matthew uma dose de 20mg para ele levar para casa, apesar de estarem cientes da dosagem excessiva e não terem a autorização do médico. Matthew morreu na madrugada do dia seguinte com intoxicação por metadona.

Fonte: Case studies. Health Care Complaints Commission Annual Report 1995-1996:38 Sydney, New South Wales, Australia.

Introdução - Por que o foco nas medicações?

Os medicamentos são comprovadamente muito benéficos para o tratamento e a prevenção de doenças. Esse sucesso levou a um aumento dramático no uso dos medicamentos. Infelizmente, esse aumento do uso trouxe consigo um aumento dos perigos, erros e eventos adversos associados ao uso das medicações. Por várias razões, o uso dos medicamentos também tem se tornado cada vez mais complexo. Existe um enorme número e uma variedade de medicamentos disponíveis. Essas medicações têm diferentes vias de administração e ações variadas (ação prolongada, ação curta). Às vezes, a mesma formulação de uma droga específica é vendida sob mais de um nome comercial e isso pode causar confusão. Embora tratamentos mais eficazes para doenças crônicas estejam disponíveis hoje em dia, mais pacientes agora tomam medicações múltiplas e há mais pacientes com múltiplas comorbidades. Isso aumenta a probabilidade de interação das drogas, dos efeitos colaterais e de erros de administração.

O processo de administração de medicamentos para o paciente muitas vezes envolve vários profissionais de saúde. Falhas de comunicação podem provocar interrupções na continuidade do processo. Os profissionais de saúde estão recebendo uma grande variedade de medicações, por isso eles precisam estar familiarizados com mais medicamentos. É simplesmente informação demais para que o profissional de saúde seja capaz de lembrar de forma confiável sem o auxílio de materiais de referência. Enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e médicos cuidam de pacientes que estão tomando medicamentos frequentemente receitados por outros clínicos (em geral, especialistas) e, por conseguinte, podem não estar familiarizados com os efeitos de todos os medicamentos que o paciente esteja tomando.

Além dos farmacêuticos, os profissionais que emitem receitas desempenham um papel importante na utilização dos medicamentos. Seus papéis incluem receitar e administrar medicamentos, monitorar efeitos colaterais e trabalhar em equipe. Os profissionais de saúde desempenham papéis de liderança potencialmente gratificantes no local de trabalho, em relação ao uso das medicações e à melhoria dos cuidados do paciente.

Como futuros profissionais de saúde, os alunos precisam entender a natureza do erro de medicação, aprender quais danos estão associados ao uso das medicações e aprender o que pode ser feito para tornar mais seguro seu uso. Farmacêuticos, médicos e enfermeiros desempenham um papel de liderança na redução dos erros de medicação, mas cada pessoa envolvida no uso de medicamentos tem a responsabilidade de trabalhar em conjunto

para minimizar os danos causados aos pacientes pelas medicações.

Palavras-chave

Efeito colateral, reação adversa, erro, evento adverso, evento adverso de droga, erro de medicamento, prescrição, administração e monitoramento.

Objetivos pedagógicos

Este tópico fornece uma visão geral da segurança de medicamentos. Foi projetado para encorajar os alunos a continuarem a aprender e praticar maneiras de melhorar a segurança no uso de medicamentos.

Resultados pedagógicos: conhecimento e desempenho

Conhecimento necessário

Os alunos devem saber:

- a magnitude dos erros de medicação;
- que o uso de medicamentos está associado a riscos;
- fontes comuns de erros;
- em que parte do processo o erro pode ocorrer;
- as responsabilidades associadas a prescrever e administrar medicamentos;
- como reconhecer situações perigosas comuns;
- formas de tornar mais seguro o uso dos medicamentos; e
- os benefícios do enfoque multidisciplinar na segurança da medicação.

Desempenho esperado

A segurança da medicação é um tópico vasto. Um profissional de saúde que entenda as questões e os riscos envolvidos no uso dos medicamentos irá:

- usar nomes genéricos;
- adaptar a receita a cada paciente;
- praticar a anotação detalhada de históricos de medicação;
- conhecer quais medicamentos são de alto risco;
- estar bem familiarizado com os medicamentos que prescreve e/ou dispensa;
- recorrer a auxílios de memória;
- comunicar-se claramente;
- desenvolver hábitos de verificação;
- encorajar os pacientes a se envolverem ativamente no processo de medicação;
- notificar e aprender com erros;
- entender e praticar o cálculo das drogas, inclusive ajustes baseados em parâmetros clínicos (exemplo: depuração renal);
- detectar interações potenciais/reais entre drogas e entre drogas e alimentos.

Definições



Efeito colateral

Um efeito colateral é um efeito conhecido, distinto do pretendido inicialmente, relacionado às propriedades farmacológicas de um medicamento [1]. Por exemplo, um efeito colateral comum dos analgésicos opiáceos é a náusea.

Reação adversa

Uma reação adversa ocorre quando um dano inesperado resulta de uma ação justificada, quando foi seguido o processo correto para o contexto no qual a medicação foi usada [1]. Um exemplo disso poderia ser uma reação alérgica inesperada em um paciente que toma uma medicação pela primeira vez.

Erro

Um erro é uma falha em executar uma ação planejada da forma pretendida ou a aplicação de um plano incorreto [1].

Evento adverso

Um incidente no qual o paciente sofre uma lesão [1].

Evento adverso de medicação

Um evento adverso que envolve um medicamento (um evento adverso de droga) pode ser evitável (por exemplo, o resultado de um erro) ou não evitável (por exemplo, uma reação alérgica inesperada em um paciente que toma um medicamento pela primeira vez, conforme descrito acima).

Reação adversa à droga

Qualquer resposta a um medicamento que é nociva e não intencional. Esta definição da OMS inclui lesões que se julgue terem sido causadas pela droga e exclui lesões devido a drogas que foram administradas por engano.

Erro de medicação

Todo evento evitável que possa causar ou levar ao uso de medicação inapropriada ou danos ao paciente enquanto a medicação está sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou de um consumidor [2]. Esses eventos podem estar relacionados a práticas profissionais, produtos de cuidados em saúde, procedimentos e sistemas, incluindo: receitas; solicitações de pedidos; rotulagem; embalagem e nomenclatura de produtos; composição; dispensação; administração; educação; monitoramento; e uso.

Prescrição/receita

A receita é uma ordem para se tomar certos medicamentos. Em muitos países, quem emite receitas tem responsabilidade legal pelos cuidados clínicos do paciente, assim como a função de monitorar a segurança e a eficácia da(s) droga(s).

A receita de um medicamento requer que o profissional de saúde tome a decisão sobre a droga, o regime da droga, a documentação da droga nos registros do sistema de saúde e a solicitação. Há práticas baseadas em evidências que ajudam os profissionais de saúde na preparação de receitas de medicamentos para assegurar que a droga correta é dada de forma apropriada ao paciente correto. Porém, além disso, os profissionais de saúde também são obrigados a levar em consideração os valores, preferências e circunstâncias econômicas dos pacientes. Em certos contextos, pode também haver recursos limitados e restrições no que diz respeito ao que pode ou não pode ser fornecido aos pacientes.

Sabe-se que erros ocorrem no estágio da prescrição e são frequentemente associados à in experiência dos profissionais de saúde e à falta de conhecimento do medicamento, à falha em seguir um protocolo acordado, ou a outros fatores, como cansaço e lapsos de memória.

Além das drogas vendidas somente com receita médica, os consumidores se automedicam e tomam medicamentos de venda livre. Às vezes, essas drogas podem causar eventos adversos, sobretudo quando tomadas com outros medicamentos. Os consumidores devem sempre consultar os farmacêuticos quando pretenderem misturar drogas de venda livre com medicamentos receitados.

Erro de medicação

Uma medicação errada pode resultar em:

- um evento adverso, no qual o paciente sofre dano;
- um *near miss* (quase erro), no qual o paciente quase sofre dano;
- nenhum dano, nem real nem potencial.

Os erros de medicação são uma causa comum de danos evitáveis a pacientes. O IOM calcula que nos EUA há um erro de medicação por paciente hospitalizado por dia [3], 1,5 milhão de eventos adversos provocados por drogas, evitáveis por ano [3], e 7 mil mortes por ano por causa de erros de medicação em hospitais naquele país [4].

Pesquisadores em outros países do mundo nos quais a incidência dos erros de medicação e eventos adversos de droga foram investigados apresentam estatísticas igualmente preocupantes [5]. Apenas 15% dos erros de prescrição cometidos afetam os pacientes; os outros são descobertos a tempo por farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Esse fato ressalta a importância do trabalho em equipe. Trabalhando juntos, os profissionais de saúde podem evitar muitos eventos adversos.

Fabricação, distribuição e comercialização

Antes das drogas serem usadas em humanos, elas precisam ser testadas para garantir que sejam seguras. O desenvolvimento e a fabricação de drogas é altamente regulado na maioria dos países.

Etapas do uso da medicação



Há várias etapas distintas no uso da medicação: prescrição, dispensação, administração e monitoramento são as quatro principais. Médicos, farmacêuticos, pacientes e outros profissionais de saúde desempenham papéis importantes nesse processo. Por exemplo, alguns pacientes podem se automedicar com medicamentos de venda livre, administrar esses medicamentos por conta própria e se automonitorarem para ver se houve algum efeito terapêutico. Alternativamente, por exemplo, no ambiente hospitalar, quando um médico receita uma medicação; um farmacêutico, em seguida, dispensará a medicação; um enfermeiro administrará a medicação; e um enfermeiro e um médico diferente podem terminar o monitoramento do progresso do paciente e tomar decisões sobre o atual regime da droga. Em uma prática colaborativa, o farmacêutico pode ajustar a dose.

Os componentes principais de cada uma das quatro etapas mencionadas acima são descritos abaixo.

Prescrição



O profissional de saúde responsável pela prescrição deve escolher a medicação apropriada para uma determinada situação clínica, levando em consideração fatores individuais do paciente, tais como alergias. Quem emite a receita também precisa selecionar a via de administração mais adequada, a dose, o horário e o regime. Esse plano deve ser comunicado a quem quer que administre a medicação (essa comunicação pode ser escrita, verbal ou ambas) e o plano completo deve ser devidamente documentado.

Dispensação

Um farmacêutico transcreverá a receita escrita pelo profissional de saúde e verificará a transcrição. O farmacêutico, em seguida, buscará a medicação, a conferirá com a receita e documentará seu trabalho.

Administração

Administrar uma medicação pode incluir a obtenção do medicamento e tê-lo em uma forma de pronta utilização. Isto pode implicar em contar, calcular, misturar, rotular ou preparar a droga de alguma maneira. Qualquer administrador de medicação deve sempre verificar a existência de alergias e conferir se foi dada a dose correta do medicamento correto pela via correta, ao paciente correto no horário correto. A pessoa que administra o medicamento deve documentar o que foi feito.

Monitoramento

O monitoramento envolve a observação do paciente para determinar se a medicação está funcionando, se está sendo usada corretamente e se não está causando danos. As atividades de monitoramento também devem ser documentadas, assim como todas as outras etapas do processo de medicação.

Existe um potencial de erro em cada etapa do processo. Os erros podem ocorrer de várias maneiras em cada etapa.

O uso de medicamentos envolve riscos

O uso de medicação envolve certos riscos. Diferentes riscos e oportunidades de erro estão associados a etapas diferentes no processo de medicação.



Prescrição

O conhecimento inadequado sobre as indicações da droga, as contraindicações e as interações entre drogas podem levar a erros de prescrição. Isso tem se tornado um problema crescente, uma vez que o número de medicamentos em uso tem aumentado. Não é possível que um profissional de saúde sozinho se lembre de todos os detalhes relevantes necessários a uma receita segura sem recorrer a materiais de referência. Maneiras alternativas de acesso a informações sobre as drogas são necessárias. Falhas em levar em consideração fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais que poderiam alterar a prescrição, tais como alergias, gravidez, comorbidades, conhecimentos de saúde e outros medicamentos que o paciente possa estar tomando, são outra fonte de erro.

Os erros podem envolver prescrição para pacientes errados, prescrição de dosagens erradas, prescrição de drogas erradas, prescrição de via errada ou erros no horário de administração da droga. Às vezes, esses erros podem ocorrer devido à falta de conhecimento, mas, em geral, são resultado de um “erro bobo” ou de um “erro simples”, chamado de deslize ou lapso. Esses são os tipos de erros que ocorrem mais provavelmente às 4 horas da manhã, ou se o clínico que receitou o medicamento estava apressado, entediado ou cansado e não estava completamente concentrado na tarefa em questão.

A comunicação inadequada é outra fonte de erro de receita. Comunicações que são ambíguas podem ser mal interpretadas (por exemplo: certas abreviações). Erros podem resultar de uma escrita ilegível ou uma simples comunicação verbal mal interpretada.

Erros matemáticos cometidos no cálculo de doses podem causar erros de medicação. Esses erros podem ser o resultado de descuido ou fadiga, mas também podem resultar da falta de treinamento e de familiaridade com as maneiras de manipular vo-

lumes, quantidades, concentrações e unidades e/ou falta de acesso a parâmetros atualizados. Os erros de cálculo que envolvem medicações com uma janela terapêutica estreita podem causar eventos adversos graves. Não é raro que ocorra um erro de cálculo na transposição de unidades (por exemplo, de microgramas para miligramas). Esse tipo de erro de cálculo pode resultar na multiplicação de um erro por mil. A competência no cálculo de doses é especialmente importante na pediatria, em que a maioria das doses são determinadas de acordo com o peso da criança.

Dispensação

Um estudo de 2007 mostrou que volumes mais elevados de trabalho na farmácia, definido como a quantidade de receitas expedidas por farmacêutico por hora de trabalho, aumentavam o risco de dispensar uma medicação potencialmente insegura. Os seguintes passos [6] podem ser tomados pelos farmacêuticos para diminuir os riscos de erro de dispensação:

- assegurar o registro correto da receita;
- confirmar que a receita está correta e completa;
- ter cuidado com as drogas com aspecto - *look-alike* ou nome parecidos • *sound-alike* (os nomes similares de drogas constituem um terço dos erros de medicação);
- tomar cuidado com zeros e abreviações;
- organizar o local de trabalho;
- reduzir as distrações quando possível;
- focar na redução do estresse e no equilíbrio de grandes volumes de trabalho;
- disponibilizar tempo para armazenar as drogas apropriadamente;
- conferir minuciosamente todas as receitas;
- sempre dar aconselhamento detalhado ao paciente.

Administração

Os erros clássicos de administração consistem em dar a dose errada da droga ao paciente errado, pela via errada, no horário errado, ou usar a droga errada. Não administrar a droga prescrita é outro erro de administração. Esses erros podem resultar de comunicação inadequada, deslizes ou lapsos, falta de procedimentos de verificação, ausência de vigilância e erros de cálculos, assim como projetos inapropriados de locais de trabalho e embalagens de medicamentos. Nesses casos, é frequente uma combinação de fatores indutores.

A documentação inadequada também pode levar a erros de administração. Por exemplo, se um medicamento é administrado, mas não foi registrado como tal, outro membro da equipe pode também dar a medicação ao paciente na suposição de que ela ainda não havia sido administrada.

Erros de cálculo para drogas intravenosas (por exemplo, gotas/h ou gotas/min, ml/h ou ml/min) são outro tipo de erro de administração.

Monitoramento

Os erros nessa área incluem não monitorar adequadamente os efeitos colaterais; não interromper a medicação uma vez que o curso prescrito tenha sido completado ou claramente não esteja ajudando o paciente; e não completar o curso de medicação prescrito. Os erros de monitoramento ocorrem quando níveis de drogas não são medidos ou são medidos, mas não são verificados ou não são objetos de ação corretiva. Esses erros muitas vezes envolvem falhas de comunicação.

Existe um risco especial de falha de comunicação quando o prestador de cuidados muda, por exemplo, quando um paciente é transferido de um hospital para um estabelecimento comunitário ou vice-versa.

Fatores contribuintes para erros de medicação

Os eventos adversos de medicação costumam ser de natureza multifatorial. Muitas vezes, ocorre uma combinação de eventos que juntos resultam em dano ao paciente. É importante compreender isso por várias razões. Ao tentar compreender a razão da ocorrência de um erro, é importante procurar por todos os fatores que contribuíram para o erro, em vez da razão mais óbvia ou da etapa final do processo. As estratégias para melhorar a segurança da medicação também precisam abranger múltiplas etapas no processo.

Fatores do paciente

Certos pacientes são especialmente vulneráveis aos erros de medicação. São eles: pacientes com condições específicas (por exemplo, gravidez, disfunção renal, etc.); pacientes que tomam várias medicações, sobretudo se essas medicações tiverem sido prescritas por mais de um prestador de cuidados em saúde; pacientes com vários problemas de saúde; e pacientes que não tenham um interesse ativo em serem informados sobre sua própria saúde e seus medicamentos. Pacientes com problema de memória (por exemplo, pacientes com Alzheimer) e pacientes que não podem se comunicar bem, incluindo pacientes inconscientes, bebês e crianças pequenas, e pacientes que não falam a mesma língua da equipe são também especialmente vulneráveis aos erros de medicação. Crianças e bebês, sobretudo neonatais, têm um risco maior de exposição a erros de medicação devido ao cálculo das doses de drogas necessárias em seus tratamentos.

Fatores do staff

Os fatores de staff que aumentam o risco de erros de medicação incluem: pessoal inexperiente; pressão, como em uma situação de emergência; realização de várias tarefas ao mesmo tempo; interrupção de uma tarefa; fadiga; tédio; e falta de vigilância. A falta de hábitos de verificação ou de verificar duas vezes, ou da verificação feita por pessoas diferentes também pode levar a erros de medicação,



assim como o trabalho em equipe deficiente, a má comunicação entre colegas e a relutância em usar auxílios de memória.

Fatores de planejamento do local de trabalho



Fatores de planejamento do local de trabalho também contribuem para os erros de medicação, incluindo a falta de uma cultura de segurança no local de trabalho. Isso pode ficar claro pela falta de sistemas de notificação e pela incapacidade em aprender com *near misses* e eventos adversos passados. Outros fatores relativos ao planejamento dos locais de trabalho incluem a ausência de auxílios de memória facilmente disponíveis para a equipe e/ou outras informações sobre uma medicação específica, falta de acesso ou acesso restrito aos dados diagnósticos por parte da equipe farmacêutica e armazenagem inapropriada de medicamentos, por exemplo, drogas diferentes com nomes similares e que podem ser confundidas ou guardadas perto umas das outras ou medicações não armazenadas de uma forma fácil de usar ou não armazenadas em seu lugar usual. A falta de pessoal adequado é outra questão de planejamento do local de trabalho que pode levar a um aumento dos erros de medicação.



Fatores do projeto da medicação

Certos fatores relativos ao projeto das medicações também podem aumentar o risco de erros de medicação. Algumas medicações podem ser facilmente confundidas, tais como comprimidos que tenham uma aparência similar (por exemplo, cor, formato). Medicações com nomes similares também podem ser facilmente confundidas. Exemplos desse problema incluem celecoxib (um anti-inflamatório), fosfenitoina (um anticonvulsivo) e bromidrato de citalopram (um antidepressivo), que podem causar confusão quando seus nomes comerciais (Celebrix, Cerebryx e Celexa) são usados; assim como efedrina e epinefrina. Rótulos ambíguos são outra fonte de confusão. Diferentes preparações ou dosagens de medicamentos similares podem ter nomes ou embalagens parecidos. Por exemplo, fitonadiona 1mg e 10mg têm embalagens muito parecidas. Alguns medicamentos de liberação prolongada podem se diferenciar dos de liberação convencional por meio de um sufixo. Infelizmente, existem muitos sufixos diferentes em uso para indicar propriedades similares, como liberação por tempo, liberação controlada, liberação retardada ou liberação prolongada (exemplo: LA, XL, XR, CC, CD, ER, SA, CR, XT e SR).

Certos problemas relativos ao desenho dos medicamentos induzem a erros de administração, incluindo rótulos que são pequenos demais para serem lidos e dificuldades de leitura das informações de dosagem em frascos. A falta de instrumentos de medição (por exemplo, colheres para xaropes) constitui outro problema.

Outros fatores técnicos

Outros fatores técnicos também podem contribuir para os erros de medicação. Por exemplo, conectores idênticos para cateter intravenoso e cateter intratecal permitem que drogas sejam dadas pela via errada.

Algumas formas de tornar mais seguro o uso das medicações



Usar nomes genéricos



Os medicamentos têm nomes comerciais (nome da marca) e nomes genéricos (princípio ativo). A mesma fórmula da droga pode ser produzida por empresas diferentes e ter vários nomes comerciais diferentes. Em geral, o nome comercial aparece em letras grandes na caixa/frasco e o nome genérico aparece em letras pequenas. É difícil familiarizar-se com todos os medicamentos genéricos em uso; e pode ser quase impossível lembrar-se de todos os nomes comerciais a eles relacionados. Para minimizar a confusão e simplificar a comunicação, é útil que a equipe use apenas nomes genéricos. Entretanto, é importante estar ciente de que os pacientes frequentemente usarão os nomes comerciais, pois é isso que aparece em letras grandes nas embalagens. Isto pode gerar confusão tanto para a equipe quanto para os pacientes. Por exemplo, considere o caso de um paciente que está recebendo alta em um hospital com uma receita para sua medicação usual, mas com um nome comercial diferente. O paciente pode não perceber que a medicação que lhe foi receitada na alta é a mesma que ele tomava antes da internação e, como consequência, continuar tomando a primeira medicação simultaneamente, tendo em vista que ninguém lhe falou para interrompê-la ou que ela é igual à "nova" medicação. É importante que quem emite a receita e os farmacêuticos expliquem ao paciente que alguns medicamentos podem ter dois nomes.

Os médicos e outros emissores de receita deveriam receitar as drogas pelo nome genérico. Os pacientes devem ser encorajados a manter uma lista de seus medicamentos, incluindo o nome comercial e genérico de cada droga.

Adaptar a receita para cada paciente



Antes de receitar uma medicação, sempre pare e se pergunte, "existe alguma coisa sobre este paciente que faz com que eu deva alterar a minha escolha usual de medicamento?". Os fatores a serem considerados incluem alergias, gravidez, amamentação, comorbidades, outros medicamentos que o paciente esteja tomando e a altura e o peso do paciente.

Aprender e praticar a coleta de uma história farmacológica completa



O histórico de medicamentos deve ser preenchido tanto por profissionais de saúde que fazem prescrição quanto por farmacêuticos. Na hora de coletar o histórico de medicamentos, as seguintes

diretrizes devem ser observadas:

- incluir o nome, dose, via, frequência e duração de cada droga que o paciente esteja tomando.
- perguntar sobre medicações que o paciente tenha tomado no passado recente.
- perguntar sobre medicamentos de venda livre, suplementos alimentares e medicamentos complementares.
- perguntar ao paciente se existe algum medicamento que ele tenha sido aconselhado a tomar, mas que, na realidade, não toma.
- certificar-se de que o paciente na realidade toma o que está em sua lista. Ser particularmente cuidadoso com relação a isso durante as transições do cuidado. Praticar a reconciliação de medicamentos na admissão e na alta do hospital, visto que existe um risco elevado de erros nesses momentos [7], devido a mal-entendidos, históricos de medicamentos inadequados e comunicação precária.
- pesquisar todos os medicamentos com os quais não esteja familiarizado. Pode-se buscar fontes de informação confiáveis, baseadas em evidências e/ou contatar outro profissional de saúde (por exemplo, farmacêuticos).
- levar em consideração as interações droga-droga e droga-alimentos, medicações que podem ser interrompidas e medicamentos que podem causar efeitos colaterais.
- sempre incluir um histórico completo de alergias. Quando estiver coletando um histórico de alergias, lembrar que se o paciente tem uma alergia potencialmente séria e uma doença para a qual a equipe talvez queira receitar uma medicação; esta é uma situação de alto risco. Alertar o paciente e alertar os outros integrantes da equipe.

Saber quais medicamentos usados em sua área são associados a riscos elevados de eventos adversos



Alguns medicamentos têm a reputação de causar eventos adversos de drogas. Isso pode ocorrer devido a uma janela terapêutica estreita, uma farmacodinâmica ou farmacocinética específica, ou à complexidade da posologia e do monitoramento. Exemplos desses medicamentos incluem insulina, anticoagulantes orais, bloqueadores neuromusculares, digoxina, agentes quimioterápicos, potássio e antibióticos aminoglicosídeos intravenosos. Pode ser útil consultar um farmacêutico ou outro membro da equipe pertinente nessa área para saber quais medicamentos tendem a estar mais frequentemente implicados em eventos adversos de medicação. (Os instrutores poderão querer alocar um tempo para o ensino sobre esses agentes).

Familiarize-se bem com os medicamentos que receita



Nunca receite uma medicação que não conheça muito bem. Encoraje os alunos a pesquisarem sobre os medicamentos que provavelmente usarão com frequência em sua prática. Eles devem estar

familiarizados com a farmacologia, as indicações, as contraindicações, os efeitos colaterais, as precauções especiais, as dosagens e os regimes recomendados para essas medicações. Se precisar receitar uma medicação que não conheça bem, leia sobre ela antes de receitá-la. Para isso, é necessário ter material de referência facilmente disponível nas instalações clínicas. É melhor para quem receita conhecer poucas drogas bem do que muitas superficialmente. Por exemplo, em vez de aprender sobre cinco anti-inflamatórios não esteróides diferentes, quem receita pode conhecer apenas um em detalhe e receitá-lo. No entanto, os farmacêuticos devem estar familiarizados com muitos medicamentos.

Uso de auxílios de memória



Talvez no passado fosse possível lembrar da maioria dos conhecimentos necessários a respeito dos principais medicamentos em uso. Entretanto, com o crescimento rápido do número de medicamentos disponíveis e o aumento da complexidade das receitas, contar somente com a memória não basta.

Os alunos devem ser encorajados a pesquisar sempre que acharem necessário. Devem se familiarizar com a seleção e o uso de auxílios de memória independentes e baseados em evidências. Os alunos devem considerar o uso de auxílios de memória como um indicador de uma prática segura e não como um sinal de conhecimento inadequado. Exemplos de auxílios de memória incluem livros didáticos, livros de bolso de farmacopeia e tecnologias da informática, como pacotes de softwares para computadores (apoio à tomada de decisão/ dispensação) e assistentes pessoais digitais. Um exemplo simples de auxílio de memória é um cartão com todos os nomes e doses de medicamentos que podem ser necessários no caso de um ataque cardíaco. Esse cartão pode ser deixado no bolso de quem receita e utilizado no caso de uma emergência, quando não há tempo para consultar o livro didático ou computador para verificar a dosagem da medicação. (Observe que os auxílios de memória também são chamados de auxílios cognitivos).

Lembrar dos 5 Cs quando estiver receitando e administrando medicações



Em várias partes do mundo, programas de treinamento têm enfatizado a importância da verificação dos 5 Cs antes da dispensação ou administração de medicamentos. Os 5 Cs são: medicamento correto, via correta, momento correto, dose correta e paciente correto. Essas diretrizes são relevantes para todos os profissionais de saúde que receitam e administram medicamentos. Dois pontos adicionais aos 5Cs são a documentação correta e o direito de um membro da equipe ou um cuidador questionar a receita de um medicamento.

Comunicar-se com clareza



É importante lembrar que o uso seguro dos medicamentos é uma atividade de equipe e

que o paciente também é um membro da equipe. A comunicação clara e livre de ambiguidades ajudará a minimizar as suposições que possam conduzir ao erro. Uma máxima útil para lembrar quando estiver falando sobre medicamentos é *afirmar o óbvio*, já que muitas vezes aquilo que é óbvio para o médico ou farmacêutico pode não ser óbvio para o paciente ou enfermeiro e vice-versa.

Escrever à mão de forma inadequada pode levar a erros de dispensação. Os profissionais de saúde devem escrever de forma clara e legível, incluindo seus nomes e dados de contato. Farmacêuticos que não conseguem ler o que foi escrito devem contatar a pessoa que assinou a receita para verificar os detalhes.

Lembre-se que os 5Cs (conforme descrito acima) são uma maneira útil de recordar pontos importantes sobre a medicação, os quais precisam ser comunicados. Por exemplo, em uma situação de emergência, um médico pode precisar dar uma ordem verbal para administração de uma droga a um enfermeiro. “Por favor, dê a este paciente 0,3ml de 1:1000 epinefrina tão logo seja possível” é muito melhor do que dizer, “Rápido, pegue um pouco de adrenalina.”

Outra estratégia de comunicação útil é *fechar o círculo*. Isso diminui a probabilidade de desentendimentos. Em nosso exemplo, o enfermeiro poderia fechar o círculo dizendo, “Está certo, darei ao paciente 0,3ml de 1:1000 de epinefrina tão logo seja possível.”

Desenvolver hábitos de verificação

É útil desenvolver hábitos de verificação no início da carreira. Para que isso aconteça, esses hábitos precisam ser ensinados nos anos da graduação. Um exemplo desse hábito de verificação é sempre ler o rótulo da ampola antes de preparar a medicação. Se a verificação se tornar um hábito, é mais provável que isso ocorra mesmo que o profissional não esteja pensando ativamente em ser vigilante.

A verificação deve ser uma parte importante da prescrição, distribuição e administração de drogas. Cada um é responsável por cada prescrição que emite e por cada droga dispensada ou administrada. Verifique os 5 Cs e faça os testes de alergia. Os medicamentos e as situações de alto risco merecem vigilância extra com a verificação e uma dupla verificação, por exemplo, quando se empregam drogas de emergência muito potentes no tratamento de pacientes em estado crítico. Fazer a dupla verificação das ações dos colegas, assim como das suas próprias, contribui para um trabalho de equipe eficaz e fornece uma garantia adicional. (Entretanto, é muito importante que cada um primeiro confira seu próprio trabalho, pois delegar essa tarefa pode induzir a erros).

Lembre-se de que as prescrições computadorizadas não eliminam a necessidade de verificação. Siste-

mas computadorizados resolvem alguns problemas (por exemplo, letra ilegível, confusão entre nomes genéricos e comerciais, interação medicamentosa), mas também representam novos desafios. [8].

Algumas máximas úteis relativas à verificação:

- medicamentos sem rótulo devem ser descartados;
- nunca administre um medicamento a menos que você tenha 100% de certeza do que se trata.

Estimule os pacientes a se envolverem ativamente em seus próprios cuidados e no processo medicamentoso. Deve-se informar a seus pacientes sobre seu(s) medicamento(s) e quaisquer danos associados. Comunique seus planos de forma clara aos pacientes. Lembre-se de que eles e seus familiares querem muito evitar problemas. Se forem informados sobre a importância do próprio papel no processo de medicação, podem contribuir de maneira significativa para melhorar a segurança no uso do medicamento. A informação pode ser verbal e escrita e deve abranger os seguintes aspectos:

- nome genérico da droga;
- o propósito e a ação do medicamento;
- a dose, a via e o cronograma de administração da medicação;
- instruções especiais, informações e precauções;
- efeitos colaterais comuns e interações;
- como os efeitos da medicação serão monitorados (por exemplo, eficácia, efeitos colaterais, etc.)

Incentive os pacientes a manterem o registro escrito das medicações que estiverem tomando e a detalharem quaisquer alergias ou problemas que tenham apresentado com medicações no passado. Essa lista deve ser apresentada sempre que estiverem interagindo com um sistema de cuidados clínicos.

Notificar e aprender com erros de medicação

Descobrir mais sobre como e por que erros de medicação ocorrem é fundamental para melhorar a segurança no uso da medicação. Cada vez que acontece um evento adverso ou *near miss* relacionado com alguma droga, existe uma oportunidade de aprendizado e melhora nos cuidados. É útil que os estudantes entendam a importância de falar abertamente sobre erros e se estejam cientes de quais processos estão em vigor nos programas de treinamento ou nas instalações em que estiverem trabalhando para maximizar o aprendizado com erros e o progresso em segurança no uso de medicamentos.

A notificação de erros é facilitada quando há confiança e respeito entre profissionais de saúde. Por exemplo, é mais provável que farmacêuticos informem e expliquem um *near miss* se a pessoa que prescreveu estiver aberta para escutar suas explicações.

Habilidades práticas e seguras para estudantes



Embora, em geral, não seja permitido que estudantes prescrevam ou administrem medicações antes de estarem formados, eles podem começar a praticar e a se preparar para muitos aspectos do uso seguro da medicação. Espera-se que a lista de atividades a seguir seja desenvolvida em múltiplas fases ao longo da formação do aluno. Cada tarefa em si pode servir de base para uma sessão pedagógica importante (palestra, oficina, tutorial). A apresentação detalhada desses tópicos está além do escopo de uma sessão introdutória de segurança no uso de medicação.

Entender os perigos intrínsecos ao uso de medicamentos afetará a maneira como o profissional realizará muitas tarefas em seu dia a dia. Seguem abaixo as instruções de como um profissional da área clínica que está atento à segurança realizará as diferentes tarefas.

Prescrição

Considere os 5 Cs, conheça bem as drogas que prescreve e adapte a decisão de tratamento a cada paciente específico. Considere os fatores individuais do paciente que podem afetar a escolha ou a dose do medicamento, evite o uso desnecessário de medicação e considere a relação risco-benefício.

Documentação

A documentação deve ser clara, legível e não ambígua. Aqueles que não escrevem de forma legível devem usar letra de forma. Considere o uso de prescrição eletrônica, se possível. Inclua o nome do paciente, o nome da droga e a dose, a via, o horário e a frequência da administração como parte da documentação. Também é importante incluir o contato do clínico que prescreve para facilitar a comunicação entre o farmacêutico e ele.

Uso de lembretes

Não espere muito para buscar informação, saiba como selecionar processos auxiliares de memória e empregue soluções tecnológicas eficazes, se possível.

Trabalho em equipe e comunicação acerca do uso de medicamentos

Lembre-se de que o uso de medicamento é uma atividade em equipe. Comunique-se com outras pessoas envolvidas no processo e certifique-se de que não estejam partindo de premissas falsas. Esteja atento a possíveis erros e incentive o resto da equipe a ser vigilante em suas ações e nas dos outros.

Administração de medicamentos

Esteja familiarizado com os danos e precauções de segurança associados à administração de medicação por diferentes vias – oral, sublingual, bucal, inalação, nebulização, transdérmica, subcutânea, intramuscular, intravenosa, intratecal, retal e vagi-

nal. Verifique os 5 Cs sempre que administrar um medicamento.

Envolver e instruir pacientes a respeito de suas medicações

Busque oportunidades e maneiras de ajudar os pacientes e seus cuidadores a minimizarem erros. Ouça atentamente o que eles têm a dizer.

Aprender e praticar cálculos de medicação

Esteja familiarizado com as formas de manipular unidades e ajustar volumes, concentrações e doses. Pratique ajustes de cálculos com base em parâmetros clínicos. Em situações de um nível elevado de estresse e/ou alto risco, considere maneiras de diminuir as chances de erro de cálculo, como, por exemplo, usar uma calculadora, evitar cálculos mentais (use um lápis e papel), pedir a um colega que realize o mesmo cálculo para ver se coincidem e usar alguma outra tecnologia disponível. Quando da dispensação de medicamentos, é sempre importante verificar a dose calculada.

Reunir um histórico de medicamentos

Sempre faça um histórico exaustivo de medicamentos antes de prescrever e revise com frequência a lista de medicações dos pacientes, sobretudo dos que tomam múltiplas medicações. Interrumpa todos os medicamentos desnecessários. Sempre considere o medicamento como uma possível causa de sintomas durante o processo de diagnóstico. Quando um(a) paciente não puder fornecer seu histórico de medicamentos (por exemplo, se estiver inconsciente), esses registros podem estar disponíveis com seu farmacêutico ou clínico geral. Em algumas situações, um histórico de medicamentos pode ser reunido pelo farmacêutico antes da consulta médica.

Detecção e redução de possíveis interações e/ou contraindicações

Reunindo um histórico de alergia

Sempre pergunte sobre alergias antes de prescrever qualquer medicação. Caso um paciente tenha uma alergia séria a algum medicamento, pare e pense se esse paciente corre o risco de ter essa medicação prescrita. Por exemplo, caso um médico de família envie um paciente ao hospital com suspeita de apendicite e o paciente tenha uma alergia séria a penicilina, é possível que, em algum momento, dentro do hospital, seja administrada penicilina ao paciente. Nessa situação, é importante enfatizar a alergia ao comunicar-se com a equipe do hospital; advertir o paciente de que é comum o uso de antibióticos a base de penicilina no tratamento de apendicite; alertar o paciente para o uso de medicações que lhe forem dadas; e reclamar se alguém tentar lhe dar penicilina. Deve-se também men-

cionar o risco de alergias cruzadas. Além disso, é importante que os profissionais de saúde perguntem sobre alergias antes de administrar medicamentos.

Monitorar paciente para efeitos colaterais

Esteja familiarizado com os efeitos colaterais dos medicamentos que você prescreve/dispensa/administra e seja proativo aos estudá-los. Instrua os pacientes a respeito dos efeitos colaterais: como reconhecê-los e quais as ações apropriadas caso eles ocorram. Sempre considere os efeitos colaterais do medicamento como parte do diagnóstico diferencial ao avaliar pacientes com problemas clínicos de origem desconhecida.

Aprender com erros de medicação e *near-misses*

Aprenda com erros por meio da investigação e solução de problemas. Se um erro pode acontecer uma vez, ele pode acontecer de novo. Considere estratégias para prevenir a recorrência de erros tanto no plano individual como no plano organizacional. Esteja familiarizado com as formas de notificar erros, reações adversas e eventos adversos envolvendo medicamentos. Farmacêuticos podem considerar a realização de reuniões multidisciplinares para debater os erros comuns e identificar métodos/procedimentos para evitar esses erros (por exemplo, excluir do formulário hospitalar as medicações com nomes similares).

Resumo

Medicamentos podem gerar grandes melhorias na saúde quando são empregados de maneira correta e com conhecimento. No entanto, os erros de medicações são comuns e causam sofrimento e custos financeiros que podem ser evitados. Lembre-se de que o uso de medicamentos para ajudar os pacientes não é uma atividade isenta de risco. Conheça suas responsabilidades e trabalhe muito para fazer do uso de medicação uma prática segura para seus pacientes.

Formatos e estratégias de ensino

São várias as maneiras de se ensinar aos estudantes sobre segurança medicamentosa, e uma combinação de abordagens é provavelmente mais eficaz.

As opções são: palestras interativas, debates em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas, *workshops*, tutoriais, projetos que incluam tarefas em torno do ambiente clínico e à beira do leito, pacotes de ensino *on-line*, leituras e análises de casos.

Apresentação de palestra e/ou debate em grupo

A apresentação de Power Point incluída neste pacote é desenvolvida para uso como uma palestra introdutória interativa em segurança de medicamentos ou como um debate em peque-

nos grupos liderado por um professor. Pode ser facilmente ajustada para ser mais ou menos interativa e pode ser adaptada ao âmbito clínico local, por meio da inclusão de exemplos, questões e sistemas locais. Uma série de perguntas são intercaladas ao longo da apresentação para incentivar os alunos a se envolverem de maneira ativa no tópico, assim como também pequenos casos com perguntas e respostas que podem ser integrados à palestra ou fornecidos aos alunos como um exercício separado.

Abaixo estão listados alguns outros métodos pedagógicos e ideias a serem consideradas no ensino sobre uso seguro de medicamento.

Aprendizagem baseada em problemas

Use casos que levantem questões relevantes ao uso seguro de medicamentos. Pode pedir-se aos estudantes que respondam à perguntas reflexivas depois de lerem um caso. Como alternativa, os alunos podem trabalhar com problemas que envolvem o cálculo de medicações.

Atividades adicionais de ensino e aprendizagem

– Oficinas práticas

Alunos podem praticar suas habilidades sob pressão de tempo, dramatizando situações de emergência. Sugestão para tópicos de oficinas incluem administração, prescrição e cálculo de medicamentos.

– Projetos de trabalho

Possíveis projetos incluem a realização de um ou todos os seguintes:

- entrevistar farmacêuticos para descobrir quais são os erros mais comuns;
- acompanhar um enfermeiro em uma ronda de medicação;
- entrevistar enfermeiros e médicos que administrem muitos medicamentos (por exemplo, anestesistas) e perguntar para eles sobre suas experiências e conhecimento sobre erros de medicamentos e quais estratégias usaram para minimizar a chance de erros.
- pesquisar um medicamento conhecido por ser causa comum de eventos adversos e compartilhar suas descobertas com os colegas;
- preparar um formulário pessoal de medicamentos com maior probabilidade de serem prescritos nos primeiros anos de sua carreira profissional;
- realizar uma história farmacológica detalhada de um paciente que tome múltiplas medicações. Deve-se investigar sobre cada um dos medicamentos e, em seguida, considerar os potenciais efeitos colaterais, a interação medicamentosa e se há alguma medicação que possa ser interrompida. Discutir suas ideias com um farmacêutico ou médico e compartilhar com os colegas o que tiver aprendido;

- verificar o que se entende pelo termo *reconciliação medicamentosa* e falar com a equipe do hospital para verificar se isso se aplica ao estabelecimento local. Observar e, se possível, participar do processo de internação e alta de um paciente e considerar como o processo pode evitar erros e também se há alguma interrupção ou problema no processo.

Exercícios de interpretação de papéis

O exercício de interpretação de papéis é uma outra ferramenta pedagógica para ensinar segurança de medicamento aos alunos.

Cenário I: Erro na administração de medicação

Descrição do evento

Durante as primeiras horas do turno da manhã, a enfermeira administrou 100 unidades de insulina regular subcutânea, em vez de 10 unidades como estava escrito no pedido médico. A origem do erro estava na letra ilegível do médico.

O paciente, que sofria de demência, não cooperava e parecia estar dormindo. Durante a verificação de rotina da enfermeira, ela descobriu que o paciente estava completamente inconsciente. O exame de sangue confirmou que o paciente estava em choque hipoglicêmico. Chamaram o médico de plantão e o erro foi descoberto.

O paciente foi tratado com uma infusão de glicose 50% intravenosa. Um carro de parada cardíaca foi levado para o quarto do paciente, para ficar prontamente disponível, se necessário. O paciente se recuperou em poucos minutos, se levantou e voltou a agir normalmente.

Dramatização

Mais tarde, naquela manhã, o filho do paciente, um advogado, foi visitar o pai. Parecendo agitado, ele se dirigiu à enfermeira e perguntou: “O que aconteceu com o meu pai?” O colega de quarto de seu pai relatou o ocorrido, comentando que tinham muitas pessoas em torno do leito do seu pai no início da manhã. A enfermeira que administrara a insulina foi chamada para conversar com o filho do paciente.

Se a enfermeira explicasse a cadeia de eventos, assumindo a responsabilidade e admitindo o erro, o filho do paciente não ficaria tranquilo e responderia: “É esse o nível de cuidado que meu pai tem recebido?”, “Que tipo de enfermeira trabalha nessa enfermagem?”, “Isso não vai ficar assim. Vou tomar providências!”;

“Quero falar com o médico responsável imediatamente!”, “Exijo ver o relatório desse incidente!”. Se a enfermeira não explicasse o erro com detalhes,

o filho do paciente ficaria irritado e relutante em aceitar quaisquer explicações adicionais.

Um médico que estava passando por perto escutou a conversa. O médico entrará no quarto se o ator chamar por ele. Se o ator não o chamar, o médico entrará no quarto após cerca de 8 minutos (trata-se de uma situação hipotética de 12 minutos). O médico entra no quarto e pergunta sobre o evento que está sendo discutido. A enfermeira relata o que ocorreu pela manhã e sua conversa com o filho do paciente (quer seja em sua presença ou não, dependendo do médico e da enfermeira).

Descrição do personagem

O filho, 45 anos, é um advogado bem vestido. Ele visita o pai sempre que pode. Está interessado em todos os eventos relativos ao pai, mas tem dificuldade em aceitar o novo estado de saúde dele. Ele se sente confuso, ignorado e um pouco triste. Ele realmente quer ajudar, mas não sabe como. Uma conversa com o assistente social revela que nunca tivera necessidade de cuidar do seu pai antes, mas, desde que sua mãe caíra e quebrara a perna e a situação de seu pai começara a se deteriorar, a tarefa de cuidar deles caiu somente sobre seus ombros.

Conselhos para o ator

O ator deve queixar-se para o chefe da equipe médica de que houve encobrimento e omissão de fatos e ameaçar com uma publicidade negativa (indo a um jornal) (isto é, “Você quase o matou! Vocês têm sorte de não tê-lo matado!”).

Cenário II: Morte causada por erro médico

Descrição do evento

Sarah, 42 anos, foi internada para extrair um tumor duodenal maligno localizado, não metastático.

Com exceção desse problema, Sarah estava com saúde e não havia histórico de antecedentes de malignidade em sua família. Ela tinha consentido a cirurgia e qualquer outro tratamento posteriormente necessário com base nos resultados patológicos.

Na manhã da cirurgia, a paciente se despediu do marido e dos dois filhos (de 13 e 8 anos). Foi feita a ressecção total de uma pequena massa localizada. A massa foi enviada para diagnóstico patológico. Passadas duas horas de cirurgia, a paciente mostrou sinais de redução na saturação, taquicardia e hipotensão. A paciente recebeu fluidos intravenosos, enquanto o cirurgião voltou a verificar o local da ressecção para verificar se havia sinal de hemorragia, laceração ou embolia. Uma vez que

não encontrou nada, o cirurgião suturou o local de acordo com o protocolo.

Após regressar à enfermaria, a paciente rapidamente desenvolveu febre alta, que se manteve por uma semana. A prescrição de antibióticos foi:

Gentamicina IV 80 MGR x 3 P/D

A enfermeira transcreveu o seguinte pedido:
Gentamicina IV 80 MGR x 3 P/DOSE

A enfermeira que copiou o pedido interpretou errado a letra “D” como se fosse “dose”, enquanto o médico que escreveu o pedido na verdade quis dizer “dia”. Durante os 10 dias seguintes, a paciente recebeu 240 mg de gentamicina, três vezes ao dia.

Durante esse período, a paciente começou a mostrar sinais de insuficiência renal e deficiência auditiva. No décimo dia de tratamento, enquanto o chefe da enfermagem estava verificando o estoque das drogas administradas, o erro foi descoberto. O tratamento foi interrompido, mas o estado geral da paciente se deteriorou devido a uma insuficiência renal aguda. Dez dias depois, a paciente morreu por falência múltipla dos órgãos.

A família da paciente criticou a equipe de enfermagem durante sua hospitalização, acusando-os de imperícia. Os familiares expressaram sua indignação ao chefe da enfermagem e ao chefe do setor.

Depois que a paciente morreu, seu marido pediu para falar com o chefe da enfermagem. Ele culpou os enfermeiros pelo erro e pela imperícia que culminaram na morte de sua esposa. Alegou ter descoberto qual enfermeira havia copiado o pedido e ameaçou processá-la.

Descrição do personagem

O marido da paciente é um homem trabalhador, que trabalha em uma loja. Ele tem dificuldade de sustentar a família e luta para pagar as contas. Está revoltado e agitado e ainda não consegue aceitar o diagnóstico de câncer de sua mulher. Ele está indignado com todo mundo e especialmente com a equipe de enfermagem, depois que sua mulher lhe contou que recebeu “muitos antibióticos porque a enfermeira não sabia calcular”. Queria saber o que matou sua esposa, de quem era a culpa e quem iria pagar pelo erro. Quer envolver a direção do hospital e quer ajuda para seus filhos. Ele está muito nervoso e gritando muito.

Cenário III: Comunicação entre paciente e profissional de saúde

Descrição do evento

Kirk, 54 anos, foi internado com uma queixa de dor transitória no peito. Ele já tinha sido hospitalizado em uma UTI devido a um evento coronário agudo. Desta vez, os resultados de testes preliminares não foram conclusivos, e sua dor não era grave. O médico pediu repouso completo e um monitoramento cardíaco contínuo por 48 horas. Kirk fuma muito e está acima do peso. Ele não estava tomando as medicações prescritas para a pressão e o colesterol altos.

O paciente exige que seja liberado imediatamente. Ele tem medo que a hospitalização possa causar a perda de seu emprego em uma fábrica de automóveis.

Sua raiva é dirigida à enfermeira-chefe do turno da noite. Ele alega que lhe prometeram que ele teria alta e que não havia necessidade de ele ser monitorado ou ficar de repouso absoluto. Ele não quer cooperar e já tinha convencido um outro enfermeiro a deixá-lo sair da enfermaria por um breve intervalo de tempo. Agora ele pede para sair da enfermaria novamente e se recusa a ficar no quarto. Quer fumar e quer ter alta. Está com raiva e gritando no posto de enfermagem.

Supondo que a enfermeira-chefe insista que ele permaneça na enfermaria, o paciente a acusa de ser insensível e dirá que o outro enfermeiro foi mais amável e compreensivo e mostrou mais empatia.

O médico de plantão está próximo, mas não intervém e continua tratando dos outros pacientes (alguns dos quais estão próximos ao posto de enfermagem onde o evento está ocorrendo).

Descrição do personagem

Kirk está acima do peso e é um fumante inveterado. Ele gosta de chamar a atenção gritando. Teme não estar apto para trabalhar tanto quanto está acostumado e ser demitido. Ele tem muito medo de ser submetido a uma cirurgia, pois seu melhor amigo morreu em uma mesa de cirurgia dois anos atrás no mesmo hospital.

Fonte: Esses cenários foram fornecidos por Amitai Ziv, The Israel Center for Medical Simulation, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.

Estudos de caso

Um erro de prescrição

Este estudo de caso ilustra a importância de se coletar uma história farmacológica completa e precisa.

Um homem de 74 anos consultou um médico do posto de saúde para tratamento de uma recaída de angina estável. O médico não vira este paciente antes e anotou a sua anamnese e história farmacológica. Constatou que o paciente estava em bom estado de saúde e que tomava somente remédios para dores de cabeça. O paciente não conseguiu lembrar o nome do remédio para dor de cabeça. O médico deduziu que fosse um analgésico que o paciente tomava sempre que tinha dor de cabeça. No entanto, o medicamento era, na verdade, um betabloqueador que o paciente tomava todo dia para enxaqueca. Um outro médico havia prescrito essa medicação. O médico iniciou o tratamento com aspirina e um outro betabloqueador para a angina. Depois de começar a usar a nova medicação, o paciente desenvolveu bradicardia e hipotensão postural. Infelizmente, ele sofreu uma queda três dias depois devido à tontura que sentia ao ficar em pé e fraturou o quadril.

Perguntas

- Com que frequência os erros de medicamentos costumam acontecer?
- Como se pode evitar que esses erros aconteçam?
- Os pacientes podem fazer algo na prevenção dos erros?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Um erro de administração

Este caso ilustra a importância da verificação dos procedimentos quando se administram drogas, assim como a importância da boa comunicação entre os integrantes da equipe. Ele demonstra também a importância de se manterem todos os materiais em recipientes corretamente rotulados.

Uma mulher de 38 anos procurou um hospital por causa de vermelhidão facial com edema e prurido que aparecera fazia 20 minutos. Ela tinha um histórico de reações alérgicas graves. Um enfermeiro preparou 10 ml de 1:10.000 de adrenalina (epinefrina) em uma seringa de 10 ml (1 mg no total) e deixou na mesa ao lado do leito pronta para uso, caso o médico pedisse. Entretanto, o médico inseriu um acesso intravenoso. Ele viu a seringa de 10 ml de um fluido claro que o enfermeiro tinha preparado e deduziu que fosse solução fisiológica.

Não houve nenhuma comunicação entre o médico e o enfermeiro nesse momento.

O médico administrou todo os 10 ml de adrenalina, (epinefrina) pelo acesso intravenoso pensando estar usando a solução fisiológica para limpar a sonda. De repente, a paciente começou a ficar agitada e ansiosa. Ela teve taquicardia e, em seguida, ficou inconsciente e sem pulso. Descobriu-se que estava tendo uma taquicardia ventricular, foi ressuscitada e, felizmente, teve uma boa reação. A dose recomendada de adrenalina (epinefrina) para os casos de anafilaxia é de 0.3-0.5 mg por via intramuscular. Essa mulher recebeu 1mg por via intravenosa.

Perguntas

- Que fatores estão associados a este evento adverso?
- Descreva como a equipe poderia ter trabalhado melhor.

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erro de monitoramento

Este estudo de caso ilustra a importância da comunicação com o paciente sobre suas medicações. Os pacientes sempre devem ser avisados sobre o tempo que devem tomar suas prescrições. Este estudo de caso também ilustra a importância de coletar históricos de medicamentos precisos e exaustivos para que sejam evitados resultados negativos.

Um paciente deu início ao uso de um anticoagulante oral em um hospital para tratamento de uma trombose venosa profunda, seguida de uma fratura no tornozelo. A duração do tratamento planejado era de três a seis meses. Entretanto, nem o paciente e nem o médico tiveram essa informação. O paciente continuou tomando essa medicação por vários anos e estava se expondo desnecessariamente a um risco maior de sangramento associado à medicação. Depois de um tempo, prescreveram ao paciente antibióticos para uma infecção dental. Nove dias após ele ter começado a tomar o antibiótico, o paciente começou a se sentir mal com dores nas costas e hipotensão, como consequência de uma hemorragia retroperitoneal espontânea e precisou de hospitalização e transfusão de sangue. O teste de coagulação sanguínea revelou resultados extremamente elevados. O antibiótico havia potencializado o efeito terapêutico do anticoagulante.

Perguntas

- Quais são os principais fatores associados com eventos adversos?

– Como o evento adverso poderia ter sido evitado?

Fonte: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erros de prescrição levam a efeitos adversos

Neste caso, um dentista subestimou o estado sistêmico imunodeficiente de um paciente e, assim, não tomou as medidas apropriadas para prevenir efeitos adversos de antibióticos sistêmicos.

Um homem soropositivo de 42 anos foi ao dentista para um tratamento de canal, periodontite e extração de um dente devido a uma cárie grave.

Depois de anotar o histórico médico e odontológico do paciente, o dentista concluiu que seu estado era estável e prescreveu um tratamento com antibióticos profiláticos antes de realizar qualquer tratamento odontológico. Na segunda visita, durante o exame intraoral, o dentista percebeu que o paciente havia desenvolvido lesões orais semelhantes a infecção fúngica (*Candida*).

Quando considerou a condição sistêmica do paciente, percebeu que não havia focado no risco de infecções fúngicas nas pessoas com HIV/AIDS quando elas tomam antibióticos sistêmicos e tinha esquecido de prescrever a droga antifúngica adequada junto com os antibióticos para prevenir as lesões. Ele notou também que havia considerado a condição sistêmica do paciente estável sem consultar o seu médico.

Logo, subestimou o estado de imunodeficiência do paciente. Ele encaminhou o paciente ao seu médico para tratamento das lesões fúngicas orais e o paciente recebeu o tratamento necessário. O tratamento odontológico do paciente foi adiado até que o estado de saúde sistêmico e oral fosse adequado.

Perguntas

- Quais fatores colaboraram para que o plano de tratamento inicial do dentista se desenvolvesse de forma isolada com relação ao médico que o tratava?
- Quais fatores levaram o dentista a subestimar o estado de imunodeficiência do paciente?
- Quais fatores impediram o dentista de prescrever uma droga antifúngica com antibióticos sistêmicos para este paciente soropositivo?

Fonte: Caso fornecido por Nermin Yamalik, Professor, Department of Periodontology, Dental Faculty, Hacettepe University, Ankara, Turkey.

A comunicação é essencial entre profissionais de saúde e pacientes.

Neste caso, um farmacêutico, ao perceber que a paciente não entende como os medicamentos interagem, decide dedicar um tempo para explicar-lhe cada medicação que ela tomava e seu uso apropriado.

Mary tem 81 anos e uma dor forte crônica nas costas; tem também osteoporose, doença coronária e depressão, esta causada por sua dor constante e falta de confiança nos medicamentos prescritos para ela. Suas medicações incluem prescrições do seu neurologista, endocrinologista, dois clínicos gerais e um reumatologista. Ela tem um total de 18 drogas diferentes prescritas. A maioria das medicações é para a dor. Por causa da frequência com que toma medicamentos (AINEs) para dor, ela sofre de gastrite (inflamação das paredes do estômago). Isso faz com que ela desconfie muito dos analgésicos que toma ocasionalmente. Mary foi a várias farmácias em busca de diferentes remédios para dor (paracetamol, ibuprofeno etc.).

Mary está preocupada com os remédios para dor por causa de sua intoxicação gástrica; algumas vezes ela usa todos eles juntos com os medicamentos que não precisam de receita médica (OTC - do inglês *over-the-counter*). Apesar disso, Mary não sente nenhuma melhora. Mary tem medo das reações adversas da droga tramadol e não a usa com regularidade. Para aliviar as dores fortes, usa paracetamol, mas o remédio para dor tem pouco efeito. Da mesma forma, ela não vê melhora com o antidepressivo citalopram, mesmo depois de uma semana de uso regular; logo, ela usa a medicação de vez em quando. No Quadro B.11.1 estão listados todos os medicamentos que Mary toma.

Um farmacêutico, ao perceber que Mary não entendia como suas medicações interagem, dedicou algum tempo a ela para explicar-lhe cada medicamento e seu uso adequado. Falou sobre a combinação imprópria de AINEs e, em especial:

- o uso apropriado de metamizol com altas doses de paracetamol se ela não tiver problemas no fígado;
- planos para avaliar os efeitos de citalopram um mês depois de iniciar o tratamento;
- a importância de informar aos médicos sobre suas medicações e seu histórico clínico;
- a necessidade de se avaliar a interação da droga para minimizar seus riscos de reações adversas;
- a necessidade de revisar as contraindicações e uso das drogas OTC de forma apropriada.

Quadro B.11.1 Lista dos medicamentos da paciente

Neurologista:

Gabapentina
Tramadol + paracetamol (para aliviar a dor)
ácido tiaprofênico (para aliviar a dor)

Drogas OTC com paracetamol (para aliviar a dor)

Endocrinologista:

levotiroxina
omeprazol
colecalfiferol+ Ca+Zn+Mn colecalciferol
atorvastatina
ranelato de estrôncio
diclofenaco (para aliviar a dor)

Clínicos Gerais:

citalopram
bromazepam (para fobia)
nimesulida (para aliviar a dor)
tramadol (para aliviar a dor)
metamizol (para aliviar a dor)
metoprolol
indobufeno

Reumatologista:

Meloxicam (para aliviar a dor)

Na segunda visita ao farmacêutico, Mary estava satisfeita com a gestão de sua dor.

Perguntas

- Quais erros de comunicação podem ter ocorrido que resultaram em um mau uso de medicações por Mary?
- Quais são os problemas associados ao compartilhamento inadequado e incompleto de informação entre profissionais de saúde?
- Todos os pacientes devem ser instruídos sobre suas medicações?
- Quais mecanismos podem ser implementados para garantir que cada profissional de saúde que trata pacientes tenha conhecimento das medicações prescritas para eles e tomadas por eles?
- Qual é a responsabilidade do profissional de saúde que prescreve ou fornece medicação aos pacientes?
- Qual é a responsabilidade dos farmacêuticos ao aconselharem o uso de drogas OTC? Como devia ser o algoritmo para maximizar o efeito benéfico das drogas OTC e minimizar os riscos potenciais?

Fonte: Jiri Vlcek, Professor of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical care. Clinical pharmacists on internal department in teaching hospital in Hradec Kralove Charles University, Prague, Faculty of Pharmacy, Department of Social & Clinical Pharmacy .

Ferramentas e material de referência

Soluções de segurança para o paciente da OMS

Estes são resumos que detalham soluções para problemas de segurança do paciente. Alguns deles tratam de problemas de medicação.

Solução 1 - Medicamentos de aspecto e nomes parecidos (*look-alike, sound-alike*)

Solução 5 - Controle das soluções concentradas de eletrólitos .

Solução 6 - Assegurar a precisão da medicação nas transições de cuidados.

Solução 7 - Evitar erro de conexão de cateteres e tubos.

Solução 8 - Usar apenas uma vez os dispositivos de injeção.

Estes documentos estão disponíveis na internet (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Outras referências na internet

The Agency for Healthcare Research and Quality (United States of Health and Human Services - Rockville, MD) mantém um arquivo *on-line* de casos que pode ser usado como fonte de estudo de caso que pode ser útil no ensino (<http://www.webmm.ahrq.gov>). Outras referências *on-line* úteis incluem os sites mantidos pelo Institute for Safe Medication Practices (Horsham, PA) (<http://www.ismp.org>) e o National Patient Safety Agency (<http://www.npsa.nhs.uk>).

DVDs educativos

Documentário Beyond Blame (Para além da culpa). Este DVD tem 10 minutos de duração e é uma forma eficaz de envolver os alunos nas questões de uso seguro de medicamento. Trata-se de um

médico, um enfermeiro e um farmacêutico que falam sobre graves erros de medicamentos nos quais se envolveram. Este DVD está disponível para compra no Institute for Safe Medication Practices (<http://www.ismp.org>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

O workshop da OMS *Learning from Error* inclui uma representação em DVD de um erro de administração de medicamento vincristina intratecal. O DVD ilustra a natureza multifatorial do erro.

Livros

Vicent K. *The human factor* (O fator humano) London, Routledge, 2004:195-229.

Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. (Guia essencial das habilidades gerais) Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Institute of Medicine. *Preventing medication errors: quality chasm series* Washington, DC, National Academies Press, 2006 (<http://www.iom.edu/?d=35961>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).

Avaliação do conhecimento deste tópico

Há uma variedade de métodos de avaliação que pode ser usada para avaliar o conhecimento de segurança e desempenho de medicação nesta área, incluindo:

- MCQ
- testes de cálculo de drogas;
- perguntas de respostas breves;
- reflexão, por escrito, de um estudo de caso envolvendo um erro de medicação, a identificação dos fatores coadjuvantes e a consideração de estratégias para evitar sua recorrência;
- um projeto associado a uma reflexão sobre os resultados da aprendizagem da atividade;
- uma estação de OSCE.

Uma estação de OSCE pode incluir exercícios de prescrição/ dispensação/administração. Estas estações podem ser usadas para: avaliar as habilidades dos alunos em coletar um histórico de medicamentos e de alergia, administrar uma medicação; checar os 5Cs e alergias; e instruir o paciente sobre novos medicamentos.

Observe que vários desses tópicos de verificação potenciais não estão cobertos em detalhes nesta apresentação de PowerPoint que acompanha o material. São incluídos aqui como uma ideia de avaliação na área de uso seguro de medicação, supondo que os estudantes tenham recebido instrução adicional nestes aspectos específicos de uso seguro de medicação.

Avaliação do ensino deste tópico

A avaliação é importante para se verificar como uma sessão de ensino ocorreu e que melhorias podem ser implementadas. Veja o Guia do Professor (Parte A) para ler um resumo de princípios de avaliação importantes.

Referências

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization Patient Safety Programme, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
2. Cousins DD. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events. *Clin Therap*, 1998; 20 (suppl C):C45-C59.
3. Institute of Medicine *Preventing medication errors. Report brief* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman WB, et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49-S59.
6. Nair RP, Kappil D, Woods TM. 10 strategies for minimizing dispensing errors. *Pharmacy Times*, 20 Janeiro de 2010 (<http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/January2010/P2PDispensingErrors-0110>; acesso em 21 de fevereiro de 2011).
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122-126.
8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197-1203.

Slides para o Tópico 11: Melhorar a segurança no uso de medicação

Palestras didáticas não costumam ser a melhor forma de ensinar segurança do paciente. Se uma palestra for considerada, é uma boa ideia planejar a interação e debate dos estudantes durante a palestra. Usar um estudo de caso é uma maneira de gerar um debate do grupo. Uma outra maneira é perguntar aos alunos quais são os diferentes aspectos de cuidados clínicos que trarão questões contidas neste tópico, tais como a cultura da culpa, a natureza do erro e como os erros são gerenciados em outras atividades.

Os *slides* do Tópico 11 são desenvolvidos para ajudar o professor a transmitir o conteúdo deste tópico. Os *slides* podem ser adaptados ao ambiente e à cultura local. Os professores não precisam usar todos os *slides* e é melhor adequá-los às áreas a serem cobertas no ensino da sessão.

Todos os nomes das drogas usadas estão de acordo com as *WHO International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en>; acesso em 24 de março de 2011)



ependant, qu
e) qu'on (so
is l'anticham
pourquoi ne le

con
que M
n apr
à trois
à deu
sa ques
Et elle



Anexos

**Guia Curricular de Segurança
do Paciente da OMS: Edição
Multiprofissional**

Anexo 1

Link para o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente

O Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente tem um volume separado que contém a literatura que serviu como base para o Marco. A revisão da literatura utilizou o estilo Campbell Collaboration para apresentar a literatura. A bibliografia está disponível gratuitamente para todos e ajudará os professores a desenvolverem conteúdos curriculares e pesquisas na área de segurança do paciente.

A bibliografia que acompanha também pode ser acessada no endereço: [http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/\\$File/frameworkbibli0705.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/$File/frameworkbibli0705.pdf); acesso em 14 de março de 2011.

Anexo 2

Exemplos de Métodos de Avaliação do Aluno

Exemplo 1: Questão Dissertativa Modificada Um acidente (Tópico 6 e 8)

Instruções para o aluno

Um homem de 20 anos perdeu o controle de sua bicicleta e caiu. Foi atropelado por um carro que não parou. Ele está consciente, mas é incapaz de falar de modo coerente. Pode estar em estado de choque. Você (como estudante de ciências da saúde) reduz a marcha próximo ao local do acidente, e um transeunte acena pedindo ajuda.

Quais as três questões éticas importantes associadas ao tratamento de pacientes em emergências?

Descreva as responsabilidades jurídicas/profissionais relativas à prestação de assistência em uma emergência.

Indique os elementos de consentimento para um paciente inconsciente e um paciente consciente.

Resuma os desafios de se assumir a liderança nesta situação clínica.

Exemplo 2: Questão de múltipla escolha (Tópicos 4 e 8)

Como estudante, você foi convidado a assistir a uma cirurgia de artroplastia de joelho de uma idosa. Na véspera da operação, você falou com a paciente e recordava que ela havia contado que o problema no seu joelho esquerdo a impossibilitava de andar e que ela estava ansiosa para fazer a cirurgia. Na sala de cirurgia, você ouve o cirurgião dizer ao seu assistente que eles irão operar o joelho direito dela.

O que você, como estudante, deveria fazer imediatamente?

- a) Não fazer nada porque você pode ter confundido aquele paciente com um outro.
- b) Localizar e revisar o registro médico para confirmar o lado do joelho a ser operado.
- c) Não dizer nada porque não pediu permissão para falar sobre a situação.
- d) Não dizer nada porque em hospitais nunca acontecem erros e o estudante provavelmente ouviu errado.
- e) Falar para o cirurgião que você achava que o paciente teria a artroplastia de joelho realizada no lado esquerdo.
- f) Ficar em silêncio porque o cirurgião provavelmente sabe o que está fazendo.

Comentários: Todo mundo tem uma função na segurança do paciente. Toda pessoa tem a obrigação de falar quando acha que um erro potencial possa acontecer e que possa prejudicar o paciente. Os integrantes menos experientes das equipes de cuidados clínicos são olhos e ouvidos importantes para a equipe e suas contribuições podem minimizar o número de erros no sistema. Cirurgia no lado errado é um tipo de evento adverso importante. A maioria dos países têm acesso às diretrizes aprovadas clinicamente para ajudá-los a identificar o paciente correto e o lado correto que será submetido à cirurgia. Essas diretrizes convocam os integrantes da equipe menos experientes a se expressarem de forma assertiva.

Exemplo 3: Uma estação de OSCE de segurança do paciente (Tópicos 8 e 6)

Estação N°

Comunicação do paciente: um evento adverso

Instruções para o aluno

O paciente acaba de sair de uma cirurgia de rotina para reparo de uma hérnia inguinal. Durante a cirurgia, o cirurgião residente teve alguma dificuldade em finalizar o procedimento. O cirurgião supervisor assumiu e a operação foi relatada como bem-sucedida. Entretanto, houve uma extensa formação de hematomas em volta do local da cicatriz. Pediram que você conversasse com o paciente sobre as preocupações dele.

Atenção: Favor lembrar de entregar sua etiqueta de identificação para o examinador.

Continuação do exemplo 3:
Uma estação OSCE de segurança do paciente

Estação N°
Comunicação do paciente: um evento adverso

Instruções para a pessoa que atua como o paciente.
Por favor, leia as instruções com atenção antes de começar o exame.

Você foi admitido em um hospital para remoção de emergência de seu apêndice. Você se sentia bem e trabalhava como encanador.

À medida que se recuperava da anestesia, o enfermeiro da cirurgia explicou que o médico residente achou que a operação, feita através de uma pequena incisão, era mais difícil do que ele esperava. O cirurgião especialista logo assumiu e tudo correu bem durante a laparotomia.

O local da cicatriz está maior do que você esperava e dolorido, mas você recebeu alguns remédios para dores, que estão surtindo efeito. Você está interessado em discutir o que aconteceu com você em mais detalhes.

Um pouco antes, você demonstrou que queria fazer uma queixa oficial sobre a assistência que recebeu.

Continuação do exemplo 3:
Uma estação de OSCE de segurança do paciente

Estação N°
Comunicação do paciente: um evento adverso

Instruções para o avaliador
Por favor, leia atentamente as instruções para o aluno e o paciente fictício.

Cumprimente o aluno e dê a ele instruções por escrito.

Observe a interação entre o aluno e o paciente fictício e complete a planilha de notas.

Por favor, não interaja com o aluno ou com o paciente fictício nem durante nem depois de finalizada a tarefa.

O propósito da estação é avaliar a habilidade do estudante em debater um evento adverso com um paciente.

Continuação do exemplo 3:
Uma estação OSCE de segurança do paciente

Estação N°

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO:

Comunicação do paciente: um evento adverso

Nome do aluno:

.....
.....

Nome do avaliador:

.....
..... (em letra de forma)

Cumprimente o aluno e dê a ele instruções por escrito.

Lembre-se de pedir ao aluno sua etiqueta de identificação e a anexe à parte superior da planilha de notas.

Por favor, circule a nota apropriada para cada critério.

Neste exemplo, o comportamento esperado é o de um estudante de medicina ou de enfermagem no último ano da graduação.

Circule a nota apropriada para cada critério.

	Realizado de maneira competente	Realizado, mas não de maneira competente	Não realizado ou incompetente
Abordagem inicial ao paciente (apresentar-se, explicar o que será feito)	2	1	0
Comunicar-se com o paciente e cuidadores de maneira que eles entendam	2	1	0
Demonstrar os princípios de uma "revelação aberta de erro "	2	1	0
Certificar-se de que os pacientes recebam apoio e cuidados após um evento adverso	2	1	0
Demonstrar compreensão aos pacientes após um evento adverso	2	1	0
Administrar fatores que podem levar a queixas	2	1	0
Total			

Avaliação geral na estação	Aprovado sem restrições	Pendente	Reprovado
----------------------------	-------------------------	----------	-----------

Exemplo 4:

Perguntas de respostas breves:

As seguintes perguntas são parte de uma avaliação para enfermagem e obstetrites, mas também podem ser aplicadas a alunos de medicina e odontologia.

Um paciente está sendo submetido a uma cirurgia; o histórico clínico faz parte do exame.

Enquanto preparava a sra. McDonald para a cirurgia, você notou que o formulário de consentimento não estava assinado.

P1

Explique sua função em assegurar que o consentimento da sra. McDonald seja assinado.

P2

Liste os elementos de um consentimento válido.

P3

Identifique as maneiras pelas quais o consentimento pode ser legalmente comunicado.

P4

A sra. McDonald está em dúvida de quando comeu pela última vez. Explique os riscos associados a não estar em jejum antes da cirurgia.

A sra. McDonald foi transferida de volta para sua enfermaria no pós-operatório na mesma tarde. Sua cirurgia correu bem. Ela tem um simples curativo adesivo na ferida.

P5

Liste três (3) avaliações pós-operatórias de enfermagem que você realizaria na sra. McDonald e justifique.

P6

Quais medidas de controle da infecção seriam apropriadas para a sra. McDonald?





Agradecimentos

**Guia Curricular de Segurança
do Paciente da OMS: Edição
Multiprofissional**

Agradecimentos

Os colaboradores estão listados em ordem alfabética em cada seção

Equipe principal, Guia Curricular de Segurança do Paciente

Bruce Barraclough
Diretor-Chefe do Guia Curricular sobre Segurança do Paciente
Melbourne, Austrália

Benjamin Ellis*
Consultor do Programa da OMS de Segurança do Paciente, Reino Unido e Irlanda do Norte

Agnes Leotsakos
Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Merrilyn Walton
Autora Principal do Guia Curricular de Segurança do Paciente
Escola de Saúde Pública de Sidney
University of Sidney
Sidney, Austrália

Colaboradores cruciais para o conteúdo

Associações Profissionais

Federação Dentária Internacional (FDI)

Nermin Yamalik
Departamento de Periodontologia
Hacettepe University
Ankara, Turquia

Confederação Internacional de Obstetrias (ICM)

Mary Barger
Departamento de Enfermagem de Cuidados em Saúde da Família
University of Califórnia
São Francisco, Estados Unidos

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)

Jean Barry
Políticas de Saúde e Enfermagem
Conselho Internacional de Enfermeiros.
Genebra, Suíça

Federação Internacional Farmacêutica (FIP)

Marja Airaksinen
Divisão de Farmácia Social
Faculdade de Farmácia
University of Helsinki,
Helsinki, Finlândia

Organização para Segurança, Assepsia e Prevenção (OSAP)

Enrique Acosta-Gio
Escola de Odontologia
National University of México (UNAM)
México D.F., México

Associação de estudantes

Representante de quatro associações estudantis:
Satyanarayana Murthy Chittoory

Federação Internacional dos Estudantes de Farmácia (IPSF)

Associação Internacional de Estudantes de Odontologia (IADS)

Conselho Internacional de Enfermeiros - Rede Estudantil (ICN-SN)

Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA)

Associação Médica Mundial (WMA)

Julia Rohe
Agência para Qualidade em Medicina (AQuMed)
Berlim, Alemanha

Líder Externa, Pacientes para Segurança do Paciente, OMS

Margaret Murphy
Programa da OMS para Pacientes para Segurança do Paciente
Cork, Irlanda

Especialistas por Região da OMS

Armando Crisostomo, Representante do Escritório Regional para o Pacífico Ocidental WPRO, Hospital Geral, University of the Philippines, Manila, Filipinas

Mahammed-Ali Hamandi, Representante do Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental EMRO Hospital Geral Makassed Beirute, Líbano

Taimi Nauseb, Representante do Escritório Regional para a África AFRO Faculdade de Saúde e Ciências Médicas University of Namíbia, Windhoek, Namíbia

Roswhita Sitmpul, Representante do Escritório Regional para o Sudeste Asiático, SEARO Escola de Enfermagem Universitas Pelita Harapan (UPH) Jakarta, Indonésia

Jiri Vlcek, Representante do Escritório Regional para a Europa EURO Departamento de Farmácia Social e Clínica Charles University Heyrovskeho, República Tcheca

Especialistas do Programa da OMS Segurança do Paciente

Carmen Audera-Lopez
Gerald Dziekan
Cyrus Engineer •
Felix Greaves *
Ed Kelley
Claire Kilpatrick
Itziar Larizgoitia
Claire Lemer *
Elizabeth Mathai
Douglas Noble *

Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Consultores do Programa da OMS Segurança do Paciente

Donna Farley
Analista e Consultora Principal sobre Política de Saúde, membro adjunto da RAND Corporation McMinnville, Estados Unidos

Rona Patey
University of Aberdeen
Escócia, Reino Unido e Irlanda do Norte

Hao Zheng
Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Colaborador de casos de estudos

Shan Ellahi
Serviços Comunitários de Ealing e Harrow
Serviço Nacional de Saúde
Londres, Reino Unido e Irlanda do Norte

Revisão por pares

Federação Dentária Internacional (FDI)

Julian Fisher
Assuntos da Educação e Científicos FDI Federação Dentária Internacional,
Genebra, Suíça

Confederação Internacional de Obstetristas (ICM)

Ans Luyben
Comitê Permanente de Educação
Bern University of Applied Science BFH
Bern, Suíça

Revisores do Comitê de Educação ICM

Marie Berg, University of Gothenburgo, Suécia
Manus Chiai, Hamdard Najar, Nova Delhi, Índia
Geri McLoughlin, University College Cork, Irlanda
Angelo Morese, University of Florence, Itália
Marianne Nieuwenhuijze, Zuyd University, Maastricht, Holanda
Elma Paxton, Glasgow Caledonian University, Reino Unido
Jane Sandall, King's College, Londres, Reino Unido
Bobbi Soderstrom, Associação de Parteiras de Ontario, Toronto, Canadá
Andrea Stiefel, Zuriq University of Applied Sciences, Winterthur, Suíça
Joeri Vermeulen, Erasmus University College, Bruxelas, Bélgica
Teja Zaksek, University of Ljubljana, Ljubljana, Eslovênia

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)

Jean Barry
Conselho Internacional de Política e Saúde de Enfermagem
Genebra, Suíça

Federação Internacional Farmacêutica (FIP)

Luc Besancon
Assuntos Científicos e Profissionais

Xuanhao Chan
Associação para Saúde Pública

Federação Farmacêutica Internacional
The Hague, Holanda

Associação Médica Mundial (WMA)

Julia Seyer
Associação Médica Mundial
Ferney-Voltaire, França

Editores

Rebecca Bierman
Editora *freelancer*
Jerusalem, Israel

Rosalind levin
Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Rosemary Sudan
Editora *freelancer*
Genebra, Suíça

Supervisão Editorial

Agnes Leotsakos
Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Assessor de Produção

Eirini Rousi
Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Contribuições administrativas

Esther Adeyemi
Caroline Ann Nakandi
Laura Pearson

Programa da OMS Segurança do Paciente
Genebra, Suíça

Agradecimentos especiais

O Guia Curricular Multiprofissional de Segurança do Paciente da OMS se baseou no Guia Curricular de 2009 de Segurança do Paciente para Faculdades de Medicina. Nosso agradecimento especial para aqueles que contribuíram com o conteúdo e comentários valiosos para a edição de 2009: Mohamed Saad, Ali-Moamary, Riyadh, Arabia Saudita; Stewart Barnet, New South Wales, Austrália; Ranjit De Alwis, Kuala Lumpur, Malásia; Anas Eid, Jerusalém, Palestina;

Brendan Flanagan, Victoria, Austrália; Rhona Flin, Escócia, Reino Unido e Irlanda do Norte; Julia Harrison, Victoria, Austrália; Pierre Claver Kariyo, Harare, Zimbabwe; Young-Mee Lee, Seoul, República da Coreia; Lorelei Lingard, Toronto, Canadá; Jorge Cesar Martinez, Buenos Aires, Argentina; Rona Patey, Escócia, Reino Unido e Irlanda do Norte; Chris Robert, New South Wales, Austrália; Tim Shaw, New South Wales, Austrália; Chit Soe, Yangoon, Myanmar; Samantha Van Staaldin, New South Wales, Austrália; Mingming Zhang, Chengdu, China; Amitai Ziv, Tel Hashomer, Israel.

• *Projeto de Segurança do Paciente da OMS na Johns Hopkins School of Medicine*

* *Estes especialistas prestaram serviço previamente como Conselheiros Clínicos para o Programa de Segurança do Paciente da OMS*



World Health Organization

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tel.: +41 22 791 5060

E-mail: patientsafety@who.int

Por favor, visite nosso site:

www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html

