



A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde

José I. G. Fragata*

RESUMO

Revê-se a história dos erros e acidentes na prestação dos Cuidados de Saúde, nomeadamente as conclusões do *Harvard Medical Practice Study* e da publicação 'To Err is Human', onde se concluiu que só nos EUA morriam por ano entre 44.000 e 98.000 doentes por erros evitáveis no Sistema de Saúde. Estes erros seriam predominantemente o resultado de erros de profissionais honestos e cumpridores operando em sistemas de desenho falto. Em termos gerais, estima-se que, em cada 100 internamentos hospitalares, 10 sejam evitados de um qualquer erro, erros que em 2/3 dos casos não provocam acidentes, em 1/3 causam danos ligeiros ou moderados e em cerca de 5% provocam danos irreversíveis. Mais de metade seria, contudo, evitável e ocorrerem em todas as áreas da actividade, nomeadamente a prescrição de medicamentos e os ambientes de alta tecnologia como os blocos operatórios e as unidades intensivas.

Revê-se a taxonomia dos erros e dos acidentes e analisam-se as suas causas determinantes, normalmente multifactoriais. Os mecanismos dos acidentes em Saúde englobam factores humanos e de equipa, factores organizacionais, factores de ambiente e o acaso. A complexidade das tarefas condiciona, igualmente a performance.

Como conseguir um sistema de saúde mais seguro? Certamente, colocando ênfase mais nos sistemas do que nas pessoas e redesenhando sistemas, de forma a torná-los "error proof", e investindo simultaneamente nos prestadores, nos processos de trabalho e nas organizações, mas também nos doentes e na sociedade. Em resumo, promovendo uma Cultura Organizacional de Segurança, centrada em equipas, ou seja, uma cultura "just" em que as pessoas não são punidas por cometer erros, só as violações de processo serão exemplarmente punidas, ainda uma cultura de reporte de eventos e uma cultura de aprendizagem em torno dos erros. As questões de segurança dizem respeito a todos – prestadores, sistema, doentes e sociedade e estão intimamente ligadas à Qualidade na prestação de Cuidados de Saúde.

Palavras-chave: Erro; Evento Adverso; Cultura de Segurança.

Knowledge rests not upon truth alone, but upon error also

CARL JUNG

INTRODUÇÃO

A referência ao problema da indução de danos relacionados com os tratamentos médicos – complicações – data de 1991 e baseou-se no *Harvard Medical Practice Study*, envolvendo a análise de 30.000 processos clínicos e concluindo que, em cerca de 4% dos casos, teria havido um evento adverso e que em metade a dois terços dos casos esse evento derivava de um erro que poderia ter sido evita-

do.¹ Estudos semelhantes, replicados na Austrália e no Reino Unido, conduziram a taxas ainda piores – 17 e 10% respectivamente. Estes dados não causaram, na altura, qualquer impacto e seria o relatório do Institute of Medicine americano – «to Err is Human» – 2000 que lançaria o tema da segurança na Medicina, ao revelar que até 98.000 americanos poderiam morrer por ano nos EUA em consequência de erros.² Mas o IOM também introduziu a mensagem de que tal acontecia, não por responsabilidade directa do pessoal trabalhando mal, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalhavam. A questão não é tanto «quem fez isto» mas antes «porquê e como é que isto nos aconteceu». Nesta sequência tomou-se em conta o trabalho de outras indústrias, como as nucleares, as químicas e os trans-

*Cirurgia II – Faculdade de Ciências Médicas – NOVA
Clínica Universitária, Cirurgia Cardiorrástica, Hospital de Santa Marta, CHLC EPE



portes, nomeadamente a aviação civil, onde factores humanos e organizacionais vinham a ser estudados como *drivers* de segurança, permitindo o redesenho das organizações e dos processos de trabalho, com ganhos nítidos em segurança.³ No início do século XXI seriam criadas inúmeras agências de segurança, no Reino Unido, Canadá, Austrália e Dinamarca, em 2004, seria estabelecida a *World Alliance for Patient Safety*, sob a égide da WHO (<http://www.who.int/patientsafety/en/>). Esta aliança estabelecerá sete programas – Soluções, Investigação, Reporte, Aprendizagem, Taxonomia, Doentes e Standardização – e algumas iniciativas práticas, como a Higiene das Mãos e a Cirurgia Segura, que salvaram, até hoje, muitas vidas.

TAXONOMIA E MECANISMOS DOS ERROS E ACIDENTES

Os eventos adversos resultam, frequentemente, de Erros no sistema de Saúde. Hipócrates, o pai da Medicina, recomendava o «*primum non nocere*» e os membros da profissão médica, como todos os dos restantes misteres, são profissionais zelosos mas cometem erros. Porque será que erramos?

Começemos por definir erro. Erro do latim *errare* significa desvio ou deriva, afastamento daquilo que o autor pretendia. Para a Medicina a definição de erro contempla a articulação com o que se entende por obrigação do cuidado que é devido. Assim, **erro é a falha em atingir uma acção planeada ou o uso de um plano errado para atingir um dado objectivo**, quando o autor actuou segundo as regras, ou seja, de modo razoável. Vamos dar um exemplo – um cirurgião que durante uma re-intervenção lacera uma víscera que estava aderente ao plano topográfico da incisão, sem possibilidade de diagnóstico prévio, não comete um erro (no sentido faltoso) mas desviou-se do seu plano, de tratar sem complicações. Gizam-se aqui as diferenças entre erro honesto e erro por negligência. No **Erro Honesto** profissionais e organizações falham um plano mas cumpriam as regras de actuação, a *leges artis* profissional, enquanto num **Erro de Negligência** são violadas normas de conduta, com afastamento ou desvio do que seria esperado, fruto de uma actuação imprudente e violadora de regras. Poderíamos, assim, considerar erros honestos e erros por negligência, mas a fronteira da *leges artis* não é, por vezes, fácil de traçar face a um dado

caso concreto e pela incerteza da Medicina, pelo que a definição de erro é ainda um tema inacabado.⁴

Vejam algumas definições de “erro”:

- Erro é um acto não intencional (omissão ou comissão) que não atinge o resultado planeado.
- Erro é a falha de uma acção planeada em ser completada como previsto (erro de execução) ou o uso de um plano errado para alcançar um objectivo (erro de planeamento).

Uma alternativa simples será considerar «erro» toda a acção ou julgamento que, involuntariamente, no afaste do «*standard*» de prestação ou de cuidados.

Num sentido mais estrito, erro poderá ser um simples desvio de método, para outros implicará a indução de danos – impliquem estes transtornos só processuais ou, mesmo, danos físicos. Estes danos são denominados de **Eventos Adversos** e podem causar danos maiores ou menores, transitórios ou definitivos. Nalguns casos, contudo, um erro é recuperado, não chegando a causar o dano que a sua trajectória deixava antever, e transforma-se, então, num **near miss**. A importância dos *near miss* reside na frequência com que ocorrem (vide figura 1) e na oportunidade de aprendizagem que oferecem, sem o ambiente de culpa pelo dano causado.⁵

O Erro assume-se, assim, como uma quebra de performance, que James Reason,⁶ da Universidade de Manchester, atribuía a falhas de habilidade (*skills*), falhas na aplicação de regras e falhas de conhecimento – os erros serão, assim, desvios da performance, mas ocupemo-nos da passagem dos erros a acidentes. Não há uma



Figura 1. Near miss e eventos adversos – proporções relativas.



causa única para um acidente, existem sim factores humanos (actos eivados de erro), factores sistémicos ou organizacionais, que propiciam as falhas humanas, e um conjunto de condições ambientais latentes e de falhas de defesa que se alinham como buracos de segurança, num modelo que Reason popularizou como «*Swiss Cheese*» (figura 2). Esta abordagem é sobretudo estratégica, pois 60% das falhas têm origem humana e só 30% serão sistemas, mas as falhas humanas são propiciadas por um defeituoso sistema. Como dizia P. Nystrom: «*Human Error complicated by Organizational Factors is the main cause of accidents.*»

Segundo Charles Vincent,⁷ os factores da nossa performance, e logo os culpados pela nossa «anti performance» ou erros, são:

- Factores HUMANOS (skills)
 - INDIVIDUAIS (technical)
 - EQUIPA (non technical)
- Factores do SISTEMA (organização)
- Factores da TAREFA
 - COMPLEXIDADE, DIFICULDADE
 - INESPERADO
 - PRESSÕES
- Factores AMBIENTE (condições locais)
- Condicionantes de ACASO (variação aleatória)

Todos os sistemas humanos, e os mais complexos ainda mais, estão sujeitos a erros. É uma consequência da sua natureza, seja na Saúde, nos negócios ou nos transportes. Existem «*hazards*», ou seja, factores predisponentes ao erro, existem actuações humanas falhas, há falhas latentes e, também falta de defesas... Todas se alinharão, num momento menos feliz, para permitir um acidente.⁶

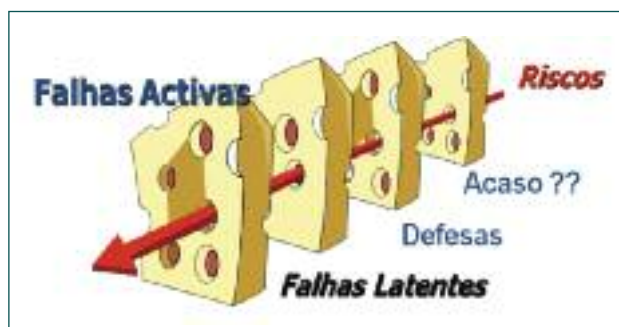


Figura 2. Teoria dos acidentes – J Reason.

Organizações existem, contudo, em que a segurança é máxima – são as *organizações de elevada fiabilidade* – como a aviação civil, as indústrias químicas e nucleares, etc., que mantêm um nível de operações de risco com elevada reprodutibilidade e um largo registo sem acidentes. Como referia Karl Weick, a «fiabilidade» (segurança) é um «não evento» (bom resultado) dinâmico.⁸

Estas empresas têm pessoal igual às outras, mas o desenho dos processos e a sua Cultura Organizacional são distintas. Isto leva-nos a abordar, agora, a Cultura Organizacional de Segurança. Nascida no rescaldo do desastre nuclear de Chernobyl, esta cultura tem as seguintes características:

- **Valores Partilhados, individuais e de grupo (equipa)**
- **Percepções**
- **Competências**
- **Comportamentos & Atitudes de segurança**
- **Segurança como Prioridade imbuída no comportamento diário e transversalmente na prática**
- **Resiliência**

E desenvolve-se promovendo o portefólio de atitudes, que importa liderar, desejavelmente com proximidade e por exemplo no terreno.

Valores Partilhados sobre a Segurança

- *Staff & Organização – Esforço de Equipa*
- *Aceitar a Falibilidade*
- *Consciência de Risco & Antecipação*
- *Segurança como Prioridade e Resiliência*

Revelação sem Culpa

- *Cultura de Reportar Eventos*
- *Cultura «Just»: despenalizar erros, punir violações*

Aprendizagem em torno dos Erros

- *Análise erros, implementação de correcções – redesigno*

ONDE OCORREM OS ERROS?

Os erros são frequentes, mas felizmente os eventos adversos que causam são bem mais raros. Estima-se que dez em cada cem internamentos hospitalares possam ser eivados de erro, mas, destes erros, cerca de 60% não causam qualquer dano, por não terem impacto, ou por terem sido recuperados a tempo (*near miss*). Cerca de 35% causam danos de monta ligeira ou moderada e os restantes 5% causam danos gravíssimos. Os erros podem acontecer em todas as especialidades mé-



dicas. Por exemplo, os erros de medicação têm um peso enorme, dada a frequência com que prescrevemos. No entanto, os erros associados à cirurgia têm uma expressão mais pesada e correspondem a uma percentagem maior – vide números da WHO – figura 3.

Duas características fundamentais do erro têm de ser abordadas – a sua inevitabilidade e o sentimento de culpa que lhe está associado – para concluir que os erros também apresentam uma face boa – a da mitigação e a da aprendizagem em torno destes.

Sobre a inevitabilidade do Erro, a função cognitiva imperfeita dos humanos não liga bem com sistemas complexos, quer sociológica, quer tecnologicamente, especialmente os de desenho falto. Os erros são verdadeiramente inevitáveis, em toda a escala biológica e só diferem com o tipo de actividade. Cenários incertos, equipamentos diversos, interfaces, monitorização, comunicação, transições, fazem o erro não só possível, como provável. O erro é verdadeiramente humano e nunca será abolido: sigma 7 (um erro por dez milhões de tarefas, ou seja, 10 elevado a 7 – que se verifica nas organizações ditas fiáveis, parece ser o limite da nossa fiabilidade e também da nossa humanidade. Mas em termos práticos sigma 6 representa já uma taxa de erro inferior a 3 por milhão de eventos e essa tem sido a bandeira, reclamada por empresas como a Motorola e outras organizações fiáveis.

ERRO E CULPA

Culpa e erro andaram sempre de mãos dadas e face a algo que correu mal a pergunta imediata é – quem é que fez isto? O que se segue é do conhecimento de todos, é a responsabilização directa e em primeira linha, a culpabilização e o procedimento disciplinar de punição. Esta forma tradicional de actuar em torno dos erros desperta um ciclo do medo, que leva a que ninguém deseje revelar ou ficar associado ao cometimento de um erro, passando a encobrir, sempre, novos erros. A cultura japonesa toma os erros como pérolas, ou oportunidades de aprendizagem, mas a cultura ocidental cai mais para o lado da culpabilização pessoal directa.

Quem comete um erro sente a frustração da falha e, por vezes, o peso dos danos infligidos – sentimentos morais pelo dano causado a outrem, receio pela reputação individual, receio da responsabilização civil e mesmo criminal.

Eventos Adversos	Incidência
FÁRMACOS	7,5 a 10,4 %
DISPOSITIVOS	6,3 % - mil dts pd
ANESTESIA & CIRURGIA	48 % !!!
INFECÇÕES	5 a 10 %
QUEDAS	4,8 - 8,4 mil dts/pd
ÚLCERAS Decúbito	10 – 14 %

Figura 3. Incidência de eventos adversos (dados WHO 2008).

Na verdade sobrepõem-se os receios pela saúde do doente lesado – a primeira vítima – com os sentimentos individuais do profissional – a segunda vítima – num contexto de enorme ansiedade.⁹

A primeira questão é a se houve mesmo erro? Há casos em que o erro é flagrante, por exemplo, amputar um membro errado, mas noutros a fronteira é ténue; a JCAHO evoca a quebra de «*standard of care*» para definir uma complicação. É mais difícil dizer se tal se deveu à quebra de dever por parte de alguém. Assim, face a um mau resultado não é imediatamente líquido que exista um agente de erro, apesar do processo se ter afastado do que seria de esperar. A Medicina obriga-se a um dever de processos correctos mas não a uma obrigação de resultados atingidos.

A segunda questão é a donexo de causalidade. Foi o meu erro que causou estes danos? Por vezes não, e com frequência houve uma sucessão de erros ou mesmo nenhum erro por detrás do evento ocorrido.

A terceira questão é a definição do agente, por *Root Cause Analysis*, que pode ser individual ou sistémico, pode ter causas ambientais, etc.

Todas estas questões são envolvidas por sentimentos de medo, de frustração e emoções ou culpas que não facilitam, nada, a análise. O primeiro passo é, assim, responder a estas perguntas, o segundo é revelar (*disclosure*) o erro, junto do doente e família e internamente, na organização. Existem razões éticas e razões de utilidade prática que sustentam a revelação (*disclosure*) dos erros aos junto dos doentes:

- Autonomia – preservar a autonomia do doente
- Beneficência – permitir o seu bem



- Argumento terapêutico para o médico
- Promotor da confiança

Quando ocorre um acidente com um doente, os doentes e famílias desejam saber o que se passou verdadeiramente, desejam ver o seu dano reparado da melhor maneira, esperam um pedido de desculpas e/ou a manifestação da pena pelo sucedido e, finalmente, querem que, após uma análise profunda à raiz das causas do erro, lhes sejam descritas as medidas tomadas, ou a tomar, para evitar repetições futuras de erros do mesmo tipo – estas são, aliás e para maioria das associações éticas, obrigações Hipocráticas de que não devemos demitir-nos.¹⁰

Através dos séculos o erro tem sido visto de modo pejorativo e ligado a culpas. Mas o erro pode e é também uma pérola de oportunidade de aprender a não errar. A recuperação e mitigação do erro são a sua face boa... Todas as medidas que levem a uma utilização do erro para aprender – revelação, análise e medidas preventivas e de recuperação – são de louvar e implementar. Como dizia Karl Popper – «...«*knowledge does grow here and there by accumulation. Yet far often knowledge grows by the recognition of error*»».

Mas o Erro tem uma dimensão ética que se fixa mais no aprender e revelar do que no não errar. Os doentes têm o direito de saber dos erros com eles ocorridos e essa é para os profissionais uma obrigação ética inultrapassável.¹¹

QUALIDADE E SEGURANÇA – COMO CONSEGUIR UM SISTEMA DE SAÚDE MAIS SEGURO?

A qualidade está verdadeiramente ligada à segurança, na verdade não existirá qualidade sem segurança. Por exemplo, não existirá qualidade numa linha aérea se os aviões caírem com frequência, do mesmo modo que um hospital que trata com uma taxa de complicações acima do esperado não terá qualidade. A Segurança dos doentes foi mesmo consagrada como Direito numa directiva europeia há cinco anos, mas já vinha sendo tomada como elemento indissociável da Qualidade. A classificação clássica de Donabedian que triangulava a qualidade em Resultados, Processos e Estrutura foi completada pelas dimensões da Satisfação do Doente, da Centralização de Cuidados no Doente e da Segurança¹² – vide figura 4. Mas existem ainda outras implicações para a segurança nos cuidados de saúde e

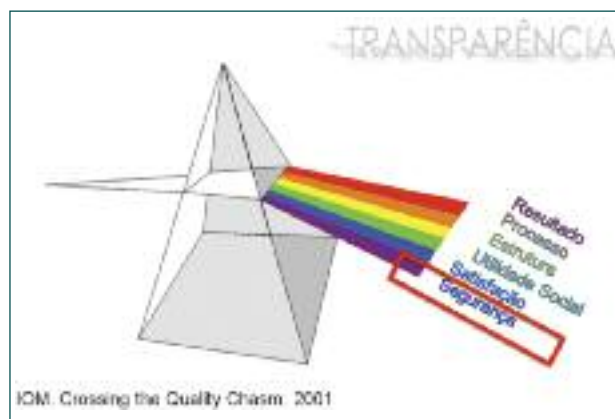


Figura 4. Pirâmide da Qualidade em saúde.

essas são a dimensão ética e relacional, medidas pela maior ou menor confiança no sistema de saúde por parte da opinião pública e doentes e a dimensão de custos, que hoje se liga à da justiça distributiva, dado que o acesso à saúde se vai tornando num bem escasso. É que tratar com complicações onera e muito os gastos e é hoje tido como um *driver* negativo na economia da saúde.

Certamente, colocando ênfase mais nos sistemas do que nas pessoas, redesenhando sistemas de forma a torna-los «*error proof*» e investindo simultaneamente nos prestadores, nos processos de trabalho e nas organizações, mas também nos doentes e na sociedade. Em resumo:

- 1) Fazendo o *empowerment* das pessoas no extremo da acção (médicos e enfermeiros).
- 2) Implementando práticas seguras – processos de trabalho.
- 3) Promovendo uma Cultura Organizacional de Segurança centrada em equipas.
- 4) Envolvendo os Doentes.
- 5) Usando de Transparência (*disclosure*).
- 6) Controlando indicadores de segurança:
 - a. Reporte pelos Hospitais de Eventos Sentinela (*never events*).
 - b. Monitorização da Performance do *staff* (recertificações).

As maiores resistências residem nas pessoas – dificuldade em alterar hábitos (por exemplo, a lavagem das mãos, a boa comunicação), a tendência para atribuir



culpas individuais e punir em caso de erro. O grande desafio está em actuar em equipa e pensar em sistemas, mas tal requer uma verdadeira mudança de cultura. Lembremo-nos que o modelo de «negócio» da Medicina se mantém desde o século XX essencialmente intacto (centrado no profissional autónomo), enquanto tudo ao redor se alterou!

A Cultura de segurança é, certamente, a área onde importa agora investir para promover mais segurança – Cultura representa o conjunto de percepções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz o modo como exerce a sua actividade.¹³ A Cultura tem uma dimensão no grupo e organização mas implica uma interiorização em cada membro actuante. O tema da cultura de segurança organizacional surgiu no *after match* de Chernobyl, a central nuclear soviética que explodiu devido a uma sucessão de falhas de segurança interna. James Reason definiu para a cultura de segurança três componentes:

- Cultura justa – as pessoas não são punidas por cometer erros, só as violações são punidas.
- Cultura de reporte de eventos.
- Cultura de aprendizagem em torno dos erros.

Mas além destes, a transparência e a confiança dentro da equipa parecem fundamentais. Ora estas mudanças culturais não são rápidas nem simples mas têm de ser iniciadas e, sobretudo lideradas.¹⁴ Eis algumas das vias:

- Olhar os erros da perspectiva do sistema e não das pessoas.
- Mover-nos da *accountability* e culpa para uma cultura *just*. Não será possível ainda, como na cultura japonesa, ver os erros como tesouros, mas podemos, desde já, vê-los como oportunidades. Ao mesmo tempo, a tolerância para a violação de regras e a negligência será zero.
- Movermo-nos do secretismo para a transparência.
- Modificar a prática no sentido da mudança se centrar nos doentes e não no *staff* prestador. Podemos saber em que fase estamos se perguntarmos no nosso local de trabalho quem espera por quem?
- Mudar os modelos de trabalho da dependência na excelência individual para o trabalho em equipa, interdependente, cooperativo, se possível metendo o doente na equipa.
- Manter, no entanto, *accountability* universal e recíproca (não só *top down*): se a administração espera

que o *staff* cumpra normas de lavagem de mãos, o *staff* espera da administração as condições e as políticas para que tal seja possível.

O funcionamento em equipas não pode ser subestimado, não basta possuir políticas de segurança, normas para tudo, é fundamental segui-las e é bem mais simples fazê-lo em equipa do que a solo.¹⁵

- As equipas existem para um propósito, um objectivo definido e por todos entendido – um foco.
- As equipas devem ser multidisciplinares – médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, auxiliares e, claro, os primeiros e últimos interessados – os doentes.
- As equipas não são «comando e controlo», são organizações colaborativas onde cada membro faz o seu melhor e o líder é um facilitador, não um ditador.
- As equipas fundamentam-no no imprescindível respeito mútuo inter- membros.
- Liderança é imprescindível para o correcto funcionamento de uma equipa. A liderança é fundamental mas ninguém deve funcionar como ditador, antes como orientador e facilitador. Este membro pode ser ou não um médico, mas o médico conhece, mais facilmente, o «*core business*» da actividade.

A liderança exerce-se a nível intermédio mas deverá existir no topo e a mudança de práticas, ao serviço da segurança, será a regra, mas isso implica mexer com as pessoas, o que provoca conflitos e a liderança terá de resolvê-los de forma negociada. O trabalho em equipa é imprescindível a qualquer empresa segura (aviação, químicas e nucleares, etc.) mas não é ainda aceite como imprescindível na saúde. É urgente mudar a Cultura de Segurança na Saúde, mas essa mudança tem barreiras e por parte de todos nós... Como dizia Mark Twain «*I am all for progress what I hate is change*».

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brennan TA, Leppe LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991 Feb 7; 324 (6): 370-6.
2. Kohn L, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academy Press; 1999.
3. Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract* 1997 Aug; 3 (3): 213-22.
4. Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE. Types of medical errors com-

monly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 2003 Feb 15; 67 (4): 697.

5. Fragata J, Martins L. *O erro em medicina*. Lisboa: Almedina; 2004.
6. Reason JT. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
7. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003 Mar 13; 348 (11): 1051-6.
8. Weick, KE, Sutcliffe, KM. *Managing the Unexpected — assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2001.
9. Delbanco, T, Bell, SK. Guilty, Afraid, and Alone — Struggling with Medical Error. *N Engl J Med* 2007; 357:1682-1683 October 25, 2007
10. Hébert, PC, Levin, AV, Robertson, G. Bioethics for Clinicians – Disclosure of Medical Errors. *CMAJ* - February 20, 2001; 164 (4)
11. Fragata, J. Shall we publish our error rates? *European Society of Intensive Care Medicine* ed, 2009 pag 31
12. *Crossing the Quality Chasm*. IOM – 2001
13. Fleming M, Wentzel, N. *Creating a Patient Safety Culture, Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use*.

Healthcare Quarterly, 11(Sp) 2008: 10-15

14. Kunzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behavior: a literature review. *Saf Sci* 2010 Jan; 48 (1): 1-17.
15. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of health-care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 Feb; 53 (2): 143-51.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não existir conflitos de interesse na elaboração deste artigo

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital de Santa Marta, Serviço de Cirurgia Cardiorácica,
Rua de Santa Marta, 1169-024 Lisboa.
E-mail: jigfragata@gmail.com

Recebido em 26/12/2010

Aceite para publicação em 26/12/2010

ABSTRACT

PATIENT SAFETY AND HEALTH CARE QUALITY

This paper reviews the history marks of patients safety, defines error taxonomy and accident mechanisms by putting emphasis on system theories, and safety culture development. Team work and learning opportunities around errors are of utmost importance to improve patient safety, as well as the louching of a real just culture, where error report and disclosure are encouraged in a blame free, but responsible atmosphere. These all lead the way to Quality improvement.

Keywords: Medical Error; Adverse Event; Safety Culture.
