

# Glossário de termos em Segurança do Paciente

Material de apoio para publicação em [www.cuidarseguro.com.br](http://www.cuidarseguro.com.br)

Este glossário foi preparado para apoiar profissionais, estudantes, pacientes e familiares na compreensão dos termos mais utilizados em segurança do paciente. A proposta é tornar a linguagem técnica mais clara, sem perder o rigor conceitual.

A base conceitual principal é a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS/ICPS) e o capítulo “Taxonomia em segurança do paciente”, de Walter Mendes, no livro da Fiocruz Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde, especialmente a partir da página 59.

Como usar: este material pode acompanhar casos clínicos, aulas, treinamentos, protocolos, textos para pacientes e discussões de eventos adversos. Não substitui normas institucionais, legislação vigente nem julgamento clínico.

## Por que um glossário?

A área de segurança do paciente nasceu com muitos termos usados de formas diferentes. A própria Fiocruz recorda, na página 59 do capítulo de taxonomia, que a diversidade de definições produziu uma espécie de “Torre de Babel”: havia múltiplas definições para erro, evento adverso e evento adverso relacionado a medicamentos. A padronização proposta pela OMS ajuda a transformar relatos dispersos em informação útil para aprender e melhorar o cuidado.

A linguagem comum também evita dois extremos: minimizar incidentes graves por medo de nomeá-los e chamar todo problema de “erro” ou “culpa”, sem investigar fatores contribuintes, barreiras frágeis e oportunidades de melhoria.

# Glossário essencial

Os termos abaixo estão em ordem alfabética e foram redigidos em linguagem prática para uso educacional.

<b>Termo</b>	<b>Significado prático</b>
<b>Análise de causa raiz</b>	Método estruturado de investigação que busca compreender causas profundas e fatores contribuintes de um incidente, evitando encerrar a análise na “culpa” de uma pessoa.
<b>Ação de melhoria</b>	Medida adotada depois do incidente para melhorar o cuidado, apoiar o paciente, reparar danos possíveis e fortalecer o sistema.
<b>Ação para reduzir risco</b>	Mudança proativa ou reativa destinada a diminuir a probabilidade de novos incidentes ou sua gravidade. Exemplo: padronizar rótulos, implantar prescrição eletrônica segura e treinar comunicação em equipe.
<b>Barreira de segurança</b>	Defesa planejada para evitar que um perigo alcance o paciente ou cause dano. Pode ser tecnológica, física, organizacional, educativa ou comunicacional.
<b>Características do incidente</b>	Descrição do que aconteceu: onde, quando, como, quem esteve envolvido, quem detectou, como foi comunicado e qual foi a sequência de eventos.
<b>Características do paciente</b>	Informações sobre a pessoa cuidada que ajudam a entender o contexto do incidente: idade, condição clínica, diagnóstico, vulnerabilidades, motivo do atendimento e trajetória no serviço.
<b>Circunstância notificável</b>	Situação com potencial significativo de dano, mesmo sem ter ocorrido um incidente concreto. Exemplo: sala cirúrgica sem material essencial antes de um procedimento de urgência.
<b>Cuidado de saúde</b>	Serviços prestados a indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Inclui ações clínicas, preventivas, diagnósticas, terapêuticas, reabilitadoras e paliativas.
<b>Cultura de segurança</b>	Valores, atitudes e comportamentos que fazem a equipe priorizar segurança, comunicar riscos, aprender com falhas e evitar respostas apenas punitivas.
<b>Cultura justa</b>	Abordagem que diferencia erro humano, comportamento de risco e conduta imprudente. Busca responsabilização proporcional, aprendizado e melhoria do sistema.
<b>Dano</b>	Comprometimento da estrutura ou função do corpo, ou efeito deletério decorrente de um evento. Pode incluir lesão física, sofrimento, incapacidade, disfunção, dano psicológico, dano social ou morte.
<b>Dano associado ao cuidado de saúde</b>	Dano que surge de planos, ações ou omissões durante o cuidado, e não apenas da doença de base do paciente.
<b>Detecção</b>	Descoberta de um incidente ou perigo. Pode ocorrer por alarme, checklist, dupla checagem, observação de um profissional, relato do paciente ou análise de dados.

<b>Termo</b>	<b>Significado prático</b>
<b>Disclosure / comunicação aberta</b>	Comunicação honesta, empática e transparente com paciente e família após um incidente, incluindo o que se sabe, o que está sendo feito, quais cuidados serão oferecidos e como a organização pretende aprender.
<b>Efeito secundário</b>	Efeito conhecido, além do efeito principal desejado, relacionado às propriedades farmacológicas de um medicamento. Pode ser esperado, monitorável e, em alguns casos, aceitável diante do benefício terapêutico.
<b>Erro</b>	Falha em executar uma ação planejada como pretendido ou uso de um plano incorreto. Pode ocorrer na fase de planejamento ou execução. Por definição, o erro não é intencional.
<b>Erro de comissão</b>	Erro por fazer algo errado. Exemplo: administrar medicamento, dose, via ou paciente incorretos.
<b>Erro de medicação</b>	Falha no processo de prescrição, dispensação, preparo, administração ou monitorização de medicamento que pode causar ou levar a uso inadequado e dano ao paciente.
<b>Erro de omissão</b>	Erro por deixar de fazer algo necessário. Exemplo: não administrar antibiótico profilático indicado, não checar alergia ou não monitorar um parâmetro crítico.
<b>Evento adverso</b>	Incidente que resulta em dano ao paciente. O elemento essencial é o dano associado ao cuidado, e não apenas a existência de uma falha no processo.
<b>Evento sentinela</b>	Evento inesperado de grande gravidade, como morte ou perda grave e permanente de função, que sinaliza necessidade de investigação imediata e ações sistêmicas.
<b>Fator contribuinte</b>	Circunstância, ação ou influência que participa da origem, desenvolvimento ou aumento do risco de um incidente. Pode envolver pessoas, comunicação, ambiente, tecnologia, organização, paciente ou fatores externos.
<b>Fatores humanos</b>	Aspectos do desempenho humano que influenciam segurança: atenção, fadiga, memória, comunicação, carga de trabalho, liderança, tomada de decisão, desenho de tarefas e interação com equipamentos.
<b>Iatrogenia</b>	Termo tradicionalmente usado para dano provocado por ato ou omissão durante o cuidado. A ICPS prefere linguagem mais ampla, como dano associado ao cuidado de saúde, porque o cuidado envolve muitos profissionais e ambientes.
<b>ICPS</b>	Sigla de International Classification for Patient Safety, a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente proposta pela OMS. Ela reúne conceitos preferenciais, definições e relações entre termos para facilitar comparação, monitoramento e aprendizagem.
<b>Incidente relacionado ao cuidado</b>	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. É o termo guarda-chuva que inclui quase incidentes, incidentes sem dano e eventos adversos.

<b>Termo</b>	<b>Significado prático</b>
<b>Incidente sem dano</b>	Incidente que atingiu o paciente, mas não produziu dano identificável. Exemplo: medicamento errado administrado, porém sem consequência clínica mensurável.
<b>Mitigação</b>	Ação ou circunstância que impede ou reduz a progressão do incidente e modera seu impacto. Exemplo: reconhecer rapidamente uma troca de medicação e instituir monitorização e tratamento adequados.
<b>Near miss / quase evento</b>	Incidente que não chegou a atingir o paciente. A expressão “quase erro” é menos adequada, porque muitas vezes o erro ocorreu, mas foi interceptado antes de alcançar o paciente.
<b>Nosocomial</b>	Termo historicamente associado ao hospital, especialmente em “infecção nosocomial”. Em segurança do paciente, prefere-se linguagem que inclua todos os ambientes de cuidado, como serviços ambulatoriais, domiciliares e atenção primária.
<b>Notificação de incidente</b>	Registro estruturado de incidentes, quase eventos ou circunstâncias de risco para permitir análise, aprendizagem e prevenção. Deve ser simples, não punitivo e orientado à melhoria.
<b>Paciente</b>	Pessoa que recebe cuidado de saúde. Em alguns países de língua portuguesa, usa-se também o termo doente. A escolha do termo não deve diminuir sua autonomia, dignidade ou participação no cuidado.
<b>Perigo</b>	Fonte, situação, agente ou ação com potencial de causar dano. Um medicamento de alta vigilância, uma prescrição ilegível, um equipamento sem manutenção ou uma transferência mal comunicada podem funcionar como perigos.
<b>Qualidade do cuidado</b>	Grau em que o cuidado aumenta a probabilidade de bons resultados para indivíduos e populações, de acordo com o conhecimento profissional disponível. Inclui segurança, efetividade, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade.
<b>Reação adversa a medicamento</b>	Dano inesperado decorrente de tratamento justificado e corretamente executado para o contexto. Difere do erro de medicação, em que há falha no processo de uso do medicamento.
<b>Resiliência do sistema</b>	Capacidade de o sistema detectar, impedir, absorver, atenuar e aprender com perigos e incidentes, mantendo cuidado seguro mesmo em condições variáveis.
<b>Risco</b>	Probabilidade de ocorrer um incidente ou dano. Na prática, o risco combina chance de ocorrência e gravidade possível do resultado.
<b>Segurança do paciente</b>	Conjunto de práticas, culturas, processos e barreiras que buscam reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde. Não é ausência absoluta de risco, mas gestão contínua do risco.
<b>Taxonomia</b>	Linguagem organizada para nomear, classificar e relacionar conceitos. Em segurança do paciente, ajuda diferentes equipes e instituições a falarem a mesma língua ao registrar, investigar e aprender com incidentes.

<b>Termo</b>	<b>Significado prático</b>
<b>Violação</b>	Desvio deliberado de regra, protocolo ou padrão. Nem toda violação nasce de má intenção: algumas se tornam rotineiras em ambientes pressionados, mal desenhados ou com cultura permissiva.

# Relações importantes entre os termos

## Perigo, risco e dano

O perigo é aquilo que pode causar dano; o risco é a chance de o dano ocorrer; o dano é a consequência negativa quando o perigo atinge o paciente e produz efeito deletério.

## Incidente, near miss e evento adverso

Incidente é o termo amplo. Quando não alcança o paciente, é near miss. Quando alcança, mas não causa dano, é incidente sem dano. Quando causa dano, é evento adverso.

## Erro e violação

Erro é não intencional. Violação é desvio deliberado de uma regra ou procedimento. Ambos podem ser influenciados por ambiente, cultura, pressão de tempo, liderança, desenho do trabalho e disponibilidade de recursos.

## Erro de medicação e reação adversa

No erro de medicação, há falha no processo de uso do medicamento. Na reação adversa, o tratamento foi indicado e executado corretamente, mas ocorreu dano inesperado.

## Pessoa e sistema

A investigação moderna não ignora a responsabilidade profissional, mas evita parar na culpa individual. Pergunta também: que condições tornaram a falha possível e que barreiras poderiam tê-la evitado?

# Exemplo aplicado

Em um caso de prescrição ilegível, administração de medicamento errado e atraso na preparação de uma sala para procedimento urgente, podemos nomear os elementos assim:

Elemento	Aplicação no caso
<b>Perigos</b>	Prescrição manual apressada, medicamentos com nomes parecidos, profissional inseguro para questionar, sala não preparada.
<b>Riscos</b>	Administração de medicamento incorreto, atraso terapêutico, piora clínica e dano evitável.
<b>Incidente</b>	Erro de medicação e falha de processo assistencial no preparo da sala.
<b>Evento adverso</b>	Há evento adverso se o incidente resultou em dano ao paciente, como lesão, piora clínica, prolongamento da internação ou perda funcional.
<b>Fatores contribuintes</b>	Pressão assistencial, comunicação hierárquica deficiente, cultura pouco aberta ao questionamento, ausência de dupla checagem, falha de coordenação e planejamento.
<b>Ações para reduzir risco</b>	Prescrição eletrônica ou legível, protocolo de medicamentos de alta vigilância, comunicação segura, preparo antecipado da sala, checklist de prontidão e cultura justa.

## Cuidados na comunicação dos termos

- Evite usar “erro médico” como sinônimo de falha assistencial. Muitos incidentes envolvem equipe, processos, tecnologia, ambiente, comunicação e gestão, não apenas médicos.
- Evite chamar near miss de “quase erro” sem explicar: em muitos casos, o erro ocorreu, mas foi interceptado antes de atingir o paciente.
- Evite usar evento adverso quando não houve dano, se estiver adotando a taxonomia OMS/ICPS. Uma queda sem dano, por exemplo, é incidente sem dano; uma queda com fratura é evento adverso.
- Ao comunicar incidentes, prefira linguagem descritiva: o que aconteceu, qual foi o dano, o que está sendo feito agora e o que será mudado para reduzir a chance de repetição.

## Referências

World Health Organization; WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. Geneva: World Health Organization; 2010. Document number: WHO/IER/PSP/2010.2.

Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2a ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP/Fiocruz; 2019. Capítulo 3: Taxonomia em segurança do paciente.

World Health Organization. Patient safety. Fact sheet. Geneva: WHO; 2023.

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