



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Investigação em Segurança do Paciente/Doente Curso Introdutório

Sessão 4

Compreender as Causas

- Walter Mendes, médico, MPH, PhD
- Professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Ensp/Fiocruz/MS e Membro do Portal Proqualis, Icict/Fiocruz/MS



Sessão traduzida e adaptada da original em inglês, elaborada pelo Prof. Albert Wu.

Introdução

Medir o que está errado no cuidado de saúde inclui a contagem de quantos pacientes/doentes sofrem dano ou morrem a cada ano e de tipos de Eventos Adversos (EA).

Uma vez medidos a frequência e os tipos de EA, o próximo passo é a **compreensão das causas** que levam ao dano ao paciente/doente.

Nesta sessão, nós vamos explicar diversos **métodos** com exemplos práticos.



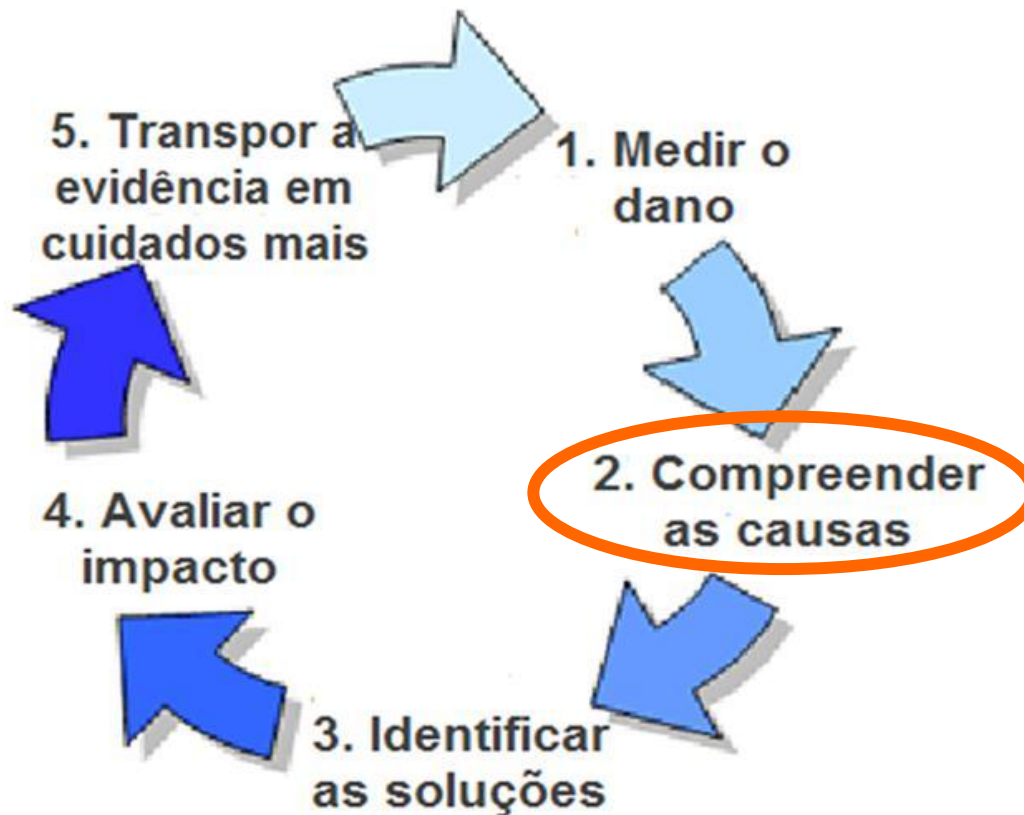
World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Componentes



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Perguntas da Sessão 4

1. Inquéritos com profissionais de saúde podem ser úteis na compreensão das causas de eventos adversos porque:

- a. Pode-se utilizar questões fechadas (itens padronizados) e questões abertas
- b. Podem captar o ponto de vista ou conhecimento dos profissionais da ponta
- c. Podem ser utilizados em países em desenvolvimento e em economias de transição
- d. Todas as respostas anteriores

2. Qual dos seguintes métodos de coleta/recolha de dados NÃO é um auto-relato?

- a. Questionários preenchidos on-line
- b. Revisão de prontuários/processos clínicos
- a. Entrevistas
- b. Grupos focais



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Perguntas da Sessão 4

3. Que afirmativa sobre a análise de reclamações de má prática é FALSA?

- a. Análise de reclamações de má prática pode ser boa para identificar erros latentes
- b. Dados de reclamações de má prática são muito representativos dos problemas no cuidado de saúde
- c. Reclamações de má prática não têm um formato padronizado
- d. Reclamações de má prática fornecem dados de múltiplas perspectivas

4. Qual dos seguintes métodos pode ser útil no estudo das causas de eventos adversos?

- a. Inquéritos com profissionais de saúde
- b. Relato de incidentes
- c. Estudos de Coorte
- d. Todos os acima



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Perguntas da Sessão 4

5. Sistemas de notificação de incidentes são:

- a. Bons para identificar erros latentes
- b. O melhor método para compreender as causas de um evento adverso
- c. Também são chamados de Sistema de Notificação e Aprendizagem
- d. a. e c.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Caso Clínico

Paciente/doente em pós-operatório

Alérgico à penicilina

Prescrito o antibiótico ticarcilina

Quando administrado o medicamento, o paciente/doente teve uma reação anafilática seguida de parada cardíaca

Ticarcilina - contra-indicado para pacientes com história de reações de hipersensibilidade a antibióticos β lactâmicos (ex: penicilinas e cefalosporinas)



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Médico prescreveu uma
medicação à qual o
paciente/doente é alérgico

Aparelho de fax para solicitar medicação
estava quebrado

Paciente/doente
morreu

Dimensionamento
inadequado da
enfermagem na UTI

Sistema de tubo
pneumático
estava quebrado

Enfermeira utilizou a
medicação
de outro paciente/doente



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



O que poderia ter evitado a morte?

Boa anamnese

Conhecimento farmacológico

Avaliação inicial de enfermagem

Análise da prescrição pelo farmacêutico

Capacitação técnicas de suporte à vida

Isso é o sistema!!!!



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Vincent (2003) (Fatores contribuintes)



World Health
Organization

A ... Care

ePORTUGUÊSe



Métodos básicos de coleta/recolha de dados

1. Observação
2. Entrevistas e questionários
3. Revisão de documentos (fontes)
 - Prontuários/processos clínicos
 - Outras fontes (farmácia, laboratório)
 - Relatórios de necropsias e da comissão de óbitos



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Abordagens para medir erros e EA e compreender suas causas

Prospectiva

- Observação direta do cuidado aos pacientes/doentes
- Estudo de coorte
- Vigilância

Retrospectiva

- Revisão de prontuários/processos clínicos (em papel ou eletrônico)
- Análise de reclamações à administração
- Análise de reclamações de má prática (jurídico)
- Reuniões de Morbidade e Mortalidade/ Necropsia
- Sistemas de notificação de incidentes



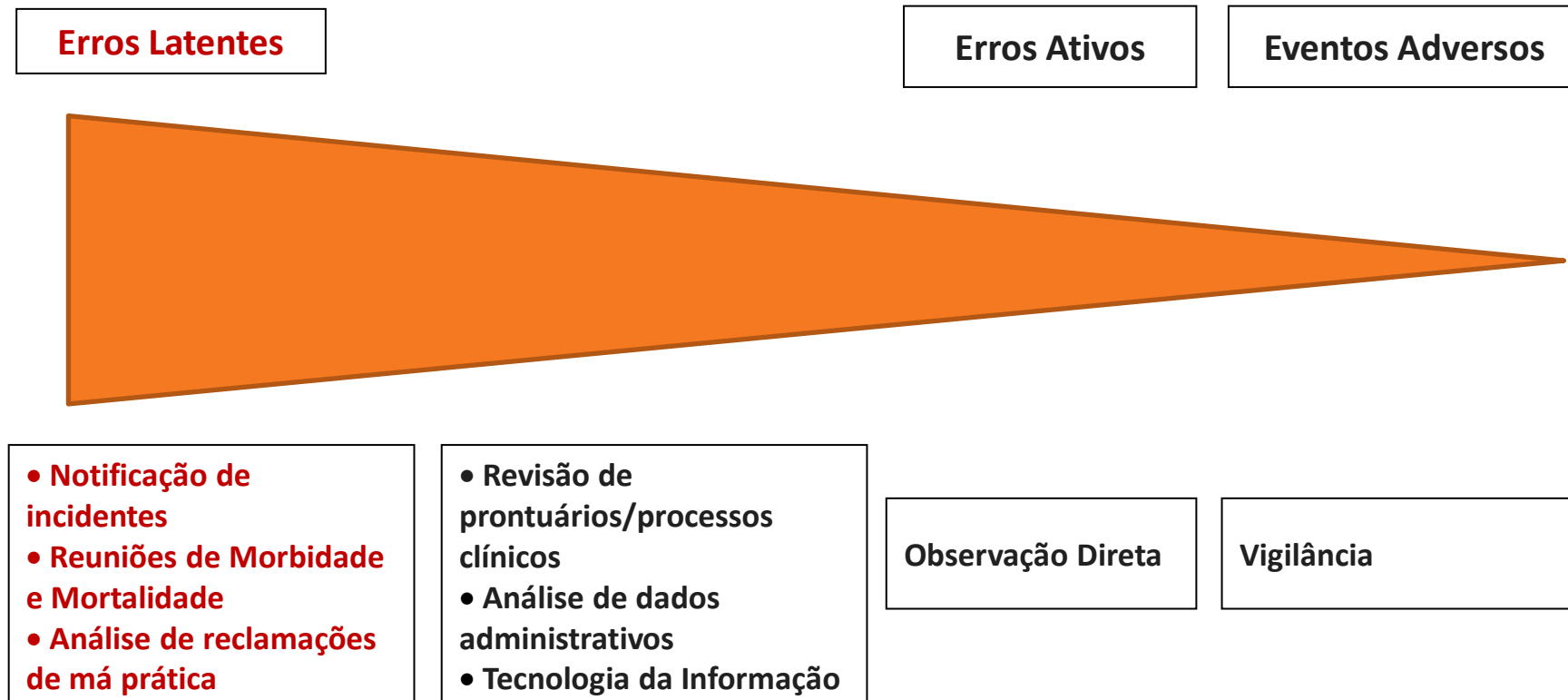
**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Utilidade relativa das abordagens para medir erros e EA e compreender suas causas



Thomas & Petersen, JGIM 2003



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Reuniões de Morbidade e Mortalidade - Análise de óbitos

Análise de Causa Raiz

Adequados para avaliação de eventos específicos para detecção de erros latentes.

Múltiplas informações.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Análise de Causa Raiz

O que aconteceu?

Por que isso aconteceu?

Quais são os fatores mais proximais?

Como evitar que isso aconteça de novo?

Como você vai saber que está mais seguro?



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Investigação - Exemplos

Serão apresentados nesta seção

Inquérito com médicos (Wu et al., 1991)

Análise de reclamações por má prática (Gandhi et al., 2006)

Sistemas de Notificação & Aprendizado (John Hopkins Hospital)

Recomendação de leitura

Estudo de coorte (Cullen et al., 1997)

Associação entre relação enfermeiro-paciente e mortalidade cirúrgica (Aiken et al., 2002)



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Inquérito com Profissionais de Saúde

Vantagens

Adequado para identificar erros latentes;
Dados de outra forma indisponíveis;
Sabedoria coletiva;
Possibilidade de ser abrangente.

Desvantagens

“Viés retrospectivo” (*Hindsight bias*)
(mau resultado = mau cuidado);
Depende de uma alta taxa de resposta.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Tipos de Perguntas

Fechada ou estruturada (itens padronizados e escalas);

Aberta;

Semi-estruturada.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA, 1991, 265:2089-2094.

[Link para o Resumo \(HTML\)](#)

Do house officers learn from their mistakes?

[Wu AW](#), [Folkman S](#), [McPhee SJ](#), [Lo B](#).

Department of Veterans Affairs, University of California, San Francisco.

Mistakes are inevitable in medicine. To learn how medical mistakes relate to subsequent changes in practice, we surveyed 254 internal medicine house officers. One hundred fourteen house officers (45%) completed an anonymous questionnaire describing their most significant mistake and their response to it. Mistakes included errors in diagnosis (33%), prescribing (25%), evaluation (21%), and communication (5%) and procedural complications (11%). Patients had serious adverse outcomes in 90% of the cases, including death in 31% of cases. Only 54% of house officers discussed the mistake with their attending physicians, and only 24% told the patients or families. House officers who accepted responsibility for the mistake and discussed it were more likely to report constructive changes in practice. Residents were less likely to make constructive changes if they attributed the mistake to job overload. They were more likely to report defensive changes if they felt the institution was judgmental. Decreasing the work load and closer supervision may help prevent mistakes. To promote learning, faculty should encourage house officers to accept responsibility and to discuss their mistakes.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Método: Desenho do Estudo

Desenho: estudo transversal

- Questionário confidencial, respondido por médicos, utilizando questões abertas e com itens pré-definidos.
- Procedimentos: questionário via correio - Não havendo resposta, dois lembretes eram enviados.
- Desenho foi escolhido para permitir respostas detalhadas e testar hipóteses.

Outros métodos de coleta/recolha de dados auto-administrados que poderiam ter sido usados:

- Entrevistas semi-estruturadas e livres;
- Discussões em pequenos grupos;
- Grupos focais.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Método: População e Local

Local: 3 grandes centros médicos acadêmicos

População: residentes/internos de programas de medicina interna

- De todos os residentes/internos contatados, 114 (45%) responderam.
- **Todos** os respondentes relataram um engano ou erro.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Método: Coleta/Recolha de Dados (1/2)

O questionário incluía:

- Questões fechadas utilizando escalas de classificação.
- Escalas validadas do instrumento “Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos” (*Ways of Coping Questionnaire*).

Questionário foi distribuído a um universo de residentes/internos de 3 centros acadêmicos

- Pacote incluía caneta e envelope endereçado pré-pago para devolução.
- Cartão de resposta incluía uma seção para indicar que o questionário foi devolvido ou que o receptor não desejaria ser incomodado com contatos futuros.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Método: Coleta/Recolha de Dados (2/2)

Questões centrais do questionário:

- Médicos residentes/internos cometem erros durante a assistência aos pacientes/doentes?
- Que fatores contribuem para tais incidentes?
- A quem eles reportam tais incidentes?
- Como lidam com estas ocorrências?
- Há mudanças em sua prática em consequência aos erros?



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Resultados (1/2)

Resultados adversos em 90% dos casos:

- desconforto físico (32%);
- estresse emocional (27%);
- terapia adicional (25%);
- procedimento adicional (13%);
- prolongamento da internação (24%);
- morte em 31%.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Resultados (2/2)

Reações dos residentes/internos ao engano ou erro:

- Remorso
- Medo e/ou raiva
- Culpa
- Isolamento
- Sentimentos de inadequação

54% haviam discutido o engano ou erro com um médico supervisor.

Apenas 24% haviam contado para o paciente/doente ou família.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Mudanças na Prática

Mudanças construtivas na prática médica foram mais prováveis em residentes/internos que assumiram a responsabilidade e discutiram o engano ou erro.

Mudanças construtivas na prática médica foram menos prováveis quando atribuíram o engano ou erro à sobrecarga de trabalho.

Mudanças defensivas na prática médica foram mais prováveis se o residente/interno se sentia sob o julgamento institucional.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Conclusões

Médicos em treinamento frequentemente vivenciam enganos ou erros que causam dano ao paciente/doente.

Médicos supervisores e pacientes/doentes com frequência não são comunicados dos enganos ou erros.

Sobrecarga de trabalho e atitudes julgadoras por parte dos hospitais desencorajam o aprendizado.

Educadores deveriam estimular os residentes/internos a aceitar a responsabilidade sobre os seus erros e discutí-los.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Lições e Recomendações dos Autores

Esse tipo de estudo poderia ser replicado em países em desenvolvimento e nos países em transição econômica para descobrir achados relevantes relacionados ao cenário e à cultura locais.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Análise de reclamações de má prática

Vantagens

Adequado para identificar erros latentes;
Múltiplas perspectivas (pacientes/doentes, prestadores, advogados).

Desvantagens

“Viés retrospectivo” (*Hindsight bias*);
Viés do relato (*Reporting bias*);
Fonte de dados não-padronizada.



World Health
Organization

Patient Safety

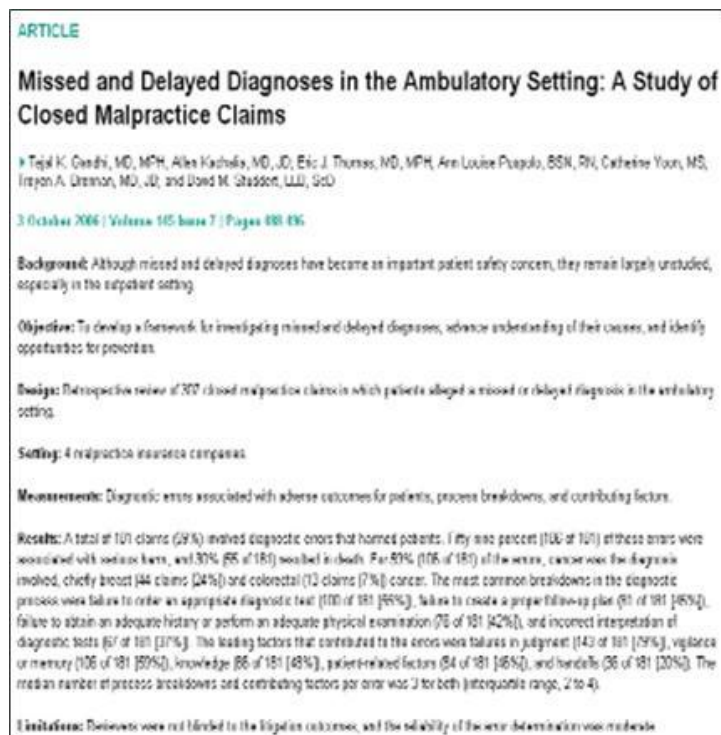
A World Alliance for Safer Health Care



Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med*. 2006;145:488-496.

[Link para o Resumo \(HTML\)](#)

[Link para o texto Completo \(PDF\)](#)



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Objetivos e Desenho do Estudo

Objetivos:

- Desenvolver um referencial para investigação de falhas e atrasos no diagnóstico no cuidado ambulatorial;
- Avançar na compreensão de suas causas;
- Identificar oportunidades de prevenção.

Desenho: análise retrospectiva das reclamações de má prática

Revisão retrospectiva de reclamações de má prática em que os pacientes/doentes alegaram falha ou atraso no diagnóstico durante cuidados ambulatoriais.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Método: População de Estudo e Local

Local:

- Dados de má prática profissional obtidos de 4 companhias de seguro sediadas nos EUA.
- Juntas estas companhias asseguram ~ 21.000 médicos, 46 hospitais, 390 ambulatórios.

População:

- Dados extraídos de uma amostra aleatória do arquivo de reclamações das seguradoras (1984 e 2004).
- 429 reclamações alegando dano decorrente de falha ou atraso no diagnóstico.
- 307 reclamações envolvendo o cuidado ambulatorial foram selecionadas para análise posterior.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Método: Coleta/Recolha de Dados (1/3)

Médicos-investigadores treinaram revisores no conteúdo dos processos de reclamações, uso de instrumentos de investigação, confidencialidade.

- Revisores utilizaram manuais detalhados.
- Formulários com escalas foram desenvolvidos para extrair os dados.

Para todas as reclamações, a **equipe da seguradora** registrava detalhes administrativos do caso e os revisores clínicos registravam detalhes dos EA que o paciente/doente sofreu.

Método: Coleta/Recolha de Dados (2/3)

Passo 1: revisores avaliaram a gravidade e as possíveis causas do EA

- Pontuaram o resultado adverso em uma escala de gravidade de 9 pontos indo desde abalo emocional apenas (1) até morte (9).
- Consideraram o papel de uma série de fatores contribuintes (cognitivo, do sistema ou causas relacionadas ao paciente).

Passo 2: revisores julgaram se o EA era decorrente do erro de diagnóstico

- Usaram uma escala de 6 pontos, variando de “Praticamente nenhuma evidência” (1) até “Evidência praticamente certa ” (6).
- Reclamações com 4 pontos ou mais, “Evidência provável, pouco mais do que 50%”, foram classificadas como tendo um erro.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Método: Coleta/Recolha de Dados (3/3)

Passo 3: Para o subgrupo das reclamações julgadas como envolvendo erro, revisores consideraram uma sequência definida de passos diagnósticos

- Por exemplo: história e exame físico, solicitação de exames, elaboração de um plano de acompanhamento.
- Revisores avaliaram o grau de certeza de que uma falha no processo ocorreu em uma escala de Likert de 5 pontos, variando de altamente improvável (1) até altamente provável (5).



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Resultados (1/2)

59% de todas as reclamações ambulatoriais (181 de 307) foram julgadas como envolvendo erros diagnósticos que levaram a ocorrência de EA.

- 59% (106 de 181) destes erros estavam associados a danos graves;
- 30% (55 de 181) resultaram em morte;
- Em 59% (106 de 181) dos erros, câncer era o diagnóstico.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Resultados (2/2)

Falhas mais frequentes no processo de diagnóstico:

- Falha em solicitar o exame diagnóstico adequado - 55%;
- Falha em elaborar um plano de acompanhamento apropriado - 45%;
- Falha em obter uma história adequada ou realizar um exame físico adequado - 42%;
- Interpretação incorreta dos exames diagnósticos - 37%.

A mediana de falhas no processo foi de 3 por erro.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Fatores Contribuintes para a Ocorrência de Erros

Fatores contribuintes mais frequentes:

- Falhas no julgamento - 79%
- Falha de atenção ou memória - 59%
- Falta de conhecimento - 48%
- Fatores relacionados ao paciente - 46%
- *Handoffs* (transferência de responsabilidade) - 20%

A mediana de fatores contribuintes foi de 3 por erro.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Principais Conclusões

Erros diagnósticos que causam dano ao paciente/doente e levam a reclamações de má prática são tipicamente resultados de múltiplas falhas, envolvendo fatores individuais e sistêmicos.

A consciência acerca dos tipos de falhas e dos fatores mais frequentes poderia ajudar nos esforços para identificar e evitar erros diagnósticos.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Lições e Recomendações dos Autores

Se algo pudesse ter sido feito diferente...

“Nossos instrumentos eram muito longos e nós coletamos uma ampla gama de informações que nunca foram usadas. Nós poderíamos ter sido mais focados no que extrair dos processos de reclamações e consequentemente mais eficientes nas revisões.”

Pesquisa é viável em países em desenvolvimento?

“Isso vai depender (1) se esses países têm uma grande quantidade de informações médico-legais sobre erros médicos reunidos em um único lugar, como uma seguradora ou um escritório para reclamações sobre o cuidado de saúde; e (2) qual é a qualidade e o detalhamento desses dados.”



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



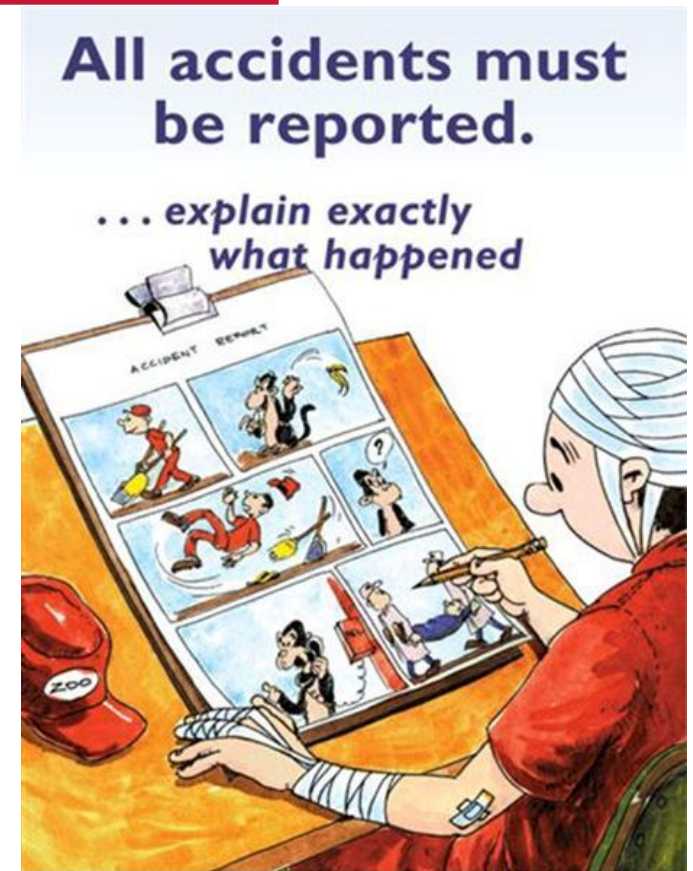
Sistema de Notificação e Aprendizagem

Vantagens

Adequado para detectar erros latentes;
Múltiplas perspectivas ao longo do tempo;
Procedimento padronizado.

Desvantagens

Viés do relato (*Reporting bias*);
“Viés retrospectivo” (*Hindsight bias*).
Viés de informação



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Johns Hopkins Medicine Departments & Organizations



INSIDE HOPKINS MEDICINE

Departments & Organizations News & Events INTRANET HOME

IT@Hopkins - Public Workstation Resource Center

FAQ / Guide

Problems

Suggestions

Search

Public Quick Clicks

- ▶ [GroupWise Web Access](#)
- ▶ [JHEM \(Enterprise Messaging\)](#)
- ▶ [JHED \(Enterprise Directory\)](#)
- ▶ [Micromedex](#)
- ▶ [Pathology - Lab Web](#)
- ▶ [JHMI Pager Box](#)
- ▶ [AmiOn](#)

PUBLIC Workstation News

4/26/04 - The XP Public Workstation migration update

Internal Links (Within Hopkins Network)

- [Inside Hopkins Medicine](#)
- ± [JHH Department of Nursing](#)
- ± [WelchWeb/MyWelch/Ask-a-Librarian](#)
- ± [JHH Department of Surgery](#)
- [Johns Hopkins Antibiotic Guide](#)
- [Johns Hopkins Department Of Medicine](#)
- ± [JHU Department of Pediatrics](#)
- [Internal Medicine Ambulatory Curriculum](#)
- ± [JHMI Pathology](#)
- [Johns Hopkins School Of Medicine Medical Curriculum](#)
- ± [JH Medicine Center for Information Systems \(JHMCIS\)](#)
- [Report a Medication Event](#)
- [PSN-Report an Event or Service Concern](#)

TOP STORY

Broadway Research Building Celebration
Please mark the afternoon of Tuesday, May 25, as a time for the Johns Hopkins Medicine family to celebrate the completion of the Research Building on Broadway. Several events have been planned for faculty, students and staff, as well as other invite guests who have helped to plan, design & construct this wonderful new facility. [More](#)

Garage Spring Cleaning
Please note the dates when the following Baltimore parking facilities will be closed

Done

Internet



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



The Johns Hopkins Hospital
Confidential
For Peer Review Only
Medication Event Data Collection Form

Your First Name 	Your Last Name 	Pt Location / Unit Inpatient: Outpatient:
Patient's First Name 	Patient's Last Name 	HxNo (DO NOT INCLUDE HYPHENS)
Date of Event 06-07-2004 MM-DD-YYYY	Time of Event (Military) HHMM	Service:
Drug(s) Involved in Event; Maximum of (3) Three; One per line; Use generic name when possible		
Drug 1.)		
Drug 2.)		
Drug 3.)		
SOURCE OF EVENT (Select as many as appropriate)		
PRESCRIBING	DISPENSING	DRUG ADMINISTRATION



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



SOURCE OF EVENT (Select as many as appropriate)

PRESCRIBING

- ☐ Wrong drug ordered
- ☐ Wrong frequency ordered
- ☐ Potential over dose
- ☐ Potential under dose
- ☐ Wrong route ordered
- ☐ Illegible order
- ☐ Incomplete order
- ☐ Order written on wrong patient
- ☐ Drug ordered for pt with documented allergy & no justification
- ☐ No mg/kg calculation
- ☐ No allergy information on admission order
- ☐ Duplicate therapy
- ☐ Other

JHH Prescriber I.D. (enter Z0000 if not known)

DISPENSING

- ☐ Wrong drug dispensed
- ☐ Wrong dose dispensed
- ☐ Wrong dosage form dispensed
- ☐ Wrong concentration dispensed
- ☐ Expired drug dispensed
- ☐ Labeled in pharmacy incorrectly
- ☐ Missing Dose
- ☐ Other

MEDICATION ADMIN. RECORD

Manual MAR

- ☐ Transcription Discrepancy

Computer Generated MAR

- ☐ Duplicate drug
- ☐ Omitted drug
- ☐ MAR D/C'ed without order
- ☐ Other

DRUG ADMINISTRATION

Dose Omitted:

- ☐ Order not flagged
- ☐ Nurse missed order
- ☐ Patient unavailable
- ☐ Drug not available
- ☐ Wrong drug given
- ☐ Wrong dose/IV rate given
- ☐ Wrong route used
- ☐ Wrong dosage form given
- ☐ Wrong time
- ☐ Wrong patient
- ☐ Duplicate dose given
- ☐ Expired drug given
- ☐ Mixed/measured/prepared incorrectly on nurse unit
- ☐ Other

Drug Administration Device:

- ☐ incorrectly adjusted
- ☐ malfunctioned
- ☐ Other

☐ Other

☐ incorrectly adjusted

☐ malfunctioned

☐ Other

CLINICAL OUTCOME: (CHOOSE HIGHEST APPROPRIATE LEVEL)

0. ☐ Event **did not** reach patient.
1. ☐ Event reached patient; No treatment or increased monitoring necessary.
2. ☐ Event reached patient; Increased monitoring required.
3. ☐ Event reached patient; Unplanned treatment or increase in hospital stay (probable or actual) required.
4. ☐ Event reached patient; Life-threatening event or serious morbidity or death occurred; Event may have contributed;
Contact the JHH Legal Hotline x5-7949

NEAR MISS: A potential or actual medication error that did not harm the patient (level 0, 1, or 2) but would **likely** cause **significant** harm if it occurs again.

☐ ←Click here if event is a Near Miss.

Comments (include MD notification for administration errors)

Submit Event

Clear Event

Considerações Finais

Métodos diferentes para compreender as causas de erros e eventos adversos possuem forças e fraquezas distintas.

- Entrevista/inquérito com profissionais
- Análise de reclamações por má prática
- Sistemas de notificação & Aprendizado
- Observação direta
- Estudos de coorte

Abordagens mistas podem melhorar a compreensão.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Referências

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 2002; 288:1987-1993.
- Berenholtz SM, Hartsell TL, Pronovost PJ. Learning from defects to enhance morbidity and mortality conferences. Am J Med Qual. 2009;24(3):192-5.
- Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med, 1997, 25:1289-1297.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med 2003;348:1051-1056.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technology Assessment 2005; Vol 9: number 19.
- Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. Ann Intern Med. 2006;145:488-496.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA, 1991, 265:2089-2094.



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Perguntas da Sessão 4

1. Inquéritos com profissionais de saúde podem ser úteis na compreensão das causas de eventos adversos porque:
 - a. Pode-se utilizar questões fechadas (itens padronizados) e questões abertas
 - b. Podem captar o ponto de vista ou conhecimento dos profissionais da ponta
 - c. Podem ser utilizados em países em desenvolvimento e em economias de transição
 - d. **Todas as respostas anteriores**
2. Qual dos seguintes métodos de coleta/recolha de dados **NÃO** é um auto-relato?
 - a. Questionários preenchidos on-line
 - b. **Revisão de prontuários/processos clínicos**
 - a. Entrevistas
 - b. Grupos focais



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Perguntas da Sessão 4

3. Que afirmativa sobre a análise de reclamações de má prática é FALSA?

- a. Análise de reclamações de má prática pode ser boa para identificar erros latentes
- b. Dados de reclamações de má prática são muito representativos dos problemas no cuidado de saúde**
- c. Reclamações de má prática não têm um formato padronizado
- d. Reclamações de má prática fornecem dados de múltiplas perspectivas

4. Qual dos seguintes métodos pode ser útil no estudo das causas de eventos adversos?

- a. Inquéritos com profissionais de saúde
- b. Relato de incidentes
- c. Estudos de Coorte
- d. Todos os acima**



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Perguntas da Sessão 4

5. Sistemas de notificação de incidentes são:

- a. Bons para identificar erros latentes
- b. O melhor método para compreender as causas de um evento adverso
- c. Também são chamados de Sistema de Notificação e Aprendizagem
- d. **a. e c.**



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



**Vamos comentar algumas questões
levantadas pelos que nos assistem**



**World Health
Organization**

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe





World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

ePORTUGUÊSe



Obrigado!