



## Artigo Original

# Segurança do doente: da teoria à prática clínica

Maria João Lage\*

Gabinete do Risco, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

#### Historial do artigo:

Recebido em 1 de Junho de 2010

Aceite em 1 de Setembro de 2010

#### Palavras-chave:

Incidentes

Segurança do doente

Erro médico

Melhoria dos cuidados

### R E S U M O

A investigação dos últimos 10 anos mostra que pelo menos 10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde. É da responsabilidade do profissional de saúde evitar que isso aconteça. No entanto, poucos profissionais registam os seus erros e menos ainda são os que os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro.

Paradoxalmente, o primeiro passo para a criação de um sistema eficaz de promoção da segurança do doente é aumentar a visibilidade do erro e da lesão decorrentes dos cuidados de saúde. Para isso concorrem os sistemas de relatos de incidentes, as auditorias, a revisão de processos e a monitorização de indicadores clínicos. A análise dos dados obtidos permite identificar as áreas que necessitam de medidas de correcção, bem como planejar a sua implementação. Em dois hospitais do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), o sistema de informação de segurança do doente conta, desde 2003, com cerca de 5 mil relatos de incidentes feitos pelos vários profissionais de saúde. A informação gerada, associada à que é fornecida pelas auditorias clínicas e pelos indicadores clínicos, tem sido aplicada na reorganização de processos e procedimentos, e na implementação de medidas correctivas. O evento adverso tornou-se também mais visível para o próprio doente, que espera da instituição e dos profissionais maior abertura na comunicação dos problemas surgidos durante os cuidados. A avaliação de risco, a prevenção do erro e a promoção da segurança do doente fazem já parte do currículo pré e pós graduado dos profissionais de saúde do CHLC.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

Todos os direitos reservados.

#### Keywords:

Incidents

Patient safety

Medical errors

Improvement

### Patient safety meets clinical practice

#### A B S T R A C T

Medical literature from the last ten years shows that at least 10% of patients admitted to Healthcare Services will suffer some kind of harm. Healthcare workers should be held responsible for the prevention of potential harm to patients whenever possible. And yet, carers who record their own errors are few and still fewer are those who will analyse them thus allowing for some learning to be gained and similar incidents to be prevented in the future.

\*Autor para correspondência.

Correio electrónico: [jjlage@gmail.com](mailto:jjlage@gmail.com) (M. J. Lage)

The first step in promoting patient safety is increasing the visibility of errors and patient harm. Patient safety information systems rely on incident reporting, audits, clinical indicators and process reviewing to achieve that goal. Data analysis can then identify clinical areas needing improvement, for corrective measures to be put in place. In Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), the patient safety information system received over five thousand incident reports from different professional groups since 2003. Information was also gathered from audits and clinical indicators and allowed for several processes and procedures to be redesigned and improvement projects to be implemented. Adverse events have also become more visible to the patient, who expects healthcare professionals to openly disclose problems during care.

The undergraduate and postgraduate curriculum in the CHLC now includes training in risk analysis, medication errors and patient safety.

©2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.  
All rights reserved.

## Introdução

De acordo com os dados publicados pelo Institute of Medicine (IOM), 100 doentes nos Estados Unidos morrem diariamente devido a danos decorrentes dos cuidados de saúde e não da sua doença<sup>1,2</sup>. Quantos vão morrer hoje em Portugal? E amanhã? Mais de 10 anos passaram desde esta publicação do IOM e não temos ainda em Portugal um número rigoroso que nos permita caracterizar a dimensão do problema.

Muitos profissionais de saúde são sensíveis a erros nos cuidados prestados a si próprios ou aos seus familiares mas estranhamente alheios aos erros médicos que decorrem da sua prática clínica diária.

Infelizmente, neste momento, com todos os dados científicos acumulados nos últimos anos, não podemos trabalhar na ilusão de que os doentes deixarão de ser lesados pelos nossos cuidados se não fizermos nada por isso: a melhoria da segurança do doente requer inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica.

Este artigo tem como objectivos mostrar a necessidade e a inevitabilidade desta mudança, identificar os estímulos e as barreiras que existem pelo caminho e testemunhar a possibilidade real da implementação. Para além de algumas referências à extensa literatura sobre o tema, será feita uma reflexão sobre os sete anos de experiência em qualidade e segurança do doente, num hospital central de Lisboa.

## Diagnóstico: Como detectar os eventos adversos e avaliar o dano do doente

Os incidentes relacionados com os cuidados de saúde podem atingir e lesar o doente — evento adverso ou ser interceptados ou corrigidos antes de terem consequências — quase — incidente ou near-miss<sup>3</sup>.

Um dos sistemas mais comuns de informação de segurança baseia-se no relato voluntário e confidencial destas ocorrências

ou de qualquer preocupação de segurança detectada no trabalho. Este relato tem dois objectivos: aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local de trabalho e, através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados, gerar informação útil para corrigir as fragilidades identificadas.

Várias formas de relato de incidentes foram já implementadas e esta prática é fortemente recomendada em todas as instituições que se submetem a processos de acreditação externa, seja através da Joint Commission (JC) ou da CHKS (antiga Health Quality Service — Kings Fund). Em alguns países, como o Reino Unido e a Dinamarca<sup>4</sup>, foi implementado um sistema centralizado a nível nacional, associado necessariamente a uma vasta estrutura para a análise, divulgação, informação de retorno e intervenção, face aos problemas detectados. Estes sistemas nacionais foram rapidamente confrontados com um volume considerável de relatos, sendo os valores divulgados no Reino Unido pela National Patient Safety Agency (NPSA), desde o seu início, em Outubro de 2003 até ao 3.º trimestre de 2009, de 3.745.240 relatos de incidentes relacionados com os cuidados de saúde. Os níveis de dano para o doente associados a estes incidentes, só no período de 1 Julho 2009 a 30 Setembro 2009, são alarmantes: 1.017 mortes e 2.441 lesões major em 276.340 incidentes relatados, provenientes de 371 instituições de saúde no Reino Unido<sup>5</sup>. Todos os incidentes associados a morte do doente ou lesão major são analisados individualmente pela própria NPSA. Esta análise tem originado múltiplas orientações para as instituições de saúde, sob a forma de alertas, novos protocolos, cursos de formação, centros de simulação, sugestões de listas de segurança e de alteração do sistema e dos comportamentos, na tentativa de chegar à “linha da frente” da relação do profissional de saúde com o doente<sup>5,6</sup>.

Os relatos de incidentes fornecidos por este meio são uma janela diagnóstica para o sistema de saúde e, por serem voluntários, não permitem comparações ou inferências estatísticas<sup>7</sup>. A aprendizagem que deles decorre tem permitido também desenhar planos de acção preventivos à escala internacional, sob a forma de campanhas, criação de novas instituições dedicadas a esta problemática (Institute

for Healthcare Improvement, World Alliance For Patient Safety), metas anuais de segurança (Safety Goals) e a elaboração de listas de incidentes a evitar em absoluto — Never Events<sup>3,5</sup>.

A tentativa de determinar o número exacto de incidentes relacionados com os cuidados de saúde motivou muitos autores a procurar outras metodologias<sup>8</sup>, nomeadamente a revisão dirigida de processos clínicos com “trigger tools”, os estudos prospectivos observacionais directos, a utilização de dados administrativos ou de reclamações e a procura da participação directa dos doentes<sup>9-11</sup>. A disparidade dos valores obtidos (geralmente superiores aos gerados pelos sistemas de relato voluntário) revela as dificuldades sentidas com diferentes percepções do que é um incidente, como se classifica, e se é susceptível de prevenção ou não<sup>11</sup>.

Em cada incidente relatado ou detectado é fundamental determinar se atingiu ou não o doente, se provocou uma nova intervenção terapêutica, se prolongou o tempo de internamento e se causou algum dano. Esta investigação sistemática permite determinar as áreas de intervenção prioritárias, seja pela maior frequência ou pela maior gravidade do dano associado aos incidentes com elas relacionados. Na maioria das séries publicadas, a maior frequência e o maior grau de lesão correspondem aos incidentes relacionados com a infecção hospitalar, o circuito da medicação (desde a prescrição à administração), os procedimentos e a monitorização dos doentes<sup>5,9,11,12</sup>.

A implementação eficaz de um sistema de relatos de incidentes localmente é um processo lento. Necessita de profissionais motivados que o incentivem em cada local de trabalho e de uma estrutura que garanta a análise e a informação de retorno em tempo útil. As principais barreiras sentidas pelos profissionais são o medo de uma punição, falta de tempo, percepção de inutilidade (sobretudo se não existe informação de retorno adequada) e a dificuldade no entendimento daquilo que constitui um incidente<sup>9</sup>. A capacidade de actuar localmente para a correcção rápida dos incidentes detectados e a informação directa para quem relata são os principais incentivos à implementação do sistema, que desta forma se introduz plenamente na rotina como procedimento de segurança habitual<sup>9</sup>.

No Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), o sistema de relato de incidentes está instituído desde 2002, actualmente em papel, mas que irá evoluir para relato *on line*. É voluntário e confidencial, com a informação centralizada no Gabinete do Risco de cada hospital, sendo recomendada a tomada de conhecimento prévia pelos responsáveis das Unidades onde ocorreu o incidente. Conta actualmente com cerca de 5 mil relatos, com origem essencialmente nos dois hospitais do grupo que se submetem desde 2002 ao processo de acreditação internacional (Hospital de Santa Marta e Hospital de Dona Estefânia).

No Hospital de Dona Estefânia (cerca de 3 mil relatos) a adesão tem sido progressiva com um aumento anual significativo do relato de incidentes relacionados com a medicação, processo clínico (ex: erro de identificação, indisponibilidade ou troca de processo, registo incompleto) e procedimentos. Nos últimos 2 anos tem havido participação crescente de todos os profissionais.

---

## **Análise de incidentes: entender as causas para prevenir os efeitos**

Os doentes que procuram os Serviços de Saúde esperam que daí decorra um benefício. Nos últimos anos, começam também a ter consciência de que, no exercício desses cuidados, os erros não são negligenciáveis, sendo na sua maioria não intencionais e muitas vezes originados por falhas do próprio sistema. É da responsabilidade dos profissionais tentar reduzir a probabilidade do erro.

Quanto tempo gastam actualmente os profissionais de saúde a registar os seus erros? E a analisá-los?

A análise dos incidentes relatados e a determinação das suas causas pode originar informação útil sobre problemas existentes no sistema, detectando quebras de segurança, muitas vezes insuspeitadas, na prestação de cuidados.

O modelo de investigação de incidentes mais comum, adoptado também como procedimento hospitalar no CHLC, foi desenvolvido a partir do estudo dos factores humanos implicados no erro (James Reason, 1990), adaptado por Charles Vincent e Sally Adams com a elaboração do London Protocol em 2004<sup>13</sup>.

A análise abrange a detecção de factores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos), factores contributivos (local, tarefa, doente, individuo, equipa), problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos, violações, actos inseguros) e defesas e barreiras do sistema. Invariavelmente, para cada incidente que ocorre, as falhas são múltiplas, simultâneas e tanto originadas no sistema (latentes) como na acção dos profissionais (activas)<sup>6</sup>.

Desta análise decorre obrigatoriamente um plano de acção, com propostas de melhoria adaptadas aos factores contributivos e aos problemas detectados. As propostas incluem a designação concreta de um responsável, de um tempo ideal de implementação e uma forma de monitorizar posteriormente o resultado<sup>6</sup>.

No Hospital de Dona Estefânia a análise de incidentes já originou a revisão de vários processos (ex: adequação das camas de grades, abordagem da dor abdominal aguda na urgência, normas de prescrição manual) e a criação de grupos de trabalho para dar resposta ao fluxo permanente de informação de segurança fornecida pelos profissionais de saúde. Este processo parece reflectir uma cultura de maior percepção dos erros e riscos potenciais presentes na actividade clínica diária.

---

## **Implementação da mudança: do papel à prática clínica**

Se a implementação do relato de incidentes como parte integrante dos sistemas de informação em segurança do doente tem sido morosa, mais lento ainda se tem revelado o seu uso efectivo para a introdução de práticas mais seguras<sup>9,10</sup>.

A identificação das áreas problemáticas é importante e, de acordo com a nossa experiência no CHLC, quando um sistema de relatos de incidente começa a funcionar gera rapidamente uma enorme quantidade de informação relevante. Esta informação, no entanto, é insuficiente só por si<sup>6,9</sup>.

A informação de retorno dos relatos de incidentes deve incluir e assegurar a acção correctiva das vulnerabilidades do sistema, para não haver falhas recorrentes<sup>9</sup>.

A lesão originada pelos cuidados médicos é muitas vezes invisível para o doente e também para o próprio profissional, que é tentado a considerá-la trivial, inevitável ou pouco frequente<sup>1</sup>. O primeiro passo para a integração de práticas mais seguras na rotina é por isso garantir a maior visibilidade do erro e das suas implicações aos mais variados níveis. Este objectivo, conseguido através de relatos, auditorias, listas, revisão de processos, participação dos doentes, etc., é tanto mais eficaz quanto mais for liderado pela própria equipa e divulgado internamente e regularmente<sup>10,14,15</sup>.

A análise das causas não deve estar centrada no profissional que erra mas sim nos mecanismos dos erros, nos factores contributivos e nas falhas do sistema susceptíveis de melhoria.

A criação de bases de dados de fácil registo e acesso, com informação relacionada com a segurança dos doentes (ex: infecção hospitalar, extubação accidental, quedas, erros de prescrição, atraso na realização de exames) permite monitorizar e reforçar os eventuais efeitos positivos de uma mudança implementada<sup>16,17</sup>.

Na difícil tarefa da melhoria sustentada da prática clínica, os projectos mais bem sucedidos procuram fechar pequenos ciclos (plan-do-study-act) centrados na identificação de um problema a resolver, no teste de uma solução e na reavaliação rápida para futura implementação. Estas alterações abrangem muitas vezes processos que nos são muito familiares e rotineiros: passagens de turno, folhas de registo, protocolos, prescrição manual, armários de medicação, programas de treino, etc., e há que esperar algum grau de resistência<sup>1,15</sup>. Previamente a qualquer mudança, é sempre necessário avaliar se essa mudança é de facto necessária e se temos alguma forma quantitativa ou qualitativa de avaliar o seu benefício real<sup>15,18,19</sup>.

A implementação de mudanças estruturais pode implicar o hospital como instituição, como é o caso de inovações técnicas, novos equipamentos, reorganização de tarefas e de planos de formação. No plano anual de aplicação do orçamento disponível, a segurança dos doentes não é muitas vezes uma prioridade e continua a haver dificuldade em formar e integrar na estrutura hospitalar equipas de profissionais dedicadas integralmente à gestão de risco e qualidade.

---

### Aspectos da prevenção: melhorar o sistema antes de ocorrer o incidente

Os profissionais envolvidos a qualquer nível do serviço nacional de saúde reconhecem facilmente que este sofre de várias doenças, com necessidade urgente de tratamento.

A implementação na saúde de modelos importados da gestão de empresas e, mais recentemente, a identificação de incidentes relacionados com os cuidados de saúde demonstraram que muitas vezes o sistema em si deve ser o principal alvo para as medidas de melhoria<sup>16,17,20,21</sup>.

A introdução da medicina baseada na evidência como ferramenta que permite ao clínico trazer a investigação para

a sua prática clínica tornou-se um desafio individual mas também institucional, com o objectivo de reavaliar práticas e processos à luz de novas regras para o que é “científico” reconhecido pelos pares” e de “eficácia provada”.

As equipas de saúde são assim chamadas a cuidar dos processos e procedimentos do seu local de trabalho da mesma forma como cuidam dos seus doentes: trabalhando em conjunto para obter o diagnóstico, plano terapêutico e a monitorização dos resultados.

Diferentes métodos têm sido utilizados para este fim, alguns derivados directamente da engenharia e da gestão, aplicados inicialmente às áreas administrativas mas alcançando agora as áreas clínicas. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e o Institute for Healthcare Improvement nos Estados Unidos adaptaram e disponibilizaram várias destas técnicas para os projectos de melhoria contínua em saúde e é já prática comum a sua utilização para a descrição de processos (fluxograma, FMEA — análise dos modos e efeitos das falhas), colecção de dados (entrevistas, questionários, inquéritos) análise de dados (histogramas, gráficos de correlação), trabalho de equipa (brainstorming) e reorganização de sistemas (normas de orientação clínica, PDSA — ciclos rápidos de melhoria)<sup>14,15,17,19,20</sup>.

No CHLC o Grupo de Risco tem adaptado alguns destes métodos, particularmente o FMEA e os ciclos rápidos de melhoria, para a análise de processos e sub processos do circuito de medicação e para testar rapidamente soluções para problemas levantados pelos incidentes relatados. Estes pequenos projectos integram-se na rotina da prática clínica, usam o conhecimento local dos profissionais envolvidos integrando-os na análise e na procura de soluções e tentam incentivar a monitorização dos dados de segurança dos doentes de cada serviço pelos próprios profissionais.

---

### Envolvimento pessoal e institucional: o apoio ao profissional e ao doente após um incidente

Num sistema de saúde que se pretende centrado no doente, a informação sobre a ocorrência de um incidente relacionado com os cuidados de saúde é um imperativo. A informação ao doente sobre um incidente pode ser definida como a “comunicação entre o profissional de saúde e o doente ou familiar na qual é reconhecida a ocorrência de um erro, discutido o acontecimento e estabelecida a ligação entre o erro e o seu efeito, de forma que seja perceptível para o doente”. Sorensen et al.<sup>22</sup> referem ainda que “a comunicação aberta é de facto a formalização do processo entre clínicos e doentes, e deveria ser a base de toda a comunicação, independentemente de se referir ou não a um incidente adverso”<sup>23</sup>, p. 760.

A maioria dos autores considera esta informação como uma “boa prática” e em vários questionários a clínicos a percentagem daqueles que têm intenção de comunicar um incidente é elevada, contrastando com o pequeno número daqueles que têm experiência real de o fazer<sup>18,22,24,25</sup>.

Os doentes que foram vítimas de um incidente adverso e os seus familiares esperam uma informação explícita de como o incidente aconteceu, como será prevenido no futuro e um

pedido de desculpas. Para a grande maioria dos doentes, as medidas que vão tomar após um incidente (decisão positiva ou negativa de litígio) estão directamente relacionadas com a forma como a informação lhes foi transmitida nos dias imediatos à sua ocorrência<sup>12,16,22,26</sup>.

Algumas das barreiras e vantagens sentidas pelos profissionais e doentes na revelação de eventos adversos e referidas na literatura estão resumidas na tabela 1<sup>12,18,24,26,27</sup>.

O “Consensus Statement of the Harvard Hospitals: Responding to Adverse Events” publicado em Março de 2006, é um excelente guia para todo o processo de informação ao doente relativamente a um evento adverso, percorrendo de forma prática e objectiva as questões fundamentais de quais os incidentes a ser revelados, por quem, quando e como. Sugere a necessidade de apoio para a vítima do incidente (cuidados de saúde gratuitos) mas também de uma estrutura dinâmica de apoio aos profissionais envolvidos (“emotional first aid”). Várias instituições de saúde nas quais uma política de comunicação aberta é incentivada verificaram, paradoxalmente, uma diminuição do número de reclamações e processos litigiosos<sup>1,24,28</sup>.

No CHLC, a afirmação da centralidade do doente é estatutária e o compromisso com a comunicação aberta dos eventos adversos está expresso na política de segurança do doente. A concretização destes objectivos iniciou-se pelo vasto programa de formação e treino em risco e segurança dos doentes, actualmente em vigor.

O encontro face a face com um doente vítima de um evento adverso revela muitas vezes o distanciamento que se criou entre o clínico e o doente. Esta distância foi alargada pelos imperativos da eficiência, da subspecialização e da tecnologia, que tornam muitas vezes o doente e o médico personalidades mutuamente anónimas dentro do hospital.

O retomar da relação passa pelo compromisso institucional e das equipas de saúde com a abertura em comunicar as falhas nos cuidados e também pela reformulação de uma educação médica mais centrada na qualidade, responsabilidade e personalização da relação médico — doente.

## Segurança do doente no plano de formação profissional

A necessidade de melhorar a segurança do doente nos sistemas de saúde tem sido progressivamente aceite como um valor central na prestação de cuidados. A abordagem concreta do erro médico, da sua detecção e das suas consequências não entrou ainda com o mesmo vigor nos currículos médicos pré e pós graduados, nem na generalidade dos planos de formação em serviço<sup>29</sup>.

A avaliação que acompanha os vários passos da educação médica inspecciona essencialmente conhecimentos e alguma capacidade de aplicação desses conhecimentos.

Embora a segurança do doente como disciplina envolva uma base de conhecimentos, muito do que é pretendido tem a ver com aptidões e comportamentos tais como comunicação, liderança, trabalho de equipa e profissionalismo<sup>16,17</sup>. Estas habilitações são mais difíceis de avaliar e quantificar, sobretudo se o objectivo for uma avaliação “ao vivo” na prática clínica quotidiana.

Nestas circunstâncias, torna-se mais óbvia a complexidade e a dinâmica das equipas de saúde e das organizações, onde os padrões de erro e de capacidade de recuperar o erro variam com a rotação dos profissionais; onde é mais evidente a interdependência dos profissionais e a dependência generalizada da boa actuação da tecnologia e onde a cultura da perfeição ou da temeridade individualista podem criar múltiplas oportunidades de erro e de lesão<sup>16,17,29</sup>.

O risco de acumular experiência e saber apenas no contacto (por vezes doloroso) com situações reais, pode ser ultrapassado pelo uso da simulação como meio de treino e de avaliação de habilitações médicas. A aprendizagem pode decorrer de forma mais segura, mais rápida e mais adaptada ao trabalho de equipa e à necessidade de repetição de tarefas complexas.

No CHLC o erro médico é já um dos temas obrigatórios na formação teórica pré graduada (pediatria, 5º ano) e pós graduada (programa de integração de novos internos). O plano anual de formação em serviço proposto pelo Centro de Formação a todos

**Tabela 1 - Benefícios e Riscos expressos ao revelar incidentes adversos**

	Barreiras e Riscos	Benefícios
<b>Profissionais de saúde</b>	Medo de litígio Falta de coragem Incerteza sobre conteúdo da entrevista Falta de treino Medo de preocupar o doente Medo do que o doente possa dizer Perda de prestígio / status Isolamento, falta de apoio Pressão silenciadora da Instituição	Alívio Retoma da relação e da confiança com o doente Feedback do doente sobre os cuidados Diminuição da possibilidade de lesão para outros Transparência Detecção de falhas no sistema
<b>Doentes</b>	Medo de retribuição negativa dos profissionais e da instituição Sentimento de culpa dos familiares Canais de comunicação difíceis Medo de ser abandonado nos cuidados Difícil percepção do erro Medo de ofender os clínicos Culpa diluída no sistema	Tratamento adicional Compensação financeira Menor ansiedade relativa a sintomas inexplicados Maior confiança nos profissionais Percepção de ser respeitado por parte dos profissionais Contribuição para a prevenção e análise do incidente

os profissionais interessados inclui cursos em avaliação do risco, auditoria, segurança do doente e erros de medicação.

## Conclusões

Todo o movimento criado em torno da melhoria da segurança do doente nos serviços de saúde começa a ter sentido no momento em que sai dos programas ministeriais, dos parágrafos estatutários dos centros hospitalares, dos organigramas dos gestores e até das bases de dados dos responsáveis do risco, e se constitui como uma mudança para o doente, numa determinada cama de um hospital.

Paradoxalmente, o primeiro passo é tornar o erro com potencial para causar dano no doente mais visível para os profissionais e eventualmente para os próprios doentes. A monitorização sistemática do erro e das barreiras que protegem os doentes é o pilar de qualquer sistema de cuidados de saúde que se pretende seguro. A segurança começa à cabeceira do doente.

Nenhuma das ferramentas criadas e adaptadas para esta finalidade (relatos de incidentes, auditorias, "care bundles", listas, revisão de processos, "triggers") deve ser considerada como supérflua e dispensável na prática clínica. O objectivo da prática clínica é exactamente beneficiar o doente e evitar qualquer lesão decorrente dos cuidados.

Para muitos profissionais esta é a forma habitual de trabalhar. Mesmo nestes casos, o sistema pode ser hostil e criar situações de risco. A mudança permanente das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação de profissionais, novas tecnologias) pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional.

A promoção da segurança do doente não pode por isso ser uma actividade paralela do Gabinete de Risco do hospital mas sim a base de trabalho para toda a prática clínica.

## Conflito de interesse

A autora declara não haver conflito de interesse.

## BIBLIOGRAFIA

- Berwick D. Errors today and errors tomorrow. *N Engl J Med*. 2003;348:25.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- WHO. World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva: World Health Organisation, 2005.
- Battles JB, Stevens DP. Adverse event reporting systems and safer healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:2.
- National Patient Safety Agency. Learning from reporting: improving the quality of data. [Internet]. National Reporting and Learning System. Quarterly Data Summary. 14 (Nov 2009) 9-10. [Cited 2010 Aug]. Available from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=65329>.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess*. 2005;9:1-158.
- Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:242-3.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517.
- Benn J, Koutantji M, Wallace L, et al. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:11-21.
- Berwick D. The science of improvement. *JAMA*. 2008;299:1182-4.
- Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care*. 2006;21:305-15.
- Boyle D, O'Connell D, Platt FW, Albert RK. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34:1532-7.
- Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clin Risk*. 2004;10:211-20.
- Brock WA, Nolan KM, Nolan TW. Pragmatic science: accelerating the improvement of critical care. *New Horizons*. 1998;6:61-8.
- Plsek PE. Quality improvement methods in clinical medicine. *Pediatrics*. 1999;103:203-14.
- Berwick D. Broadening the view of evidence-based medicine. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:315-6.
- Galbraith RM, Holtman MC, Clyman SG. Use of assessment to reinforce patient safety as a habit. *Qual Saf Health Care*. 2006;15 Suppl. I:i30-3.
- Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med*. 2006;166:1585-93.
- Plsek PE. Systematic design of healthcare processes. *Qual Health Care*. 1997;6:40-8.
- Chiozza ML, Ponzetti C. FMEA: a model for reducing medical errors. *Clin Chim Acta*. 2009;404:75-8.
- Vincent C, Benn J, Hanna JB. High reliability in health care: examples from other industries should be informative, not prescriptive. *BMJ*. 2010;340. doi: 10.1136/bmj.c84.
- Sorensen R, Iedema R, Piper D, et al. Health care professionals views of implementing a policy of open disclosure of errors. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13:227-32.
- Fein SP, Hilborne LH, Spiritus EM, et al. The many faces of error disclosure: a common set of elements and a definition. [Internet]. *Soc Gen Intern Med*. 2007;22:755-61. [Cited 2010 Aug]. Available from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219850/pdf/11606\\_2007\\_Article\\_157.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219850/pdf/11606_2007_Article_157.pdf).
- Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RM, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a National Survey. *Health Affairs*. 2003;22:73-83.
- Mcintyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ*. 1983;287:1919-23.
- Lazare A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. *JAMA*. 2006;296:1401-4.
- Powell SK. When things go wrong: responding to adverse events: a consensus statement of the Harvard hospitals. *Lippincott's Case Management*. 2006;11:193-94.
- Berwick D. What 'Patient-Centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs*. 2009;28:w555-65.
- Wilcock P. Putting improvement at the heart of health care: medical students need to learn continuous quality improvement skills as core skills. *BMJ*. 2002;325:670.