

## Torre de Babel

Walter Vieira Mendes Júnior<sup>1</sup>

1 - Doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Avaliador de serviços de saúde pela Joint Commission International / Consórcio Brasileiro de Acreditação.

Endereço para correspondência: wmendes@ensp.fiocruz.br

### Resumo

O trabalho focaliza o emprego de conceitos e traduções inadequados nas questões relacionadas à segurança do paciente, ressaltando que esta prática compromete o conhecimento sobre o tema. Apresenta as vantagens do uso universal da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, desenvolvida pela OMS, e discute alguns termos chave, como eventos adversos, incidentes, erros, violações, evento sentinela, e as repercussões dos conceitos utilizados para o monitoramento da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, para a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Eventos adversos. Qualidade na assistência à saúde. Segurança do paciente. Erro médico.

### Abstract

The work focuses on the use of inadequate concepts and translations on issues related to patient safety, noting that this practice impairs the knowledge on the subject. It is demonstrated the advantage of the universal use of the International Classification for Patient Safety, developed by WHO, and the paper also discusses some key terms, such as adverse events, incidents, errors, violations, sentinel event, and the repercussions of the concepts used for monitoring the quality of care and, consequently, the safety of the patient.

**Key words:** Adverse events. Quality in health care. Patient security. Medical error.

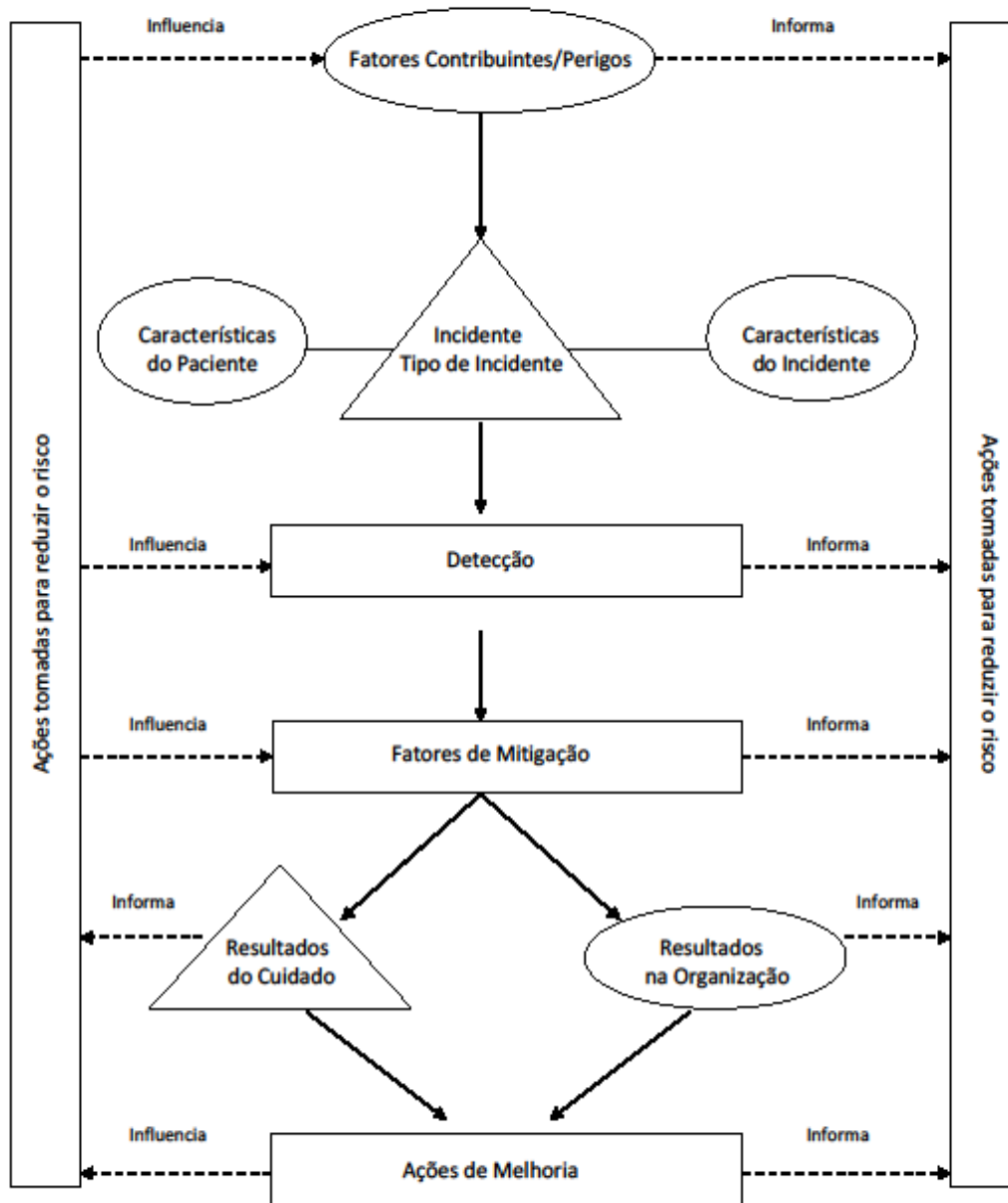
Segundo o Antigo Testamento uma torre foi construída na Babilônia pelos descendentes de Noé com o objetivo que o cume chegasse ao céu. Deus considerou esta atitude dos homens uma afronta e, para castigá-los, confundiu-lhes as línguas e os espalhou por toda a Terra. Esta torre passou a se chamar Torre de Babel.

O conhecimento no domínio da segurança do paciente tem sido comprometido em função do uso de conceitos e definições inadequados. Em diferentes pesquisas foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro e 14 definições para evento adverso (Ruciman et al, 2009). Existe, ainda, a dificuldade de transpor alguns termos ou palavras do inglês para o português como *medical error*, *near miss*, entre outros. É fácil compreender porque essa situação tem sido comparada a uma "Torre de Babel".

A 55ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou uma resolução que apelava aos Estados Membros que “prestassem mais atenção ao problema da segurança do paciente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados.” A Assembleia instou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a desenvolver normas e padrões globais e a apoiar os esforços dos Estados Membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente. Em outubro de 2004, a OMS lançou a *World Alliance for Patient Safety*, um projeto para desenvolver uma classificação internacional para a segurança do doente (WHO, 2009).

A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente foi desenvolvida pela OMS para facilitar a comparação, medição, análise e interpretação de informações para melhorar o cuidado do paciente (PROQUALIS, 2012). A estrutura conceitual apresentada no quadro 1 procura fornecer uma compreensão do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação do risco, a prevenção, a detecção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema (WHO, 2009).

**Quadro 1 - A Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente**



Fonte: Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS.

## **O Evento Adverso**

Segurança do paciente é um conceito que surge em função dos avanços tecnológicos na saúde. A medicina era simples, pouco efetiva e relativamente segura. Agora ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa (CHANTLER, 1999). Esta frase do pediatra inglês Cyrill Chantler resume bem as mudanças pelas quais os serviços de saúde vêm passando.

Segurança do paciente faz parte das dimensões da qualidade em saúde. Uma forma de conceituar a qualidade em saúde é através do entendimento das suas dimensões. Desde a publicação dos textos de Avedis Donabedian, uma das maiores autoridades no estudo da qualidade dos cuidados de saúde da segunda metade do Século XX, vários autores discutem conceitualmente essas dimensões (DONABEDIAN, 1990). Pesquisadores brasileiros realizaram uma atualização procurando adaptar os conceitos das dimensões da qualidade para a língua portuguesa (VIACAVA, et al, 2012). As dimensões elencadas foram: efetividade; eficiência; acesso; aceitabilidade; continuidade; adequação; respeito aos direitos das pessoas; segurança do paciente. Equidade foi considerada como uma dimensão transversal.

Segurança do paciente, segundo a OMS, é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Nessa definição constata-se que existe um dano necessário. Um dano necessário seria, por exemplo, uma incisão cirúrgica para a realização de uma apendicectomia, que causa uma condição necessária para salvar uma vida. O dano desnecessário seria, por exemplo, uma fratura do braço em decorrência de uma queda do leito hospitalar.

A estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente da OMS traz uma palavra chave para compreender o tema - o incidente. Incidente é um evento (algo que acontece com ou envolve o paciente) ou uma circunstância (situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa), que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

Os incidentes podem ser:

- a) Uma circunstância notificável quando existe apenas um potencial dano. Considere como exemplo um desfibrilador que não está funcionando em uma sala de emergência;

- b) Um *near miss*, quando o incidente acontece e não atinge o paciente. Considere como exemplo uma bolsa de sangue que foi conectada no paciente errado e este incidente foi detectado antes da bolsa ter sido infundida;
- c) Um incidente sem dano, quando atinge o paciente, mas não causa dano. Considere como exemplo uma bolsa de sangue que foi conectada no paciente errado e nada acontece com o paciente, pois o sangue não era incompatível;
- d) Um incidente com dano (evento adverso) quando atinge o paciente e resulta em dano. Considere como exemplo, uma bolsa de sangue que foi conectada e infundida no paciente errado e o paciente morreu em função de uma reação hemolítica.

Além dos problemas conceituais, existem os problemas oriundos das traduções do inglês para o português. O termo *medical error*, que em vários contextos quer dizer erro do profissional de saúde é, não raro, traduzido como erro médico. O termo *near miss* é traduzido na maioria das vezes como quase erro, tradução que embute um erro conceitual, já o erro existiu e não se concretizou no paciente. Talvez a melhor tradução para *near miss* seja incidente que não atingiu o paciente.

A maioria dos estudos realizados utiliza a seguinte definição para eventos adversos: “dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado” (MENDES, 2005). São estudos que tem como objetivo medir a frequência dos eventos adversos e que utilizam como método a revisão retrospectiva de prontuários. A avaliação dos eventos adversos, nesses estudos, é realizada por médicos, que inicialmente julgam se o evento adverso existe ou não, e posteriormente se ele é evitável ou não.

O evento adverso não evitável não tem importância para a gestão clínica, para melhoria nos processos do cuidado, mas tem importância para as pesquisas básicas. Tomemos como exemplo o caso de um paciente que desenvolve uma complicação hemorrágica, após o uso de um quimioterápico. Mesmo que ele tenha sido alertado sobre os riscos e benefícios do tratamento e assinado de forma livre e consciente o consentimento informado para realização do procedimento, a hemorragia é considerada um evento adverso. Entretanto, essa complicação é considerada não evitável. Nesse caso hipotético o médico e a enfermeira que cuidaram desse paciente tinham a capacidade técnica necessária, todo arsenal terapêutico, materiais médico cirúrgico estavam disponíveis e a

estrutura do hospital estava adequada. Esse tipo de complicação só poderá ser evitado num futuro, a partir de avanços nas pesquisas farmacológicas.

*The Office of Technology Assessment* (OTA) do Congresso dos Estados Unidos da América conceitua qualidade em saúde como o grau em que os processos de cuidado aumentam a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduzem a probabilidade de resultados indesejados e destaca: dado o estado da arte disponível (OTA, 1988).

### **O Evento Adverso Evitável**

O evento adverso evitável representa o dano ao paciente, associado a um erro ou a uma violação. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais (WHO, 2009). Os erros são, por definição, não intencionais. As violações são intencionais e, embora raramente maliciosas, podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos (PROQUALIS, 2012).

O professor de psicologia da universidade de Manchester, James Reason, estudioso em erro em saúde, classifica os erros como latentes, quando originados por falhas no sistema (incidente por falta de leitos de cuidados intensivos para o correto tratamento de um paciente, por exemplo), ou ativos, quando são cometidos por um profissional que está em contato direto com os pacientes (REASON, 2000). Os erros podem ser resultado da ação, como no caso da administração de um medicamento errado ao paciente, ou da omissão, quando um medicamento necessário ao tratamento do paciente deixa de ser prescrito. Outro tipo de falha decorre de violações que diferentemente do erro, são intencionais, como o profissional que deixa de higienizar as mãos antes da realização de um procedimento no paciente.

Quando a definição proposta pela OMS para incidente incluiu o termo "dano desnecessário ao paciente", procurou eliminar o termo evitável, de modo que todo evento adverso seria evitável. Entretanto o uso do conceito de evento adverso evitável é mais antigo e tem um uso mais corriqueiro e presente na maioria dos estudos sobre o tema.

### **Outra definição para Evento Adverso**

O dano é o elemento comum entre a definição de evento adverso, presente nos estudos científicos e na definição da OMS. Não há evento adverso sem dano. Uma queda de

leito sem nenhum dano ao paciente, por exemplo, não é um evento adverso, por essas definições.

Encontra-se uma definição diferente no glossário do último manual "Padrão de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, 4.<sup>a</sup> edição" (CBA, 2010). Segundo esse manual, evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde. Pela definição da Joint Commission International (JCI) não há necessariamente uma vinculação de dano com evento adverso. Dessa forma, uma queda do leito é um evento adverso, independente se tenha causado ou não um dano.

Por outro lado, caso um erro tenha causado um evento que tenha levado ao óbito não seria um evento adverso, pois no mesmo manual há a definição de evento sentinela que é a ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função. Essas duas definições sugerem existir uma escala de gravidade sobre a consequência indesejável para o paciente - o evento adverso uma ocorrência mais branda e o evento sentinela ocorrência mais grave.

## **Conclusão**

A divulgação da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente pela OMS, através do relatório de 2009, é o início da discussão sobre a taxonomia no domínio da segurança do paciente. Esse relatório ressalta a importância da classificação:

"...pode ter um valor mais amplo para a segurança do doente: a) através da facilitação da descrição, comparação, medição, monitoramento, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados ao doente; b) através da categorização dos dados e informação da segurança do doente para que possa ser utilizada para epidemiologia e para fins de planejamento de políticas pelos profissionais de saúde, pesquisadores, responsáveis pelo desenvolvimento de sistemas de relato para a segurança do paciente, legisladores e grupos de defesa do doente ou consumidores; c) desenvolve um enquadramento para desenvolver um currículo para a segurança do paciente, pelo estabelecimento de um conjunto de elementos essenciais que descrevem o conhecimento atual no âmbito da segurança do paciente"(WHO, 2009).

Essa iniciativa da OMS é um passo importante para que o tema segurança do paciente deixe de estar associado a uma Torre de Babel.

## Referências bibliográficas

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, 353, p.1178–1181. 1999.

DONABEDIAN A. The seven pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**. Vol 114 (11), p.1115-8, nov. 1990.

MENDES W, TRAVASSOS C, MARTINS M, NORONHA JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, 8(4), p.393-406. 2005.

OTA – Office of Technology Assessment Hospital Mortality Rates. **Quality of Medical Care - Information for Consumers**, OTA -H-386. Congress of the United States: Office of Technology Assessment. Washington, EUA, 1988. p. 71-98.

PADRÕES de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

PROQUALIS. MARQUES, P. M. **Taxonomia** - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) disponível em slides em <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656>. Acesso em: 16 jul. 2012.

REASON, J. Human Error: Models and Management. **Brit Med J.**, 320; 768-770, mar. 2000.

RUCIMAN WB, HIBBERT P, THOMP R, VAN DER SCHAAF T, SHERMAN H, LEWALLE P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, 21(1), p.2-8, fev. 2009.

VIACAVA, F., UGÁ, M. A., PORTO, S., LAGUARDIA, J., & MOREIRA, R. S. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4), p. 921-34. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. January 2009, version 1,1.