

3. Taxonomia em segurança do paciente

Walter Mendes

Neste capítulo, estudaremos a taxonomia em segurança do paciente. Apresentaremos os motivos que levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a classificar e organizar os conceitos e definições sobre o tema. Ao final do capítulo, serão conhecidos alguns termos e conceitos habitualmente utilizados, que não estão na classificação proposta pela OMS, mas serão encontrados ao longo deste livro.

A torre de Babel

O Conselho Australiano para Segurança e Qualidade em Saúde, por meio do projeto denominado *Shared Meanings*, criou, em 2001, um endereço eletrônico para incentivar pesquisadores/investigadores e outros profissionais de saúde a informar os termos e definições utilizadas no campo da segurança do paciente (Australian Council for Safety and Quality in Health Care 2001). O objetivo era conceber uma linguagem com significados comuns para facilitar a discussão e a pesquisa (Ruciman, Moller 2001). Foram listados 149 termos com 296 definições diversas; registradas 16 definições para erro, 14 para evento adverso e 5 para evento adverso relacionado a medicamentos (Runciman 2006).

Essa profusão de definições tem várias origens. Entre elas a compreensão dos profissionais de saúde, em geral, e dos médicos, em particular, sobre o que é erro no cuidado à saúde. A definição de erro para o médico é influenciada pelas consequências desse no paciente. Durante um estudo, ao ser apresentado a médicos de família o cenário em que um médico tinha registrado como resultado normal um exame com resultado anormal, todos relataram que houve um erro ou engano.

No próximo capítulo, "O erro e as violações no cuidado em saúde", será discutido de forma mais detalhada o erro no cuidado à saúde.

Entretanto, quando o cenário apresentado foi a queda de um tubo com sangue, apenas parte deles (47%) considerou que houve um erro. Ou seja, há falta de consenso entre os médicos sobre o que constitui erro. Essa constatação é importante, pois os médicos são convidados para fazer relatórios de erros a fim de determinar o foco de atenção da segurança do paciente e intervenções (Elder et al. 2006).

Adicionalmente, existe, ainda, a dificuldade de transpor alguns termos ou palavras do inglês para o português, como *medical error*, *near miss*, entre outros (Mendes 2012). É fácil, portanto, compreender por que essa situação tem sido comparada a uma “Torre de Babel”.

Figura 1 – Torre de Babel



Fonte: Wikimedia Commons (2013).

Essa pintura em óleo sobre tela de Pieter Brueghel, *O Velho*, de 1563, retrata a torre que, segundo o Antigo Testamento, foi construída na Babilônia pelos homens para atingir o céu. Deus considerou esse fato uma afronta e, para castigá-los, confundiu-lhes as línguas e os espalhou por toda a Terra.

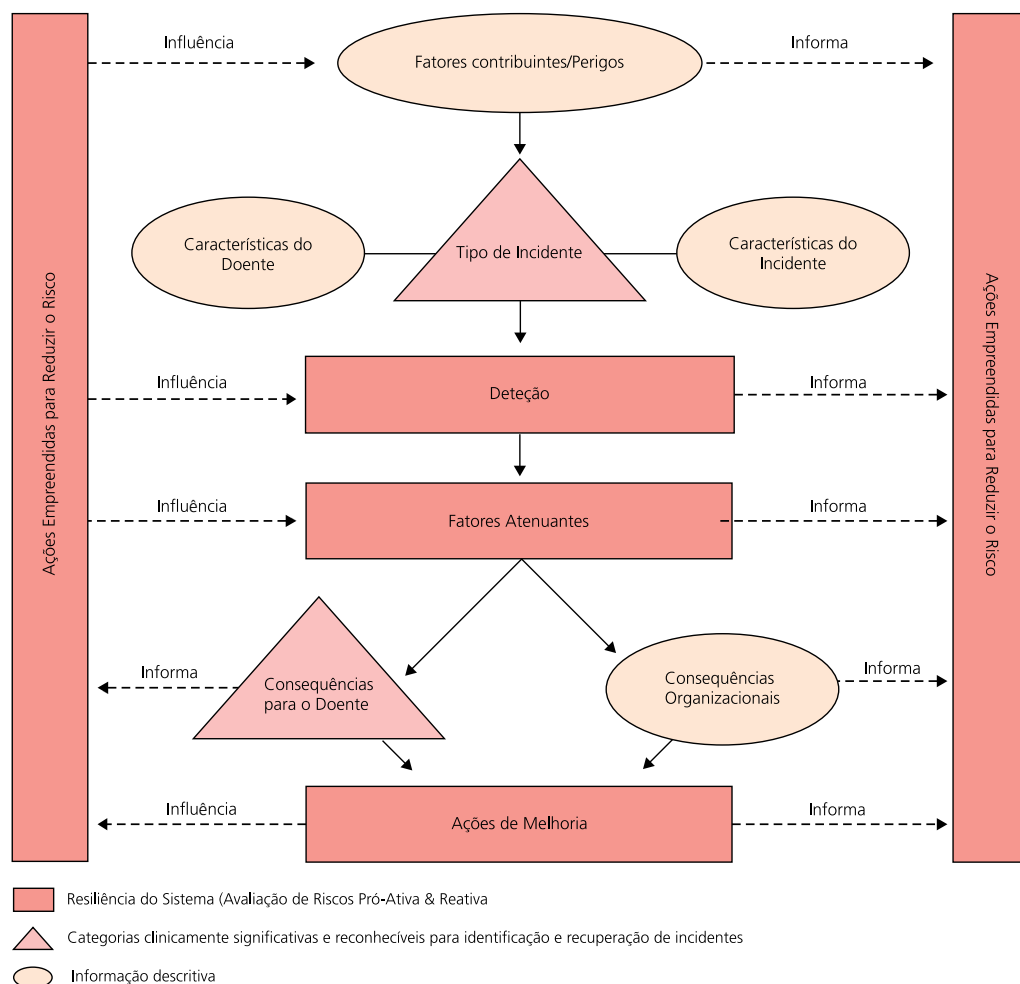
A Organização Mundial de Saúde entra em cena

Como já abordado no capítulo anterior, “A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente”, os estudos de incidência de eventos adversos e, particularmente, a publicação do relatório *Errar é Humano*, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, estimularam a OMS a criar a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (Ruciman et al. 2009).

A OMS criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente). Uma das primeiras iniciativas da Aliança foi o desenvolvimento de uma classificação para segurança do paciente. Um grupo de trabalho, cuja coordenação entregou-se a William Ruciman, que havia participado do projeto australiano *Shared Meanings* (Ruciman et al. 2009), desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) (WHO 2009).

Essa classificação apresenta um conjunto de conceitos ligados por relações semânticas para organizar a informação a ser utilizada para vários objetivos, incluindo estatísticas nacionais, estudos descritivos e a investigação de avaliação. A classificação foi organizada em uma estrutura que realça a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco, bem como a recuperação do incidente e a resiliência do sistema. A **resiliência**, no contexto dessa estrutura conceitual, é “o grau com que um sistema continuamente impede, detecta, atenua o dano ou reduz os perigos ou incidentes” (WHO 2009). A Figura 2 apresenta a estrutura da ICPS.

Figura 2 – Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente



As linhas a cheio representam as relações semânticas entre as classes. As linhas a tracejado representam o fluxo de informação.

Fonte: Classificação Internacional para a Segurança do Doente (ICPS) (WHO 2009).

A estrutura da ICPS não só demonstra a taxonomia, como também organiza a forma de raciocinar a maneira que se estabelecem as relações entre as causas e consequências dos incidentes e de que forma as ações podem prevenir ou reduzi-los, na lógica de uma organização que aprende com os erros. Recomenda-se que leiam a ICPS, disponível na página da OMS, para melhor entender as relações existentes.

Nota: Traduzido para o português por Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal, 2011.

A negligência tem significado disciplinar específico e será desenvolvida no Capítulo 6, “Direito e segurança do paciente”, deste livro, que trata do direito e da segurança do paciente.

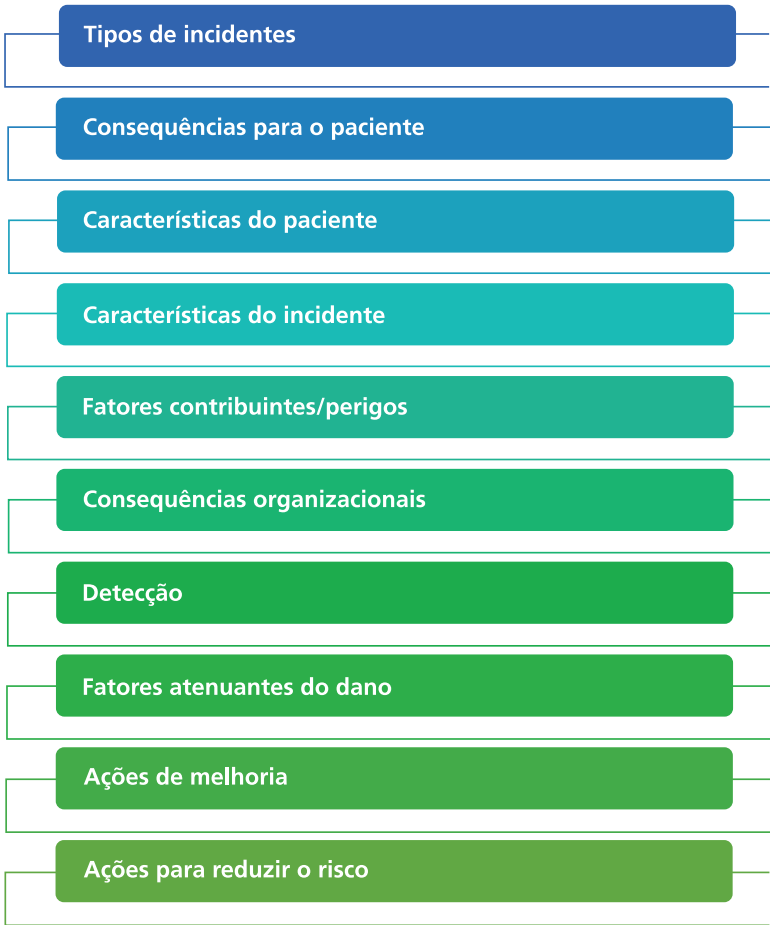


Segurança do paciente: redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO 2009).

Alguns termos e conceitos, utilizados na literatura e na comunicação cotidiana dos profissionais de saúde, não foram incluídos na ICPS porque seu significado varia de acordo com o contexto (WHO 2009). Negligência, danos iatrogênicos e nosocomiais são exemplos de termos não relacionados. Os danos iatrogênicos e nosocomiais são, respectivamente, associados a médicos e hospitais. O termo iatrogênico ainda é muito utilizado e definido como um dano originado ou provocado por atos de comissão ou omissão do profissional de saúde (Aspden et al. 2004). Um erro pode ser oriundo de um ato de omissão – quando se deixa de agir – ou de um ato de comissão (ação) – quanto se erra durante a ação.

A opção da ICPS por “dano associado aos cuidados de saúde” engloba cuidados de saúde prestados por diferentes profissionais (não só o médico), em uma variedade de ambientes de cuidado (não só o hospital).

A ICPS parte da premissa que a lista de conceitos é dinâmica e deverá sofrer revisões futuras. Para compreender a ICPS, é preciso conhecer as dez classes que a compõem (WHO 2009):



Tipos de incidente e as consequências para o paciente

Os tipos de incidentes e as consequências para o paciente são categorias consideradas, na estrutura conceitual, clinicamente significativas e reconhecíveis para identificação e recuperação de incidentes (WHO 2009).

Incidente (relacionado ao **cuidado de saúde**) é um **evento** ou **circunstância** que poderia ter resultado, ou resultou, em **dano** desnecessário ao **paciente**. A palavra “desnecessário”, nessa definição, significa implicitamente que, **erros**, transgressões, abuso de pacientes e atos deliberadamente perigosos podem ocorrer em cuidados de saúde. Ao contrário, certos danos, tais como uma incisão para laparotomia, são necessários e, nesse caso, não são considerados incidentes. Os incidentes podem ser oriundos de atos intencionais (**violações**) ou atos não intencionais.

A seguir, são apresentadas as definições para os principais termos relacionados na ICPS:

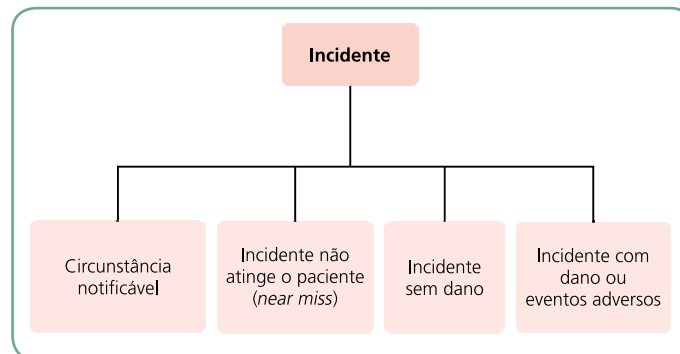
- **Evento:** algo que ocorre com ou envolve o paciente.
- **Circunstância:** situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.
- **Agente:** substância, objeto ou sistema que age para produzir mudança.
- **Dano:** dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Dano associado ao cuidado de saúde:** dano surgido por, ou associado a, planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde em vez de uma doença de base ou lesão.
- **Paciente/doente:** pessoa que recebe cuidados de saúde. O termo paciente é mais utilizado no Brasil, enquanto doente é mais utilizado em Portugal.
- **Cuidados de saúde:** serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde.
- **Saúde:** estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas ausência de doença ou enfermidade.
- **Doença:** disfunção fisiológica ou psicológica.
- **Erro:** falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação ou comissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são, por definição, não intencionais.

- **Violação:** divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou regra. São de forma habitual intencionais, apesar de raramente maliciosas; e, em determinado contexto, podem se tornar rotineiras ou automáticas. Um exemplo de violação é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.

A seguir, serão apresentados quatro casos para facilitar o entendimento dos tipos de incidentes (WHO 2009):

- ✿ **Caso 1** – Um profissional observou que o frigorífico que guarda unidades de sangue estava com problema técnico, e, por isso, a temperatura estava alta. Essa é uma **circunstância notificável**: circunstância em que houve potencial significativo para o dano.
- ✿ **Caso 2** – Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, mas o erro foi detectado antes do início da transfusão. Isso é um **near miss**: incidente que não atingiu o paciente.
- ✿ **Caso 3** – Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve transfusão, mas não houve reação. Isso é um **incidente sem danos**: evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
- ✿ **Caso 4** – Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve transfusão, e o paciente morreu por reação hemolítica. Isso é um **incidente com dano**, ou um **evento adverso**: incidente que resulta em dano ao paciente.

Figura 3 – Tipos de incidentes



Características do paciente e do incidente, fatores contribuintes e consequências organizacionais

Considere agora o seguinte caso: Um paciente do sexo masculino, de 27 anos, procurou um serviço de emergência, em função de hemorragia causada por acidente automobilístico. Houve a necessidade de reposição de sangue. Uma unidade de sangue prescrita para outro paciente foi transfundida, e ele morreu por reação hemolítica.

A partir desse caso, vamos entender como as características do paciente e do incidente, os fatores contribuintes e as consequências organizacionais são conceituados na ICPS.

As **características do paciente** englobam os dados demográficos e o motivo original do contato do paciente com o serviço de saúde, além do diagnóstico clínico principal. No caso relatado, sabemos as seguintes características do paciente: sexo masculino, 27 anos, procurou um serviço de emergência em função de hemorragia causada por acidente automobilístico.

Já as **características do incidente** representam as circunstâncias do incidente – o que ocorreu, quem esteve envolvido, quem o comunicou, como ocorreu, onde ocorreu, quando ocorreu e o trajeto do paciente pelo “sistema de saúde”. Sabemos que, em nossa história fictícia “houve a necessidade de reposição de sangue. Uma unidade de sangue prescrita para outro paciente foi transfundida, e ele morreu por reação hemolítica”.

Os **fatores contribuintes** são as circunstâncias, ações ou influências que desempenham papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente, e vários podem ter sido os fatores – não seguir um protocolo, falta de habilitação do profissional que cuida, falta de comunicação entre a equipe e dessa com o paciente etc.

O risco, por sua vez, é a probabilidade de um incidente ocorrer, diferente do **perigo**, que é a circunstância, agente ou ação que pode causar dano. O perigo é uma percepção, e o risco um cálculo.

Os fatores contribuintes para o desenvolvimento de um incidente ou aumento do risco podem ser:

- * Fatores **humanos** ligados ao comportamento, ao desempenho ou à comunicação da equipe de saúde entre si e com os pacientes.

- * Fatores do **sistema** como o ambiente de trabalho. Os fatores do sistema estão relacionados aos fatores latentes.
- * Fatores **externos** para além do controle da organização, como o ambiente natural ou a legislação.
- * Fatores relacionados ao **paciente**, por exemplo, a não adesão ao tratamento.



Um único incidente no paciente pode ser causado por mais de um **fator contribuinte**.

Existe uma relação complexa entre incidente e fatores contribuintes. A mesma situação pode ser entendida como um incidente ou fator contribuinte, dependendo do contexto, circunstância ou resultado. Exemplo (WHO 2009): considere um paciente com fibrilação auricular, medicado com warfarina, que se levanta à noite para ir ao banheiro/casa de banho, e cai sem um dano visível. Isso poderia ser um incidente sem dano (queda). Entretanto, se esse mesmo paciente tivesse sido encontrado na manhã seguinte inanimado no chão, com lesão na cabeça, poderia ser considerado um incidente com dano (evento adverso), e a queda considerada um fator contribuinte.

As **consequências organizacionais** referem-se ao impacto na organização atribuível, inteira ou parcialmente, a um incidente. Esses impactos podem ser o aumento da utilização de recursos para cuidar do paciente, o desgaste na imagem institucional ou consequências legais.

Para refletir

De acordo com o caso relatado no início dessa seção, observe as características do paciente e do incidente, os fatores contribuintes e que tipos de consequências organizacionais devem ter ocorrido.

Você acha que teria sido possível evitar o incidente? De que maneira?

Gestão do risco

A detecção, os fatores de mitigação, as ações de melhoria e as ações empreendidas para reduzir o risco são categorias consideradas, na ICPS, de recuperação do incidente e resiliência do sistema.

A **detecção** é a descoberta de um incidente. Os mecanismos de detecção podem ser parte do sistema (como o alarme de baixa saturação de oxigênio no monitor multiparamétrico) ou resultar de uma postura de maior “consciência” da situação, que envolve o conhecimento do profissional responsável pelo cuidado sobre o risco e a forma de preveni-lo.

O conceito de resiliência voltará a ser discutido no Capítulo 1, “Organizações de saúde seguras e confiáveis/fiáveis”, do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*.

O **fator de mitigação** é a ação ou circunstância que objetiva prevenir ou moderar a progressão de um incidente. Em conjunto, a detecção e a mitigação do dano podem impedir a progressão de um incidente e que ele atinja e/ou prejudique o paciente.

Se o incidente resultar em dano, podem ser introduzidas **ações de melhoria**. Essas ações, realizadas ou circunstanciais, são alteradas para melhorar o desempenho da organização ou compensar qualquer dano depois de um incidente.

Ações empreendidas para reduzir o risco são tomadas para reduzir, gerenciar ou controlar qualquer dano futuro ou a probabilidade de dano associado a um incidente. Essas ações podem ser proativas ou reativas. A detecção, os fatores atenuantes do dano e as ações de melhoria influenciam e informam simultaneamente as ações empreendidas para reduzir o risco.

Figura 4 – Um fator de mitigação pode ser um ato simples, como lavar as mãos



Fonte: Flickr (2012).

Termos e conceitos polêmicos habitualmente utilizados

Alguns termos causam muita confusão pela incorreta tradução do inglês para o português ou pelo uso rotineiro do seu conceito na literatura ou na comunicação entre os profissionais que trabalham nas organizações de saúde (Mendes 2012).

O termo *medical error*, cujo significado, em vários contextos, é erro de qualquer profissional de saúde, não raro é traduzido como erro médico.

Outro termo de uso comum que carrega certa confusão é *near miss*, traduzido no *Manual de Acreditação Hospitalar*, da *Joint Commission International*, versão em português, como quase erro. Essa tradução embute um problema conceitual, já que o erro existiu, mas não se concretizou no paciente. O Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde do Ministério de Saúde de Portugal, em 2011, na tradução que fez do documento da OMS, traduziu *near miss* como quase evento. Talvez, a melhor forma de traduzir *near miss* seja a utilização do seu conceito – incidente que não atingiu o paciente.

No Capítulo 16, “Maternidade segura”, do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, o termo *near miss materno* será mais bem contextualizado.

O termo *near miss*, na área da saúde materno-infantil, tem sido utilizado pelos profissionais muito antes da publicação da ICPS. Nesses casos, ele é usado para fazer referência às situações em que mulheres apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, o parto ou puerpério, e só sobrevivem em razão do acaso ou ao cuidado de saúde prestado.

Existe um conjunto de termos – evento adverso, evento adverso evitável, reação adversa a medicamentos, efeito secundário, evento sentinela e acidente – que provocam muita discussão sobre seu uso e, por esse motivo, serão discutidos a seguir.



*Quando disse que queria entrar em uma rede social,
não era bem isso que estava pensando.*

Evento adverso evitável

Com base nas definições da ICPS, é uma redundância utilizar termo evitável para se referir a um evento adverso. Pela ICPS, o evento adverso é um incidente com lesão, e incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Em função disso, não são considerados os danos necessários (caso da laparotomia). Portanto, para a ICPS, **todos** os eventos adversos são evitáveis.

A maioria dos estudos pioneiros para avaliar a frequência de eventos adversos foi realizada antes da publicação da ICPS. Esses estudos se basearam no estudo de Harvard (Leape et al. 1991), inclusive o estudo brasileiro e o português (Mendes et al. 2009; Sousa et al. 2011). Eles utilizaram 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 et al. 2005). A avaliação dos eventos adversos, nesses estudos, é realizada por médicos, que, inicialmente, julgam se o evento adverso existe ou não e, posteriormente, se é evitável ou não.

Portanto, de acordo com a maioria dos estudos (realizados antes da publicação da ICPS), o evento adverso **pode ou não** ser evitável. Como exemplo, mencionamos 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 termo de consentimento informado para realização do procedimento, a hemorragia é considerada um evento adverso (utilizando a definição de Harvard). Entretanto, essa complicação é compreendida como **não evitável**. Nesse caso hipotético, o médico, a enfermeira e o farmacêutico que cuidaram desse paciente tinham a capacidade técnica necessária, todo o arsenal terapêutico, os materiais médico-cirúrgicos estavam disponíveis, e a estrutura do hospital estava adequada. Pela ICPS, não houve um incidente, mas, pela definição dos estudos pioneiros, houve um evento adverso não evitável. Quando a ICPS incluiu o termo “dano desnecessário ao paciente” na definição de incidente, eliminou o termo evitável, de modo que todo evento adverso é evitável.

Reação adversa ao medicamento e efeito secundário

São termos bem conhecidos pelos farmacêuticos e técnicos de farmácia, mas, muitas vezes, não tão bem compreendidos pelos demais profissio-

nais de saúde. Segundo a ICPS, **reação adversa ao medicamento** é um dano inesperado que resulta de uma ação ou tratamento justificado em que o processo correto, para o contexto em que o evento ocorreu, foi implementado. Por exemplo, a diminuição anormal e inesperada do número de glóbulos brancos no sangue pela utilização de um medicamento em que se desconhecia esse efeito é uma reação adversa.

Um **efeito secundário** é um efeito conhecido, para além do principalmente desejado, relacionado com as propriedades farmacológicas de um medicamento, tais como náusea após a administração de morfina para alívio das dores.

Para refletir

Em sua organização, quando são usados os termos “reações adversas” e “efeito secundário”, os profissionais de todas as categorias compreendem? O termo “efeito colateral” é também utilizado?

Evento sentinela

O dano é o elemento comum na definição de evento adverso, presente nos estudos acadêmicos pioneiros e na ICPS. **Não há evento adverso sem dano.** Uma queda de leito/cama sem nenhum dano ao paciente, por exemplo, é um incidente, mas não é um evento adverso.

Entretanto, há o registro de uma definição diferente para evento adverso no glossário do último manual *Padrão de Acreditação da Joint Commission International (JCI) para Hospitais*, 4ª edição (Joint Commission International. 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). Segundo ele, evento adverso é a “ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na organização de saúde”. Pela definição da JCI, não há uma vinculação conceitual do dano com evento adverso. Dessa forma, uma queda do leito/cama é um evento adverso, independentemente de ter causado ou não um dano.

No mesmo manual, há a definição de evento sentinela: ocorrência inesperada que implique morte ou perda grave e permanente de função. Essas duas denominações 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. Entretanto são definições muito semelhantes e geram confusão.

Acidente

James Reason, um autor de referência na área, utiliza o termo acidente em seus textos sobre o erro em saúde – assunto que será aprofundado no próximo capítulo, “O erro e as violações no cuidado em saúde”. Com a publicação do ICPS, o termo foi substituído por incidente.

No campo da saúde e segurança do trabalho ou saúde ocupacional, ou ainda saúde do trabalhador, existem, há muitos anos, os conceitos de “acidente” e de “incidente”. O conceito de incidente é mais restrito e não engloba as situações com dano. No caso de existir dano corporal, perturbação funcional ou doença, designa-se por acidente (de trabalho) (Faria, Uva 1988; Sousa-Uva, Graça 2004). A denominação de incidente pode também ser aplicada à existência apenas de danos materiais, e, por isso, alguns autores também o distinguem do quase-acidente. Por sua vez, o conceito de acontecimento (ou evento) adverso, muito usado em segurança do paciente, é generalista e engloba o incidente e o acidente, isto é, o incidente sem dano para o trabalhador, e o acidente com consequências negativas para o trabalhador.

Considerações finais

A divulgação da ICPS por meio do relatório de 2009 (WHO 2009) é o início da discussão sobre a taxonomia no domínio da segurança do paciente. Esse documento ressalta a importância que a classificação pode ter para a segurança do paciente, nomeadamente porque:

- * Facilita a descrição, comparação, medição, monitoramento, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados ao paciente.
- * Pode ser utilizada para epidemiologia e para fins de planeamento de políticas elaboradas pelos profissionais de saúde, pesquisadores/ investigadores, responsáveis pelo desenvolvimento de sistemas de notificação para a segurança do paciente, legisladores e grupos de defesa do paciente ou consumidores.
- * Desenvolve um enquadramento para instituir 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.

Essa iniciativa da OMS/ICPS é um passo importante para que o tema segurança do paciente deixe de estar associado a uma Torre de Babel (Mendes 2012) e possa contribuir para maior consenso no âmbito das definições, dos conceitos e das terminologias utilizadas nessa área.

Referências

Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Patient Safety: achieving a new standard for care. Washington DC: National Academies of Sciences, Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services; 2004.

Australian Council for safety and Quality in Health Care. Safety in practice. Canberra: ACSQHC; 2001. p. 8.

Elder NC, Pallerla H, Regan S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. BMC Fam Pract 2006; 7:73.

Faria M., Uva AS. Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: algumas reflexões. J Cienc Med Lisb 1988; 9(10):360-371.

Joint Commission International. 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.

Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991; 324(6): 377-84.

Mendes W. Torre de Babel. Acreditação. 2012 [citado em 2014 jun. 14]; 2:1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236839872_Ttulo_de_Babel

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4): 393-406.

Runciman WB. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. Med J Aust. 2006; 184(10 Suppl):S41–S43.

Runciman WB, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewall P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-20.

Ruciman WB, Moller J. Iatrogenic injury in Australia. Adelaide: Australian Patient Safety Foundation; 2001. p. 9.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Engl J Med. 1976 Mar 11; 294(11):582-8.

Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP. Sentinel health events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. Am J Public Health. 1983 Sept.; 73(9):1054–62.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. p. 13-36.

Uva AS, Graça L. Saúde e segurança do trabalho: glossário. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho; 2004. (Caderno avulso, 4).

Wikimedia Commons. File:Pieter Bruegel d. Ä. 074.jpg. 2013 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pieter_Bruegel_d._%C3%84._074.jpg

World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Version 1.1. [Genebra]: WHO, Jan. 2009.

Nota de tradução

Nesse capítulo, o autor utilizou estas fontes para as traduções para o português do *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*:

1. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), em 2010. Disponível em: <http://proqualis.net/>
2. Qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente: histórico e conceitos do livro Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. cap. 1.
3. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
4. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde do Ministério de Saúde de Portugal, 2011.