

A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental

Fernanda Karla Metelski¹ (ORCID: 0000-0001-7833-0438) (fernanda.metelski@udesc.br)

Francieli Daiana Engel² (ORCID: 0000-0002-2376-4164) (francy.d15@hotmail.com)

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello² (ORCID: 0000-0001-9591-7361) (alfm2709@gmail.com)

Betina Hörner Schlindwein Meirelles² (ORCID: 0000-0003-1940-1608) (betina.hsm@ufsc.br)

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó-SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

Resumo: **Objetivo:** Analisar os conceitos relacionados à Segurança do Paciente e ao Erro expressos nos documentos oficiais brasileiros, sob a perspectiva do pensamento complexo. **Método:** Pesquisa documental nos sites: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde e Segurança do Paciente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Utilizou-se os descritores Segurança do Paciente e Erro Médico no período de 1999 até 2020. Os excertos foram tratados seguindo a técnica de Análise de Conteúdo desenvolvida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. **Resultados:** Do total de 498 documentos, foram selecionados nove e originaram as categorias: Significado de segurança do paciente e Conceitos relacionados ao significado de erro. **Considerações Finais:** Segurança do paciente remete a proteção, minimização de riscos e prevenção de danos, melhorias contínuas, boas práticas e qualidade da assistência. Erro refere-se a incidente, evento adverso e danos. Faz-se necessário reconhecer e compreender o erro como um evento inerente aos serviços de saúde para ser possível preveni-lo. Assim, a racionalidade nos protege do erro e da ilusão, possibilita o avanço do pensamento, aceita a autocrítica, a contestação de argumentos, amplia a compreensão e o desenvolvimento do conhecimento.

► **Palavras-chave:** Segurança do paciente. Erros médicos. Política de saúde. Qualidade da assistência à saúde.

Recebido em: 22/09/2021

Aprovado em: 07/02/2022

Revisado em: 08/06/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333009>

Editor responsável: Rossano Lima

Pareceristas: Maria Aparecida Salci e Rossano Lima

Introdução

A segurança do paciente é uma questão de saúde pública global que requer dos sistemas uma cobertura universal e eficaz de saúde. Os danos causados aos pacientes lideram as causas de doenças globais, tendo as práticas inseguras e erros de medicação como as principais causas de danos evitáveis em todo o mundo (WHO, 2018).

Anualmente, ocorrem 134 milhões de eventos adversos nos hospitais de países de renda baixa e média, resultando em 2,6 milhões de mortes por cuidados inseguros. Nos serviços de cuidados primários e ambulatoriais, quatro a cada dez pacientes sofrem algum dano. Os erros envolvendo medicação custam aproximadamente 42 bilhões de dólares todos os anos (WHO, 2020). Nos Estados Unidos, os erros relacionados à assistência à saúde são a terceira causa de óbito. No Reino Unido, estima-se uma média de um incidente com dano ao paciente a cada 35 segundos (WHO, 2017).

No Brasil, um estudo realizado entre junho de 2014 a junho de 2016 mostra que foram notificados 63.933 eventos adversos relacionados à assistência à saúde e acredita-se que esses eventos estão subnotificados. Desse total, 417 (0,6%) evoluíram para óbito, cujas principais causas foram falhas durante à assistência à saúde (MAIA *et al.*, 2018).

A literatura científica tem tratado a temática da presença do erro associada aos serviços de saúde. Os estudos indicam preocupação com a promoção de estratégias, que reduzam a presença de erros na assistência, auxiliem na prevenção da sua ocorrência e na busca por práticas que evitem qualquer dano (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; MINUZZI *et al.*, 2016; BALAKRISHNAN *et al.*, 2019). Desafios globais, aliados à baixa confiabilidade nos serviços de saúde, contribuem para a presença de erros relacionados à estrutura do serviço e aos processos de trabalho (BATISTA *et al.*, 2019). A identificação desses erros vem sendo promovida pelos Núcleos de Segurança do Paciente em ambiente hospitalar (BASILE *et al.*, 2019).

Os erros são considerados atos não intencionais (OMS, 2011) e podem ser resultados de falhas individuais ou falhas no sistema (SOUZA *et al.*, 2019). A prevenção das falhas e a melhoria do cuidado demandam considerar as pessoas envolvidas, bem como a complexidade do sistema (GONÇALVEZ *et al.*, 2019). Toda falha que acontece ao longo da realização de uma ação planejada é considerada um erro, seja na execução de uma atividade ou de um plano. Pode ser tanto a prática da ação errada (comissão) quanto não praticar a ação certa (omissão) em

qualquer etapa da ação. Os erros aumentam os riscos de incidentes, ainda que estes não aconteçam. Qualquer evento que possa resultar ou resultou em dano ao paciente é considerado um incidente, e todo incidente com dano é denominado evento adverso (OMS, 2011).

Para evitar o erro, os serviços de saúde devem promover uma prática segura, priorizando a segurança do paciente como uma estratégia de ação. Em 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, a Organização Mundial da Saúde criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a fim de apoiar o desenvolvimento de políticas e práticas internacionalmente (OMS, 2011). Governo e organizações têm publicado documentos orientadores para direcionar ações nos serviços de saúde.

Os procedimentos e tratamento são complexos e por isso o risco potencial do dano ao paciente nos serviços de saúde é real (ABI *et al.*, 2022). A compreensão acerca do erro considera a interpretação dos dados pelos profissionais (BALAKRISHNAN *et al.*, 2019). Entretanto, o erro não pode ser subestimado pelas pessoas com base na interpretação subjetiva e na sua visão de mundo, pois negar a sua existência seria uma ilusão. A ilusão remete a uma compreensão que não condiz com a realidade, pois a realidade não é facilmente legível. As ideias traduzem a realidade, e podem fazê-la de maneira errônea. O erro e a ilusão ameaçam o conhecimento e levam o ser humano a falsas concepções sobre si, suas ações, e sobre o mundo (MORIN, 2011).

O erro tem suas origens e, é inseparável do conhecimento, sendo encarado como risco ocasional, mas constitui uma ameaça à vida. É necessário esse conhecimento para o enfrentamento dos riscos permanentes do erro e da ilusão presentes na mente humana (MORIN, 2015a).

Frente ao exposto, este estudo foi norteado pela pergunta: Quais conceitos envolvendo a segurança do paciente e o erro vem sendo apresentados nos documentos oficiais brasileiros? O objetivo foi analisar a relação entre os conceitos Segurança do Paciente e Erro expressos nos documentos oficiais brasileiros, sob a perspectiva do pensamento complexo.

Método

Trata-se de uma análise documental, que possibilita explicar ou esclarecer uma questão, de acordo com o objetivo do pesquisador. Um documento possibilita compreender o contexto social e os conceitos, observando o passado recente (COGO;

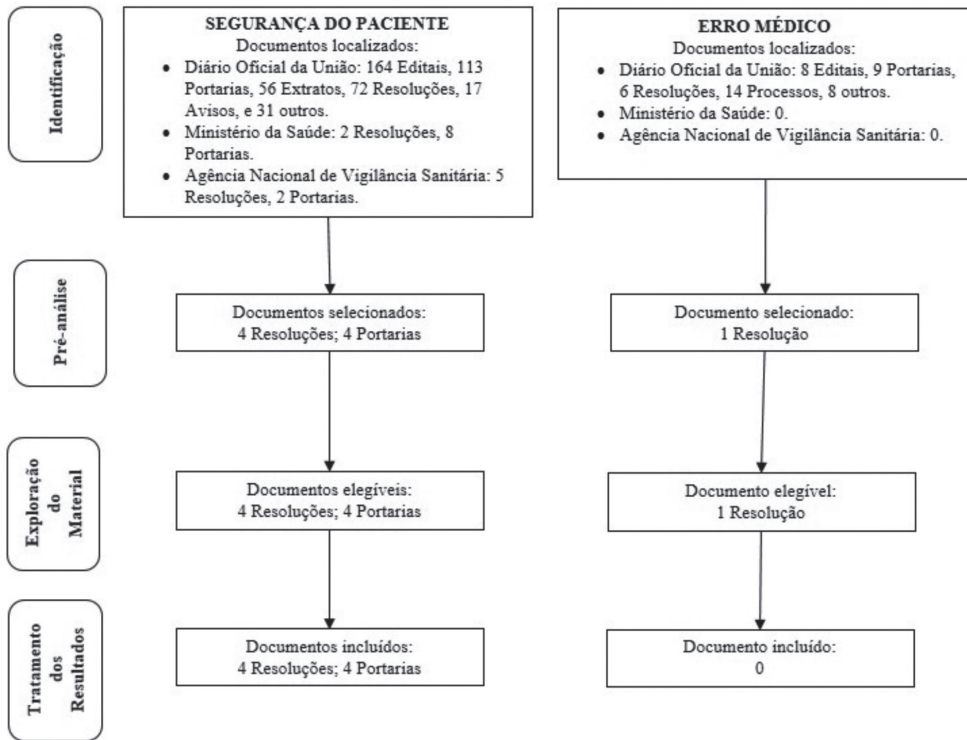
LERCH, 2018). A fim de garantir a credibilidade da pesquisa, foram localizados os documentos originais em três sites brasileiros oficiais: Diário Oficial da União (DOU); Ministério da Saúde (MS); e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para a busca utilizaram-se os descritores Segurança do Paciente e Erro Médico, com recorte temporal de 01 de janeiro de 1999 até 31 de dezembro de 2020. O descritor Erros Médicos não obteve resultados na busca e por isso utilizou-se Erro Médico. A recolha dos documentos foi realizada no período de julho a dezembro de 2019, e atualizada em janeiro de 2021. O recorte inicial do ano deu-se em virtude da publicação do relatório *To Error is Human: building a safer health system* em 1999 (WHO, 2018).

Do total de 498 documentos, foram obtidos 453 para o descritor Segurança do Paciente, e 45 para o descritor Erro Médico. Os documentos localizados foram salvos em arquivo no formato PDF. Para a interpretação dos documentos selecionados, utilizou-se a análise de conteúdo, desenvolvida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do texto para identificar a relação com o objetivo do estudo. Na segunda etapa, a exploração do material, foi realizada a leitura em profundidade dos documentos, sendo incluídos apenas aqueles que apresentassem conceitos relacionados à Segurança do Paciente e ao Erro Médico. Os excertos que continham esses conceitos foram repassados para um arquivo do processador de texto Word® 2013.

Documentos repetidos ou que não atenderam ao escopo deste estudo foram excluídos, como: editais, extratos, avisos, atas, pautas, decisões, processos, despachos, decretos, convênios, pregão eletrônico, projetos, relatórios, termos, extratos, acordãos, entre outros.

A exploração do material foi realizada por meio de codificação do conteúdo textual, considerando similaridades e diferenças, bem como, as propriedades e dimensões do conteúdo relacionado aos conceitos de Segurança do Paciente e Erro Médico. Na fase de tratamento dos resultados, realizou-se a categorização e interpretação dos achados. O processo de seleção dos documentos pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da síntese de busca e seleção de documentos de acordo com as etapas de análise.



Fonte: elaboração própria.

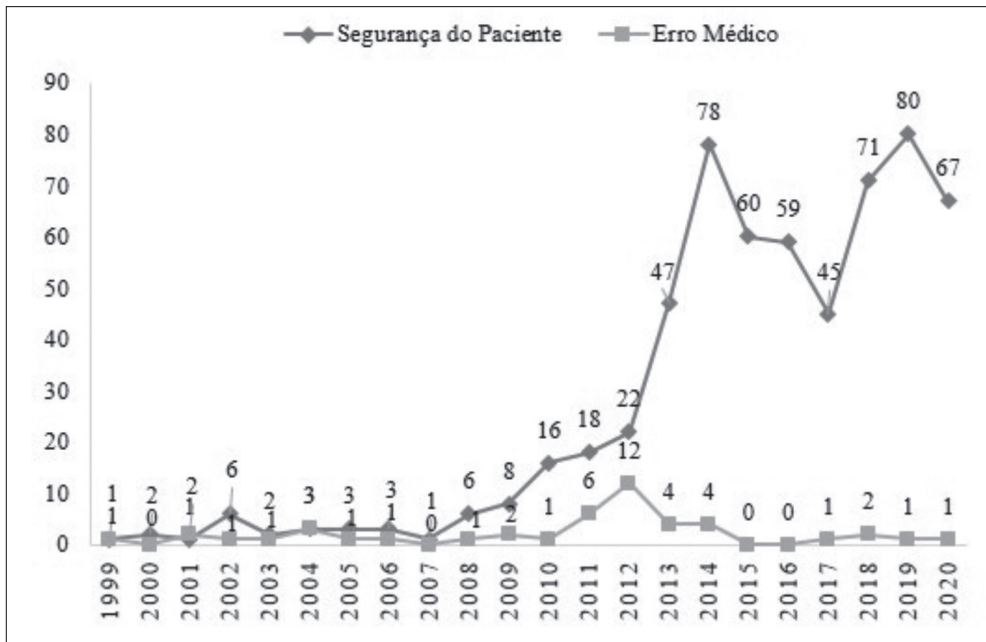
Nos documentos incluídos, não foi identificada a presença de um conceito para Erro Médico, motivo que levou a não inclusão de documentos com esse descritor no presente estudo. Contudo, a leitura em profundidade nos documentos selecionados a partir do descritor Segurança do Paciente, possibilitou identificar a presença de conceitos que remetem ao significado de Erro, como dano, incidente e evento adverso, sendo então incluídos no presente estudo.

Resultados

A busca pelos descritores Segurança do Paciente e Erro Médico durante a fase de identificação dos documentos possibilitou observar a historicidade da utilização dos mesmos. A partir do ano de 2010, houve um aumento progressivo e considerável

no número de documentos que utilizaram a expressão Segurança do Paciente (16) com um pico em 2014 (78) e o ápice em 2019 (80), enquanto para Erro Médico observou-se um leve aumento nos anos 2012 (6) e 2013 (12) com tendência a redução e estabilização conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Série histórica do número de documentos que utilizaram os descritores Segurança do Paciente e Erro Médico no período de 1999 a 2020.



Fonte: elaboração própria. *Não foram considerados os documentos repetidos em mais de um site.

No total, oito documentos foram incluídos no estudo, e os excertos com os conceitos podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1. Recortes de conceitos para o descritor Segurança do Paciente apresentados em documentos oficiais, 1999 a 2020

Conceitos	Anos de Publicação	Site
Segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).	2011	DOU
Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013b; 2013d; 2017a).	2013 2017	DOU, ANVISA, MS
Art. 11. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. [...] § 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado (BRASIL, 2013c).	2013	DOU, MS
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (BRASIL, 2013b; 2014a).	2013 2014	DOU, ANVISA, MS
Implantar estratégias de Segurança do Paciente na Atenção Básica, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos (BRASIL, 2017b).	2017	DOU

Fonte: elaboração própria.

Os conceitos que remetem ao significado de Erro foram identificados em quatro documentos, conforme pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2. Recortes de conceitos sobre o significado de Erro apresentados em documentos oficiais, 1999 a 2020

Conceitos	Anos de Publicação	Site
Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013a; 2013b; 2013d; 2017a).	2013 2017	DOU, ANVISA, MS
Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013b; 2013d; 2017a).	2013 2017	DOU, ANVISA, MS
Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013b; 2013d; 2017a).	2013 2017	DOU, ANVISA, MS

Fonte: elaboração própria.

No geral, os documentos com o maior número de conceitos foram: o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013d) com quatro conceitos, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 (BRASIL, 2013b) com cinco conceitos, ambas publicadas em 2013, e, a Portaria de Consolidação nº 5 (BRASIL, 2017a) com quatro conceitos.

Os achados foram organizados e interpretados, dando origem a duas categorias de análise: Significado de Segurança do Paciente; e, Conceitos relacionados ao significado de Erro.

A primeira categoria “Significado de Segurança do Paciente” remete à proteção do paciente, a minimização de riscos e a prevenção de danos, para atingir finalidades como as melhorias contínuas, boas práticas, e a qualidade da assistência (BRASIL, 2011; 2013b; 2013c; 2013d; 2017a; 2017b). Os documentos apontam os planos de segurança do paciente como um instrumento para melhorias contínuas e a implementação das práticas seguras com a finalidade de prevenir resultados não desejados no cuidado ao paciente (BRASIL, 2013a; 2013b; 2017b).

A segunda categoria “Conceitos relacionados ao significado de Erro” apresenta os conceitos de Incidente, Evento Adverso e Dano que, nessa ordem, referem-se a gravidade de uma ação negativa atingir o paciente. O conceito de incidente expressa a possibilidade de uma ação atingir o paciente de modo negativo (BRASIL, 2013a; 2013b; 2013d; 2017a). Evento adverso se refere à ação que atingiu o paciente de

modo negativo (BRASIL, 2013b; 2013d; 2017a). Dano aparece com uma definição diretamente relacionado a uma ação que atingiu o paciente e teve consequências negativas (BRASIL, 2013b; 2013d; 2017a).

Discussão

Os resultados deste estudo revelam o aumento considerável do uso da expressão de Segurança do Paciente a partir do ano de 2010. Essa visibilidade pode ser compreendida como a crescente preocupação com a proteção do paciente e, conseqüentemente, o estado de atenção que deve guiar os envolvidos no cuidado, fato que culminou com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil em 2013, revelando o reconhecimento da relevância acerca da temática por meio de uma política de saúde.

Todos os documentos oficiais identificados nos sites do MS e ANVISA foram também localizados no DOU, fato esperado, mas que reafirma a importância desse veículo de comunicação como uma fonte de pesquisa. Os resultados do estudo apontam para o Significado de Segurança do Paciente, englobando aspectos de proteção, de minimização de riscos e de prevenção de danos. Para tanto, são necessários instrumentos, como o plano de segurança do paciente, para atingir as finalidades de melhorias contínuas, boas práticas e a qualidade da assistência.

Desse modo, pode-se observar que o conceito utilizado na legislação brasileira (BRASIL, 2013b; 2013c; 2017a; 2013d) está de acordo com o conceito apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a segurança do paciente como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (OMS, 2011, p. 14). E ainda, em alguns documentos, são acrescentadas palavras que ampliam esse conceito (BRASIL, 2011; 2017b). A organização do saber é um desafio que requer a ligação de princípios organizadores em busca de dar sentido aos saberes, evitando a sua acumulação estéril (MORIN, 2014), criando um conhecimento pertinente e com condições de contextualizá-lo numa visão global dos problemas (MORIN, 2015a).

Apesar disso, o Programa Nacional de Segurança do Paciente adota a expressão de forma a contemplar as questões relacionadas à segurança física, mas não inclui a violação dos direitos dos usuários, entendidos como as pessoas afetadas pelos serviços de saúde (BEHRENS, 2019). Os usuários precisam ser envolvidos nos processos de garantia da segurança, para que reforcem as barreiras a erros, identifiquem e relatem

quaisquer sinais de eventos adversos (BARBOZA, 2020). É preciso considerar os elementos inseparáveis que constituem o todo interativo e inter-retroativo entre objeto de conhecimento e contexto, e também os elementos que constituem as complexidades humanas, históricas e sociais (MORIN, 2011; 2015b).

Os erros são considerados um problema de saúde pública e implicam em graves consequências também para os profissionais de saúde como sofrimento emocional e falta de apoio institucional (PEREIRA *et al.*, 2020; PALOSKI *et al.*, 2021). Para além do significado, a segurança do paciente é reforçada pela união e trabalho em equipe. Trata-se de um processo de transformação institucional e do sistema de saúde, e requer o uso de estratégias educativas como a educação permanente em saúde (WEGNER *et al.*, 2016). A educação pode ajudar a nos tornarmos melhores e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento, tornando-se um meio para evitar o erro e a ilusão. É preciso inserir um conhecimento particular em seu contexto e situá-lo no conjunto. Um conhecimento com aptidão para religar, contextualizar, ou seja, para situar uma informação ou um saber em seu contexto natural (MORIN, 2014; 2015b).

Para promover a segurança é preciso incluir a humanização no cuidado, valorizando o acolhimento, o toque, a escuta ativa, o lúdico e envolver os acompanhantes como usuários do serviço de saúde (WEGNER *et al.*, 2016). Valorizar a participação dos usuários contribui para o alcance de melhores resultados, respeitando direitos básicos e possibilitando que o mesmo atue como um colaborador engajado com a sua segurança e qualidade do sistema de saúde (BRASIL, 2013d; BEHRENS, 2019). Assim, a união entre a unidade e a multiplicidade possibilita a compreensão da complexidade (MORIN, 2011).

A segurança do paciente, enquanto cultura organizacional, tem sido adotada pelos serviços de saúde, partindo de problemas e buscando soluções, de modo que os profissionais se sintam empoderados a participar, revendo processos de trabalho, sugerindo, e induzindo a mudança de comportamentos para atitudes mais seguras (MINUZZI *et al.*, 2016). Quando o pensamento simplificador falha, surge a complexidade, integrando tudo o que estabelece ordem, clareza, distinção e precisão no conhecimento, levando a um novo conhecimento e organização (MORIN, 2015b). A cultura de segurança representa o resultado dos valores individuais e do grupo, as atitudes e comportamentos que traduzem o compromisso institucional (COSTA *et al.*, 2018) e estimula o desenvolvimento de um ambiente organizacional favorável a compreender e gerenciar o erro (DUARTE *et al.*, 2020).

A busca por caminhos que comprovadamente levam a resultados pode ser compreendida como um exercício de racionalidade, evitando os erros da razão. A atividade racional da mente é o que permite diferenciar o imaginário do real, sendo, portanto, uma das formas de proteção contra o erro e a ilusão. A racionalidade não deve se fechar em si mesma, sob o risco de perder a potência de autocrítica e tornar-se uma doutrina, convertendo-se em racionalização, a qual nega a contestação de argumentos e a verificação empírica, ou seja, o erro da razão (MORIN, 2011). Nesse sentido, as práticas baseadas em evidências por exemplo, devem permitir a autocrítica, contestando e reconstruindo, ou mesmo reafirmando a evidência.

O Plano de Segurança do Paciente é apresentado como um dos instrumentos para a busca de melhorias contínuas, instituir boas práticas e alcançar a qualidade na assistência (BRASIL, 2013b). O plano deve ser construído, coletivamente, apresentando ações, metas, e descrevendo as atividades a serem monitoradas (SIMAN; BRITO, 2018). Contudo, não há certeza de que a pureza dos meios direcione aos fins desejados (MORIN, 2011). A parte (plano) precisa estar impregnada do todo (serviço de saúde), possibilitando que o plano represente o serviço e o serviço esteja representado no plano, conforme o princípio hologramático da complexidade (MORIN, 2015b).

A categoria “Conceitos relacionado ao Significado de Erro” permite visualizar uma associação com: incidente, ou seja, a possibilidade de uma ação atingir o paciente de modo negativo; evento adverso, a ação que atingiu o paciente de modo negativo; e dano, a ação que atingiu o paciente negativamente com comprometimento da estrutura ou função do corpo. Esses conceitos estão em consonância com os utilizados pela OMS (2011). O monitoramento de indicadores relacionados a esses conceitos, unidos a processos baseados em melhores práticas e evidências científicas, orientam a gestão de riscos para o alcance dos resultados esperados em saúde (TSAI *et al.*, 2020).

Admitir a possibilidade e a presença do erro durante o cuidado é essencial para preveni-lo e para implantar a cultura de segurança (WEGNER *et al.*, 2016), adotando estratégias para reconhecer o erro, minimizar seus efeitos, e evitá-lo (OLIVEIRA *et al.*, 2022). O erro não é um ato isolado, resulta de uma sequência de eventos (MINUZZI *et al.*, 2016). Portanto, pode ser compreendido como algo coletivo, fonte de ensinamento, alerta para os profissionais sobre as práticas de saúde, uma oportunidade para gerar conhecimento (WEGNER *et al.*, 2016). Nesse sentido, conceber o contexto, o global, a relação do todo e das partes, o multidimensional

e o complexo, concede ao conhecimento o atributo de pertinente. Todavia, o conhecimento comporta em si mesmo o risco do erro e da ilusão (MORIN, 2011).

O conhecimento é fruto de uma construção da linguagem e do pensamento que exteriorizam a incerteza humana e, por isso, está de alguma forma ameaçado pelo erro e pela ilusão. O erro e a ilusão conduzem às cegueiras do conhecimento porque parasitam a mente humana, levando à falsas concepções das quais ninguém está livre (MORIN, 2011; 2014). Reconhecer essa situação constitui um desafio que requer a tomada de consciência. Essa inicia quando se compreende que o erro, a ignorância e a cegueira avançam concomitantemente ao conhecimento (BARBOZA *et al.*, 2020).

Em geral, os estabelecimentos de saúde não preparam os profissionais para dar informações sobre um erro cometido (BEHRENS, 2019). Estudo realizado em instituições hospitalares Sul brasileiras revelou que 17,6% dos profissionais acreditam que seus erros e falhas podem ser usados contra eles (SIMAN; BRITO, 2018). Os sentimentos de vergonha, culpa, medo de punições judiciais, éticas e sociais, somados a pouca instrumentalização oferecida pela formação são fatores que interferem no modo como os profissionais lidam com os erros (WEGNER *et al.*, 2016). As experiências de judicialização podem colaborar para que as instituições estabeleçam barreiras que previnam os erros e respaldem legalmente os profissionais (SOUZA *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que na perspectiva do pensamento complexo, existem dois erros a respeito do Erro: um é superestimá-lo e outro é subestimá-lo. O erro ignorado é nefasto, e o erro reconhecido, analisado e ultrapassado é positivo. Diante do objetivo de compreender e intervir nas causas dos erros, comparando à medicina hipocrática, a punição é apenas o tratamento dos sintomas e não das causas (MORIN, 2015a). Desse modo, os erros podem ser fontes de aprendizagem: ao invés de servirem para culpar e punir, possibilitam a adoção de processos menos complicados e mais eficientes (SEIFFERT *et al.*, 2020).

Para a complexidade, elementos diferentes são inseparáveis e constituem um todo, um tecido interdependente (MORIN, 2011). Assim, o erro deve ser abordado de forma sistêmica, em um ambiente seguro e de confiança, para que os profissionais possam conversar sobre ele, analisá-lo, e monitorá-lo (SIMAN; BRITO, 2018). Desse modo, observa-se uma dualidade entre o medo diante do erro e o desejo de gerar um ambiente de segurança. A exposição clara acerca do erro, realizada em meio a elos de confiança, propicia a discussão e uma intervenção nos processos de trabalho e

educação que fortalece os profissionais para o desenvolvimento da cultura de segurança e do cuidado em saúde de modo seguro (TEODORO *et al.*, 2020), assim como o compartilhamento de responsabilidades no trabalho coletivo (SANTOS, 2020).

Aquilo que ocasiona o erro tem origem no modo como organizamos as ideias e os saberes (MORIN, 2015b) e os colocamos em prática. O erro permeia as percepções e sentidos humanos e geram a ilusão (MORIN, 2011). Os erros intelectuais se referem às teorias e ideologias que embasam nossos sistemas de ideias, e também estão sujeitas ao erro e a ilusão, ao mesmo tempo que os protege. Informações não convenientes, argumentos contrários ou que não podem ser compreendidos pelo nosso sistema de ideias, encontram em nós a tendência a resistir a sua assimilação (MORIN, 2011). A identificação de um evento adverso, ou seja, um erro não intencional (PEREIRA *et al.*, 2021) possibilita compreender que “eventos adversos não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins. Esse conceito está transformando o foco anterior sobre o erro individual pelo foco nos defeitos do sistema” (BRASIL, 2014b, p. 17).

Considerações finais

Este estudo analisou qualitativamente em documentos oficiais brasileiros, os conceitos relacionados à Segurança do Paciente e ao Erro, originando duas categorias temáticas, discutidas à luz do pensamento complexo. A Segurança do Paciente remete à proteção do paciente, à minimização de riscos e à prevenção de danos, que visa melhorias contínuas, boas práticas e a qualidade da assistência.

Os resultados apontam ainda para o significado de Erro relacionado a incidente, evento adverso e dano, e referem-se à gravidade de uma ação negativa atingir o paciente. Faz-se necessário (re)conhecer o erro como um evento inerente aos serviços de saúde, e compreendê-lo, a fim de preveni-lo, pois negar essa realidade é uma ilusão.

Essa compreensão cuidadosa instiga repensar aspectos da prática profissional considerando a complexidade humana sob pontos que podem parecer invisíveis no trabalho em saúde. Desse modo, o uso da racionalidade nos protege do erro e da ilusão porque possibilita o avanço do pensamento, ampliando a compreensão e o desenvolvimento do conhecimento.

A racionalidade oferece a oportunidade de repensar práticas pré-estabelecidas, em direção a promover um cuidado seguro e de qualidade, superando o reducionismo do pensamento simplificador. Entretanto, a racionalidade não deverá se fechar em

si mesma, sob o risco de perder a potência de autocrítica e negar a contestação de argumentos e a verificação empírica, ou seja, o erro da razão. É preciso buscar um conhecimento pertinente, com condições de contextualizar as diferentes situações e proporcionar uma visão global dos problemas.

A pesquisa dos conceitos exclusivamente em documentos oficiais brasileiros pode ser considerada uma limitação deste estudo, tendo em vista que a segurança do paciente é uma preocupação internacional. Assim, sugere-se que pesquisas futuras ampliem a busca dos documentos e identifiquem como a segurança do paciente vem sendo regulamentada em diferentes contextos.

Acredita-se que o presente estudo contribui com a prática profissional à medida que os profissionais entenderem o erro como um fenômeno intrínseco ao cuidado, permitindo-se o autoquestionamento e a autocrítica sobre suas ações e julgamentos, e transformando sentimentos como culpa, vergonha e medo em força incansável para superar a ilusão, compreendendo e prevenindo qualquer risco que possa levar ao erro e interferir na segurança do paciente. Essa compreensão pode ser considerada um importante passo para a proteção do paciente e na qualidade da assistência à saúde.¹

Agradecimentos

PROEX 0364/2021 CAPES. Programa UNIEDU/FUMDES Pós-graduação. Bolsa de Doutorado. Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código 001. Florianópolis, SC, Brasil. Bolsa de Doutorado. CAPES – PROEX. Processo n. 888887.595431/2020-00.

Referências

ABI, A. X. C. F. *et al.* O Healthcare Failure Mode and Effect Analysis como ferramenta de avaliação de protocolos assistenciais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 75, n. 3, 2022.

BALAKRISHNAN, K. *et al.* Patient safety/quality improvement primer, part ii: prevention of harm through root cause analysis and action (RCA2). *Otolaryngology– Head and Neck Surgery*. v. 161, n. 6, p. 911-921, 2019.

BARBOZA, T. C. *et al.* Retrospective study of immunization errors reported in an online Information System. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 2020.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Trad. de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011.

BASILE, L. C. *et al.* Análise das ocorrências de incidentes relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos dispensados em hospital de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 40, n. esp, 2019.

BATISTA, J. *et al.* Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 40, n. esp., 2019.

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Revista Bioética*, v. 27, n. 2, p. 253-260, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. *Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013*. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011*. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014*. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

COGO, S. B. L.; LERCH, V. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. *Texto & Contexto - Enfermagem*. v. 27, n. 3, 2018.

- COSTA, D. B. *et al.* Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto & Contexto - Enfermagem*. v. 27, n. 3, 2018.
- DUARTE, S. C. M. *et al.* Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 73, n. 2, 2020.
- GONÇALVES, A. F. *et al.* Estratégias e implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*. v. 2, n. 1, p. 378-393, 2019.
- INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press (US). v. 32, n. 9, 2000.
- MAIA, C. S. *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 27, n. 2, 2018.
- MINUZZI, A. P. *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Escola Anna Nery*. v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita*. 21ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
- MORIN, E. *Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação*. Trad.: Edgar de Assis Carvalho e Mariza Pesassi Bosco. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015a.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Editora Sulina, 2015b.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.
- OLIVEIRA, T. G. P. *et al.* Involvement of companions in patient safety in pediatric and neonatal units: scope review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 75, n. 3, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Genebra: OMS, 2011.
- PALOSKI, G. R. *et al.* Segurança do paciente: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca do erro assistencial ao paciente. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* Brasília, v. 10, n. 4, 2021.
- PEREIRA, A. S. N.; PORTO, C. C.; ALMEIDA, R. J. Erro médico e seu potencial Iatrogênico: Uma revisão sistemática. *Brazilian Applied Science Review*, v. 5, n. 1, 2021.
- SANTOS, T. *et al.* Protocolo para uso seguro de medicamentos em serviço de transplante de medula óssea. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020.
- SEIFFERT, L. S. *et al.* Indicadores de efetividade da assistência de enfermagem na dimensão segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, 2020.
- SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Dimension prescribed and reality of practices of health professionals in the context of patient safety. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 26, 2018.

SOUZA, C. S. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. esp., 2019.

SOUZA, V. S. *et al.* Desdobramentos judiciais do erro na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 6, p. 700-706, 2019.

TEODORO, R. F. B, *et al.* Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente. *Rev Fun Care Online*, v. 12, p. 463-470, 2020.

TSAI, J.; PONTES, L. C. F.; CAPUCHO, H. C. Processo de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviço de saúde, de 2016 a 2019: uma análise sob a óptica da vigilância sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate*, v. 8, n. 4, p. 47-56, 2020.

WEGNER, W. *et al.* Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 3, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 71st World health assembly 2018 side event – summary. *Global Action on Patient Safety for Achieving Effective Universal Health Coverage*. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety*. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety: making health care safer*. Geneva: WHO, 2017.

Nota

¹ F. K. Metelski e F. D. Engel: concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. A. L. S. F. de Mello: concepção do estudo, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. B. H. S. Meirelles: concepção do estudo, aprovação da versão final a ser publicada.

Abstract

Patient safety and error from the perspective of complex thinking: documentary research

Objective: To analyze the concepts related to Patient Safety and Error expressed in Brazilian official documents, from the perspective of complex thinking. **Method:** Documentary research on the websites of the Federal Official Gazette, Ministry of Health, and Patient Safety of the Brazilian Health Regulatory Agency. The descriptors Patient Safety and Medical Error were used in the period from 1999 to 2020. The excerpts were treated following the Content Analysis technique, developed in three stages: pre-analysis; exploration of the material; and treatment of results. **Results:** Of the total of 498 documents, nine were selected and originated the categories: Meaning of patient safety and Concepts related to the meaning of error. **Final considerations:** Patient safety refers to protection, risk minimization and harm prevention, continuous improvements, good practices, and quality of care. An error refers to an incident, adverse event, and harm. To prevent an error, it is necessary to recognize and understand it as an event inherent to health services. Thus, rationality protects us from error and illusion, allows thought advancement, accepts self-criticism and argument contestation, expands understanding and development of knowledge.

► **Keywords:** Patient safety. Medical errors. Health policy. Quality of health care.

