

# 18. A segurança do paciente no cuidado odontológico

*Claudia Dolores Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa*

Neste capítulo, será apresentado um panorama sobre o atual estágio da segurança do paciente em odontologia. As características do cuidado odontológico e sua implicação para a segurança do paciente, algumas pesquisas/investigações que vêm sendo realizadas a respeito do assunto, os principais eventos adversos (EA) apontados na literatura, bem como as sugestões para mitigar o problema serão destacadas.

## Características do cuidado odontológico que implicam a segurança do paciente

A odontologia é uma atividade prioritariamente invasiva, desenvolvida mediante a execução de procedimentos numerosos e repetitivos que, se aliados à complexidade tecnológica e ao contato bem próximo com sangue e saliva, têm grande capacidade para provocar EA – incidente com dano desnecessário oriundo do cuidado. A profissão apresenta singularidades que podem implicar diretamente a segurança do paciente (Perea-Pérez et al. 2011a; Yamalik, Perea-Pérez 2012). A seguir, abordaremos algumas delas.

## Fragmentação do cuidado

Distintas categorias profissionais atuam na área odontológica. No Brasil, as categorias profissionais habilitadas são: cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal, técnico em prótese dentária e auxiliar em prótese dentária. O cirurgião-dentista, o técnico e o auxiliar em saúde bucal lidam diretamente com o paciente; os dois últimos, porém, unicamente sob a supervisão do cirurgião-dentista. O técnico e o auxiliar em prótese dentária executam a parte mecânica

No Capítulo 7, “Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente”, do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*, você poderá avaliar aspectos da comunicação entre todos os envolvidos no cuidado, seus impactos na segurança do paciente e as sugestões de estratégias e técnicas para melhorar a comunicação.

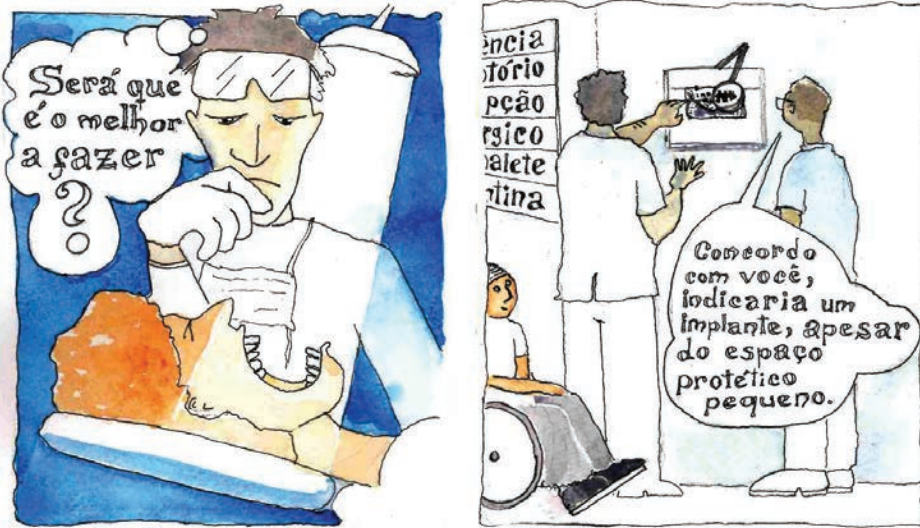
dos trabalhos odontológicos solicitada pelo cirurgião-dentista, sendo-lhes vedado prestar cuidado direto ao paciente (Conselho Federal de Odontologia 2012).

Além do envolvimento dessas categorias profissionais, o conhecimento se expandiu muito. Hoje, a profissão de cirurgião-dentista se divide em várias especialidades. É muito comum o paciente consultar mais de um especialista a fim de dar continuidade e concluir seu tratamento. Algumas vezes, essa movimentação ocorre em uma mesma unidade, com múltiplas especialidades; em outras, o paciente precisa deslocar-se entre consultórios distantes um do outro. Compreende-se, portanto, que promover a articulação do cuidado odontológico não é tarefa simples. Muitas vezes ocorre a perda de continuidade e a fragmentação do processo de trabalho, favorecendo o acontecimento de EA.

## Prática solitária e afastamento da discussão sobre o assunto

O cuidado odontológico é de modo predominante ambulatorial. O atendimento realizado em ambiente hospitalar é reservado, principalmente, aos procedimentos relacionados às especialidades de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e odontologia hospitalar. Como a discussão sobre a segurança do paciente tem se intensificado nos hospitais (mais afeito a campanhas, cursos e maior controle dos EA que nos ambientes ambulatoriais), em tese, apenas essa reduzida parcela dos profissionais de odontologia, a que trabalha em hospitais, teria maior proximidade com o assunto, e a maior parte se encontraria apartada do debate.

Ainda em relação ao ambiente de trabalho, de forma distinta do hospital, onde os casos clínicos, em geral, costumam ser conversados entre os pares, na prática odontológica, predominantemente solitária, muitas vezes, o cirurgião-dentista se vê obrigado a tomar decisões durante o atendimento em seu consultório, prescindindo de outro olhar, o que poderia ser valioso para dirimir dúvidas, ajudar a direcionar condutas e até evitar erros.



Por outra vertente, em relação a seu processo de trabalho, ainda que o ideal seja dispor de um técnico ou um auxiliar em saúde bucal para realizar o trabalho a quatro mãos, muitas vezes, o cirurgião-dentista trabalha sozinho e em consultórios individualizados. Esse isolamento dificulta a discussão sobre os incidentes que, quando ocorrem, diversas vezes, ficam restritos ao conhecimento do profissional e do paciente, em especial quando resolvidos sem que se pare para compreender os motivos da ocorrência.

Outro aspecto é que, diante de uma complicação do tratamento ou uma urgência odontológica, o paciente, muitas vezes, não volta ao mesmo profissional, recorre às unidades de emergência hospitalar ou a outro cirurgião-dentista. Nesse caso, o profissional que possa ter cometido um erro e ocasionado um EA não tomará conhecimento do problema e, dessa forma, não terá oportunidade de reavaliar e compreender a situação de modo a buscar evitar novos acontecimentos.

Por último, apesar de amplamente utilizado o bordão “errar é humano”, nem mesmo para o profissional de saúde é simples internalizar que o erro é inerente à sua condição humana. Assim, a inadmissão do erro, que obscurece a discussão do EA, também pode estar associada ao medo do afastamento da clientela e à perda de credibilidade, posto que, na maior parte dos países, o cuidado odontológico é de modo predominante privado, e a escolha do cirurgião-dentista embute a confiança do paciente na sua capacidade e qualificação técnica, diretamente associada ao ideário vigente de que o bom profissional não erra.

## A crescente complexidade tecnológica

Conforme as demais áreas da Saúde, a complexidade tecnológica em odontologia só vem aumentando ao longo do tempo. Se, por um lado, isso é bom, porque facilita diagnósticos e agiliza a terapêutica, por outro, é preocupante, uma vez que toda a sofisticação que faz parte do dia a dia do atendimento odontológico implica ampliação do risco da ocorrência de EA.

Alarga-se, a cada dia, a gama de dispositivos essenciais à prática odontológica. Hebballi et al. (2015) utilizaram, como fonte de dados, o sistema *Manufacturer and User Facility Device Experience* (Maude), mantido pela agência estadunidense *Food and Drug Administration* (FDA), e realizaram um levantamento dos problemas relacionados aos dispositivos utilizados em odontologia, notificados no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2011. O estudo identificou que aqueles relativos aos dispositivos para implantes dentários foram os mais frequentes; encontrados, todavia, problemas mais raros, ou pelo menos pouco conhecidos, como hematológicos e neurológicos, atribuídos à utilização de adesivos com zinco para a fixação de próteses removíveis.

Outros exemplos podem ilustrar a problemática:

- ✿ a sedação consciente, usada para reduzir a ansiedade e aumentar a colaboração do paciente diante do tratamento odontológico, envolve riscos, tais como: complicações respiratórias, danos aos sistemas imunológicos e hematológicos, alucinações; havendo, ainda, como desvantagem, a possibilidade de mascarar os sintomas de uma emergência médica (Corcuera-Flores et al. 2016);
- ✿ exames de imagem utilizados constantemente para auxiliar nos diagnósticos e conduzir terapêuticas expõem profissionais e pacientes à radiação ionizante (Nenad et al. 2016);
- ✿ equipamentos criados a fim de agilizar procedimentos, como os instrumentos rotatórios, para tratamentos endodônticos, e os equipamentos ultrassônicos, para remoção de tártaro, por exemplo, precisam de muita habilidade e treinamento para seu manejo; e
- ✿ os registros do atendimento odontológico, por meio eletrônico, agilizam a comunicação, mas exigem, porém, padronização e informações completas para que a comunicação inadequada não prejudique a segurança do paciente (Tokede et al. 2016).

---

### Para refletir

Como você avalia que as peculiaridades do cuidado odontológico discutidas até este momento poderiam ser administradas em benefício da segurança do paciente odontológico?

---

## Os eventos adversos no cuidado odontológico

A literatura revela que muitos danos podem advir do cuidado odontológico. Entre outros estudos, destaca-se o de Perea-Pérez et al. (2014), no qual os autores analisaram 4.149 ações judiciais na Espanha, nos anos de 2000 a 2010. Nessas ações, 415 incidentes foram atribuídos à odontologia. O dano mais comum foi a perda de elementos dentários. Também encontrados danos permanentes aos troncos nervosos, lesões ao globo ocular, perda óssea significativa, lesão crônica do seio maxilar e, até mesmo, a morte do paciente. Os autores também citam dois outros amplos estudos: Thusu, Panesar, Bedi (2012) e Hiivala, Mussalo-Rauhamaa, Murtomaa (2013). No primeiro, analisados 2.339 incidentes, reportados anonimamente na Inglaterra, de janeiro a dezembro de 2009. Desses, 327 relacionados à odontologia. No segundo, os autores analisaram questionários respondidos por 1.041 dentistas finlandeses, em que se perguntou o número e o tipo de incidente ocorrido nos últimos 12 meses, em sua prática. Como resultado, quase um terço dos dentistas relatou algum incidente, dos quais pouco mais da metade foi considerado EA.

Outro estudo importante foi uma revisão de literatura que reuniu 182 artigos científicos e identificou 270 danos odontológicos temporários ou permanentes, inclusive óbito. Muitos EA levaram à necessidade de tratamento hospitalar de emergência ou à internação/internamento. Os EA mais frequentes estavam associados ao tratamento tardio, desnecessário ou a progressão da doença por erro de diagnóstico. Encontradas reações alérgicas/hipersensibilidades e infecções sistêmicas, injeção acidental de substâncias, aspiração de corpo estranho, anorexia nervosa associada ao tratamento ortodôntico, entre outras (Obadan, Ramoni, Kalenderian 2015).

Em 2013, Kalenderian et al. (2013), inspirados na ferramenta sugerida pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) para rastreamento de EA ambulatoriais, propuseram e testaram um conjunto de rastreadores para detectar EA em registros odontológicos (*triggers tools dental*)

No Capítulo 10 deste livro, "A segurança do paciente e o diagnóstico", você poderá recordar conceitos importantes relacionados ao erro diagnóstico.

por meio de nova análise retrospectiva de registros em prontuários/ processos clínicos eletrônicos, mas que, segundo os autores, também se aplicariam aos prontuários/processos clínicos físicos. O instrumento foi testado durante um semestre em todos os pacientes atendidos em uma faculdade de odontologia, ao mesmo tempo que foi levantada uma amostra aleatória de 50 pacientes para comparação. Os rastreadores acionaram 315 registros, dos quais 158 (50%) foram positivos para um ou mais EA, enquanto dos 50 registros selecionados, 17 (34%) foram positivos para pelo menos um EA (Kalenderian et al. 2013).

Tomando por base uma revisão desses estudos e de outros, além das complicações relacionadas em livros didáticos da área, Corrêa e Mendes (2017) propuseram uma classificação dos tipos de EA, disposta no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Classificação dos tipos de eventos adversos em odontologia

| Tipos de eventos adversos em odontologia   | Exemplos de evento adverso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infecção associada ao cuidado odontológico | Alveolite, perimplantite, infecção endodôntica que podem agravar-se para infecções odontogênicas complexas, como a angina de Ludwig.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dano por intervenção odontológica          | Danos por aspiração/deglutição de corpo estranho, danos por extravasamento ou deglutição de substâncias químicas, descalcificação de esmalte/cáries relacionadas ao tratamento ortodôntico, distúrbios de articulação temporomandibular, exodontia de dente trocado, fraturas ósseas e dentárias, hemorragia/hematoma, enfisema subcutâneo, necrose óssea e de estruturas moles, lesão de seio maxilar, lesão neurológica, lesão de músculos da face/da gordura de Bichat, luxação dentária, maceração/laceração/abrasão/queimaduras orais/periorais, reabsorção/perfuração radicular. |
| Dano por atraso ou falha no diagnóstico    | Danos pulpares, sinusite, reabsorção radicular, evolução cariosa, doenças periodontais (gingivite, perda de suporte ósseo, perda de gengiva inserida).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Alergia                                    | Alergia ao látex, choque anafilático, alergia ao anestésico local.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Fonte: Corrêa, Mendes (2017).

O objetivo dos autores foi construir, com a ajuda de um painel de especialistas, um instrumento que contivesse um conjunto de elementos para rastrear EA em odontologia, conforme disposto no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Rastreadores de eventos adversos em odontologia ambulatorial

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de 12 meses.                                                                                                                         |
| 2. Lesões ocorridas no ambiente (ambulatório/consultório de odontologia) que não foram causadas pelo tratamento odontológico, propriamente dito (por exemplo, quedas da própria altura ou choque entre o corpo do paciente e equipamentos/instrumentos). |

Quadro 2 – Rastreadores de eventos adversos em odontologia ambulatorial (cont.)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Complicações na área do procedimento durante o tratamento odontológico (por exemplo: parestesia, exodontia de dente errado, laceração de tecidos moles, lesão por extravasamento de substâncias químicas, lesão ao globo ocular, aspiração e/ou deglutição de corpo estranho). |
| 4. Complicações sistêmicas durante ou após o tratamento odontológico.                                                                                                                                                                                                             |
| 5. Infecções decorrentes do cuidado odontológico.                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6. Retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo.                                                                                                                                                                                                  |
| 7. Complicações relacionadas à prescrição medicamentosa.                                                                                                                                                                                                                          |
| 8. Insatisfação expressa ou documentada pelo paciente ou por sua família (incluir documentos, queixas documentadas, conflitos entre o paciente/família e profissionais).                                                                                                          |
| 9. Alteração não planejada de plano terapêutico.                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10. Óbito.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11. Falha ou fratura de instrumento durante o tratamento.                                                                                                                                                                                                                         |
| 12. Cirurgia de Caldwell-Luc/acesso ao seio maxilar.                                                                                                                                                                                                                              |
| 13. Realização de enxerto ou uso de agregado de trióxido mineral (MTA).                                                                                                                                                                                                           |
| 14. Quaisquer outras complicações que não se incluam nos itens anteriores.                                                                                                                                                                                                        |

Fonte: Corrêa, Mendes (2017).

Kalenderian et al. (2017) também propuseram uma classificação para EA em odontologia, acessível por intermédio do artigo publicado por eles e recomendado para leitura na lateral desta página. Os autores fizeram um teste-piloto utilizando a classificação e, em uma revisão retrospectiva de 958 prontuários/processos clínicos, encontraram 101 EA, nos quais a dor e a infecção foram os tipos mais comuns.

### Para refletir

Qual sua percepção acerca dos danos ocasionados pelo atendimento odontológico? Como você agiria a fim de tentar minimizar esses acontecimentos em instituições ambulatoriais e hospitalares?

## Recomendações para mitigar os incidentes no cuidado odontológico

Diferentemente da manufatura obtida no processo de trabalho em uma fábrica, por exemplo, o resultado do trabalho manual empreendido na busca do reestabelecimento das funções mastigatórias não acontece de maneira uniforme, por mais que o processo seja padronizado.

Pesquisadores/investigadores estão trabalhando para catalogar os tipos de EA que ocorrem no consultório odontológico num repositório central/fundamental.

O projeto é intitulado Developing a patient safety system for dentistry e está disponível em: [https://projectreporter.nih.gov/project\\_info\\_description.cfm?aid=8588913&icde=19506063&ddpara m=&ddvalue=&ddsub=&cr=1&csb=default&cs=ASC](https://projectreporter.nih.gov/project_info_description.cfm?aid=8588913&icde=19506063&ddpara m=&ddvalue=&ddsub=&cr=1&csb=default&cs=ASC)

No artigo a seguir, constam planilhas com a classificação dos EA quanto ao tipo e à gravidade, que podem ser muito úteis aos serviços: Classifying Adverse Events in the Dental Office, de Kalenderian E et al. J Patient Saf. 2017 Jun 30. doi: 10.1097/PTS.0000000000000407. [Epub ahead of print]

O cuidado odontológico é muito dependente do profissional que atua de forma direta sobre o paciente, sendo de extrema importância valorizar o momento do atendimento. Além da capacitação e atualização constante, o profissional precisa de um ambiente estruturado e tranquilo, com material e tempo suficientes para a execução dos procedimentos. Outras medidas, no entanto, também possibilitam dirimir o problema ou reduzir o dano produzido pelo incidente. A seguir, se discorrerá sobre algumas recomendações que pretendem alcançar este objetivo.

## Interação entre os profissionais de saúde

A interação entre o cirurgião-dentista e outros profissionais da saúde é imprescindível em benefício da segurança do paciente. Essa aproximação, desejável em quaisquer casos, é fundamental em algumas ocorrências específicas, tais como:



Pacientes em tratamento oncológico - o paciente submetido ao tratamento antineoplásico tem a chance de desenvolver complicações, como: i) xerostomia, que é frequente quando ocorrem danos às glândulas salivares; ii) infecção por cândida, especialmente quando o paciente usa prótese bucal; iii) cárie de radiação, favorecida também quando há baixo fluxo salivar; iv) lesões inflamatórias e/ou ulcerativas na mucosa oral e/ou gastrointestinal, denominadas mucosite, que resultam em grande desconforto ao paciente e prejuízo a sua capacidade de comer, deglutir e falar; v) osteonecrose de mandíbula/maxila que pode ocorrer de forma espontânea, mas também associada aos procedimentos orais invasivos (exodontia, cirurgia periodontal, implantes osteointegrados) em pacientes que fizeram ou fazem uso de bisfosfonatos.



Portanto, em conjunto com outros profissionais, a saúde oral do paciente oncológico deve ser muito bem avaliada antes e acompanhada durante e após a instituição de terapia antineoplásica, a fim de evitar ou reduzir a necessidade de posteriores intervenções odontológicas, em especial, as mais invasivas (Figueiredo et al. 2017.)



Pacientes acompanhados por múltiplos especialistas - um bom exemplo de problema que pode acontecer quando um paciente passa de um cirurgião-dentista para outro é a exodontia trocada. É muito comum o encaminhamento para exodontia de elementos dentários com finalidade ortodôntica ou protética, sendo imprescindível a transferência metódica da informação do campo clínico para o local operatório.

Pacientes internados - em especial aqueles que se encontram em unidades fechadas (UTI), ou aqueles que não estão internados, mas que estão sistemicamente comprometidos, principalmente no que tange à interação entre as múltiplas terapias a que estão sujeitos, visando a diminuir agravos em sua saúde geral.

## Investimento na cultura de segurança do paciente

Diante de um EA, a tradição dominante é buscar a culpa no profissional que prestou diretamente o cuidado, e atribuir a esse indivíduo o ônus do problema com restrições e punições. Mas há outro enfoque, o que leva em conta o sistema no qual os erros humanos são considerados parte, e não causas únicas para a ocorrência de incidentes. Nesse, incluem-se as “armadilhas” do local de trabalho e dos processos organizacionais que podem propiciar erro. São as referidas “condições latentes”, conforme denominou Reason (2000).

Sob esse enfoque, assume-se a premissa que, embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições em que os seres humanos trabalham. A ótica de culpabilidade do indivíduo favorece a tendência de se omitir os erros, o que isso dificulta o combate e o gerenciamento/gestão da questão. No entanto, ao se reconhecer as falhas do sistema e estimular a exposição dos erros e seus fatores contribuintes, abre-se espaço para o investimento em barreiras de defesa para evitar o problema (Reason 2000).

Todavia, mesmo sob o enfoque sistêmico, que é mais favorável, há uma situação que merece destaque, pois pode fragilizar sobremaneira a segurança do paciente odontológico: a diferença de perspectiva entre os que tomam as decisões financeiras e aqueles que não o fazem. Ramoni et al. (2014) apontam para essa situação e reforçam a importância de se identificar e buscar reduzir as condições latentes para a ocorrência do erro. É importante salientar que, mesmo sob pontos de vistas diferentes, deve prevalecer a convergência do foco direcionada à saúde do paciente. Uma economia equivocada na aquisição de equipamentos e de material de consumo, ou mesmo na redução de tempo clínico de atendimento com o objetivo de atender à demanda, pode se converter em EA e ter custos elevados, não somente em recurso monetário, mas também para a integridade física do paciente e a credibilidade da organização e de seus profissionais.

Outro ponto de fragilidade na cultura do atendimento em saúde, que possibilita a ocorrência do EA, é o pouco envolvimento do paciente e de seus familiares. Um estudo realizado na Finlândia demonstrou que os pacientes e seus familiares são capazes de identificar vários incidentes e circunstâncias perigosas que não seriam capturados de outro modo. A autora frisa a importância do estímulo aos relatos de incidentes não somente por parte dos profissionais, como também dos pacientes e de

No Capítulo 4 deste livro, “O erro e as violações no cuidado de saúde”, você poderá relembrar o referencial teórico para compreender a importância da identificação precoce das situações vulneráveis à ocorrência do erro.

seus familiares, além do desenvolvimento de maneiras proativas para intervir rapidamente mediante a queixa (Hiivala et al. 2016).

Importante acrescentar que a disposição de leis e/ou regulamentações nacionais relativas à segurança dos pacientes aponta para o nível de conscientização do problema, conforme colocam Yamalik e Van Dijk (2013). Os autores relatam que muitos países não dispõem de regulamentação própria, mesmo diante do entendimento de que, para a prática odontológica segura, são imprescindíveis o envolvimento e a familiarização de toda a sociedade com o assunto. De acordo com os autores, investir na cultura é essencial, e o primeiro passo seria sua contínua avaliação com instrumentos confiáveis. Para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, apostam na implementação de medidas, tais como:

- \* introdução e desenvolvimento de programas de gestão de recursos e adoção de práticas clínicas baseadas em evidências, com a elaboração de protocolos;
- \* partilha de experiências bem-sucedidas;
- \* treinamento com equipe multidisciplinar, com a participação da liderança;
- \* imposição de limites que não poderiam ser ultrapassados na prática diária (a não ser por uma excepcionalidade, e com a justificativa para a transposição desse limite registrada em prontuário/processo clínico), por exemplo: não realizar tratamento endodôntico sem isolamento absoluto, não reutilizar recipientes descartáveis, não prescrever nenhuma droga sem consultar o registro clínico do paciente e sem perguntar diretamente a ele sobre alergias ou outros problemas de saúde, e nunca fazer uma tomada radiográfica em mulher em idade fértil sem proteção e sem perguntar sobre possível gravidez.

No Capítulo 4 do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*, você poderá relembrar os conceitos de cultura de segurança, assim como a importância de sua implementação para o cuidado de saúde.

Esses mesmos autores preconizam, ainda, a redução da influência hierárquica e consideram a promoção da segurança do paciente uma obrigação ética, que a qualidade do cuidado está diretamente ligada ao sucesso do resultado e, por conseguinte, à redução da probabilidade de ocorrência de EA e seus custos econômicos associados, inclusive os de litígio.

Merece destaque a Espanha, que conta com o *Observatorio Español para una Seguridad del Paciente Odontológico* (Oespo) e um plano para o gerenciamento/gestão do risco no cuidado odontológico, composto dos seguintes objetivos:

- \* promover a cultura de segurança dos pacientes no cuidado odontológico;
- \* ampliar os termos de segurança do paciente;
- \* criar uma estrutura nacional para a gestão de riscos;
- \* desenvolver ferramentas para a identificação, análise e avaliação dos riscos;
- \* estabelecer linhas de informação oriundas de diferentes fontes (bibliográficas, organizações semelhantes ao Oespo, queixas ou reclamações, denúncias anônimas voluntárias);
- \* estabelecer medidas para prevenir os riscos tanto em nível de um local específico (quando a existência de um risco específico é resultante de circunstância em particular, que foi verificada em determinado local), como em nível geral (quando envolve riscos conhecidos como: prevenção de infecções em consultórios odontológicos, prevenção de erro cirúrgico, prevenção de erro na prescrição de medicamentos), e que possam ser traduzidas em recomendações simples de boas práticas clínicas;
- \* promover a formação contínua em segurança do paciente;
- \* promover a pesquisa/investigação na área (Perea-Pérez et al. 2011a).

## Algumas intervenções propostas para a melhoria da segurança do paciente odontológico

A literatura aponta algumas intervenções adotadas nas diversas áreas da Saúde que podem ser implementadas na clínica odontológica. São elas:

## Listas de verificação

- Instrumento que leva em conta conceitos básicos para a padronização do procedimento a fim de evitar erros ou distrações. Estudos buscando construir listas têm sido empreendidos não somente nos tratamentos mais invasivos, como o tratamento endodôntico (DÍAZ-FLORES-GARCÍA et al. 2014) e a exodontia (PEREA-PÉREZ et al. 2011b), mas também na prevenção de erros no diagnóstico de trismo ocasionado por câncer (BEDDIS et al. 2014) e na busca de melhoria da qualidade da imagem radiográfica, a fim de reduzir exposições desnecessárias (NENAD et al. 2016). Vale ressaltar que em uma revisão sistemática realizada por Bailey et al. (2015) com o objetivo de encontrar intervenções para a melhoria da segurança do paciente odontológico, a lista de verificação para a realização de exodontia foi considerada o único instrumento comprovadamente eficaz.

## Notificações de incidentes

- Promover um ambiente amigável e seguro à notificação de incidentes e dar o *feedback* das ações tomadas diante das notificações são práticas essenciais para que os profissionais se sintam estimulados a notificar incidentes e EA. As notificações contribuem para o real dimensionamento do problema e ajudam a pensar no direcionamento e na priorização das medidas que devem ser tomadas para combater o problema (LEONG et al. 2008).

## Painel de controle

- Um painel demonstrativo exposto no ambiente interno ao serviço para que os profissionais acompanhem a evolução dos incidentes odontológicos pode aumentar a conscientização sobre o problema, incentivar uma cultura de segurança do paciente e dar foco a questões relevantes (PEMBERTON et al. 2014).

## Treinamento e suporte para emergências médicas

- As emergências médicas, embora não rotineiras, quando acontecem costumam gerar muitos transtornos. Importante que o local de atendimento odontológico tenha suporte medicamentoso e se promova treinamentos dos profissionais para esse tipo de ocorrência (TAN 2011).

No Reino Unido, na Universidade de Manchester, Bailey (2015) reuniu um grupo de 12 cirurgiões-dentistas muito experientes (25 anos de prática docente e clínica, em média) com o propósito de extrair opiniões e ideias para manter ou melhorar as práticas de segurança. O autor colheu que uma das maiores dificuldades desse grupo estava em lidar com a história médica dos pacientes (polifarmácia e comorbidades/comorbidades); e esses cirurgiões-dentistas consideram importante elevar níveis de habilidades e competências, acreditam no uso de salvaguardas e de ferramentas para aumentar a segurança do paciente, na importância de uma comunicação eficaz e da prática reflexiva. As melhorias sugeridas foram: melhor compartilhamento de informações com outros profissionais da saúde; maior acesso a orientações e ferramentas educacionais; adoção de protocolos de prática clínica, trabalho em equipe e uso de sistemas de gráficos universais para limitar a ambiguidade.

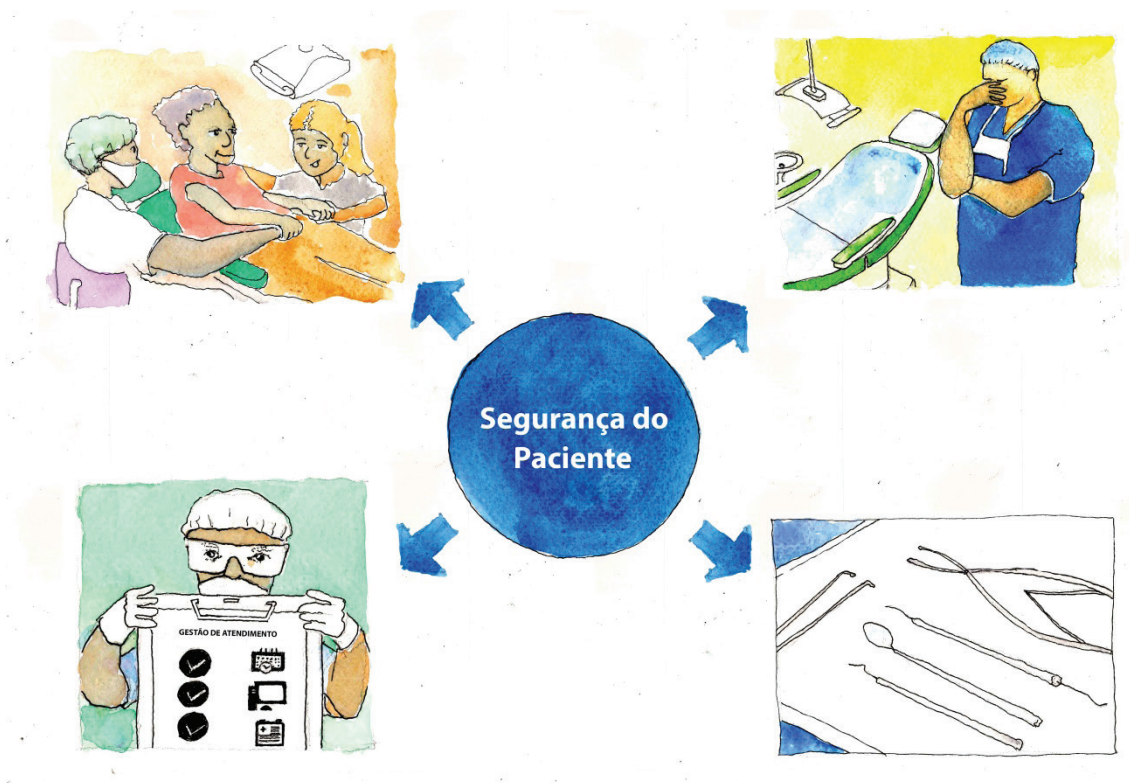
Por último, vale trazer o estudo de Perea-Pérez et al. (2015), que corrobora algumas medidas já referidas e apresenta outras. Os autores analisaram uma série de danos oriundos do cuidado odontológico e verificaram que grande parte era devido a um pequeno número de circunstâncias. A partir disso, sugeriram 11 procedimentos básicos para a prática da segurança do paciente odontológico. São eles:

- \* desenvolver uma cultura de segurança do paciente e um sistema de cuidados de saúde focado na priorização da segurança do paciente;
- \* cuidar da qualidade dos registros clínicos;
- \* checar procedimentos para a limpeza, desinfecção, esterilização e preservação dos instrumentos clínicos;
- \* exercer extremo cuidado quando for prescrever medicamentos;
- \* limitar a exposição do paciente à radiação ionizante ao extremamente necessário;
- \* nunca reutilizar embalagens ou substâncias indicadas para um único uso clínico;
- \* proteger os olhos do paciente durante os procedimentos;
- \* estabelecer barreiras para prevenção de ingestão ou inalação de materiais e pequenos instrumentos;
- \* usar listas de verificação em todos os procedimentos cirúrgicos;
- \* monitorar o início e a progressão da infecção na cavidade oral; e
- \* ter um protocolo para emergências de ameaça de vida na clínica dentária.

## A necessidade de pesquisas/investigação na área de segurança do paciente odontológico

A segurança na execução dos procedimentos sempre foi motivo de preocupação na condução do cuidado odontológico. De fato, o foco na melhoria da prática clínica e no desenvolvimento de materiais odontológicos é necessário ao aprimoramento dos cuidados com a saúde bucal e não se pode prescindir disso. Mas, somente a intervenção na interface direta entre o paciente e o profissional, por exemplo, a padronização de procedimentos e/ou o aprimoramento de tecnologias, não se mostra suficiente para solucionar o problema do EA.

A segurança do paciente, como disciplina, se propõe a iluminar outras facetas do incidente, tais como: a necessidade do envolvimento do paciente e seus familiares no cuidado, o papel da liderança e da gestão clínica, a necessidade do envolvimento da indústria de material odontológico, a cultura da culpa. A odontologia, em especial nos últimos anos, vem caminhando nessa direção.



Exemplos de estudos encontrados apresentam fontes e técnicas diversas congruentes com estudos realizados nas demais áreas da Saúde e confirmam a importância dessas ferramentas e de métodos para a evolução do aprendizado na área. Cita-se alguns deles:

- \* análise de bases de dados administrativos/judiciais (Perea-Pérez et al. 2014; Thusu, Panesar, Bedi 2012);
- \* revisões de prontuários (Kalenderian et al. 2013, 2017);
- \* respostas a inquéritos e questionários (Leong et al. 2008; Ramoni et al. 2014; Tan 2011);
- \* opiniões de especialistas/grupos focais (Bailey 2015; Yamalik, Van Dijk 2013);
- \* estudo de casos (Beddis et al. 2014);

- \* revisão de literatura (Bailey et al. 2015; Obadan, Ramoni, Kalenderian 2015);

- \* análise de resultado de projeto de intervenção (Nenad et al. 2016).

Entretanto, ainda existem hiatos no conhecimento para os quais novos estudos devem ser direcionados, principalmente nos países em desenvolvimento e nas economias de transição, tais como o aprofundamento no conhecimento da magnitude e da tipologia dos EA em odontologia, o crescimento e avaliação de iniciativas para a segurança do cuidado odontológico, a participação da indústria e das escolas de formação profissional.

Fica como alerta, no entanto, o cuidado que se deve ter com as dificuldades e os vieses comuns às pesquisas/investigações sobre segurança do paciente em todas as áreas (nos sistemas de notificação/reporte voluntária, em geral, há subnotificação/reporte; os processos judiciais costumam identificar, principalmente, os relatos mais graves; os registros clínicos, muitas vezes, estão incompletos dificultando as revisões retrospectivas de prontuários/processos clínicos; os estudos com grupos focais se restringem às experiências dos participantes; entre outros), que podem ser mais nítidos na odontologia pelas características próprias da profissão já discutidas anteriormente.

No Capítulo 9, “Investigação/pesquisa em segurança do paciente”, do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*, você poderá compreender melhor a relevância da pesquisa/investigação em segurança do paciente para os serviços de saúde, bem como encontrar referências e apoio para seu desenvolvimento.

## Considerações finais

Conhecer os tipos e compreender as causas dos EA são passos fundamentais que objetivam desenvolver barreiras, cujo propósito é prevenir ou minimizar os danos decorrentes do cuidado odontológico. É essencial a realização de pesquisas/investigações não somente no âmbito da clínica, mas também em políticas públicas, na indústria, na gestão dos serviços e nas escolas de formação para que o cuidado odontológico possa caminhar junto aos demais no aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde.

Essencial, também, que os profissionais que atuam na área da Saúde Bucal tenham condições de trabalho adequadas a fim de que possam desempenhar suas funções, do mesmo modo que o paciente e seus familiares precisam estar engajados no processo, pois a manutenção da saúde oral é diretamente dependente do cuidado desenvolvido em casa.

## Referências

- Bailey E. Contemporary views of dental practitioners' on patient safety. *Br Dent J*. 2015 Dec;219(11):535-40.
- Bailey E, et al. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):152.
- Beddis HP, et al. Temporomandibular disorders, trismus and malignancy: development of a checklist to improve patient safety. *Br Dent J*. 2014;217(7):351-5.
- Conselho Federal de Odontologia (BR). Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, DF: CFO; 2012 [citado 2019 jan 5]. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>.
- Corcuera-Flores JR et al. Current methods of sedation in dental patients - a systematic review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Sep 1;21(5): e579-86.
- Corrêa CDTSO, Mendes W. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em odontologia. *Cad. Saúde Públ*. 2017;33(11):e00053217.
- Diaz-Flores-Garcia, V. et al. Proposal of a "checklist" for endodontic treatment. *J Clin Experim Dent*. 2014;6(2):e104–e109.
- Figueiredo PTS, et al. Odontologia em oncologia. In: Santos M, et al. Diretrizes oncológicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
- Hebballi N B, Ramoni R, Kalenderian E, Delattre V F, Stewart D C, Kent K, et al. The dangers of dental devices as reported in the Food and Drug Administration Manufacturer and User Facility Device Experience Database. *J Am Dent Assoc*. 2015 Feb;146(2):102-10. doi: 10.1016/j.adaj.2014.11.015.
- Hiivala N. Patient safety incidents, their contributing and mitigating factors in dentistry [tese]. Helsinki: Faculty of Medicine, University of Helsinki; 2016.
- Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by finnish dentists: results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(6):1370–7.
- Kalenderian E, et al. An adverse event trigger tool in dentistry: a new methodology for measuring harm in the dental office. *J Am Dent Assoc*. 2013 July;144(7):808-14.
- Kalenderian E, et al. Classifying adverse events in the dental office.
- J Patient Saf*. 2017 Jun 30. doi: 10.1097/PTS.0000000000000407. [Epub ahead of print]
- Leong P, et al. Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. *Dent Educ*. 2008 Apr;72(4):431-7.
- Nenad MW. et al. A dental radiography checklist as a tool for quality improvement. *Journal of Dental Hygiene* 2016;90(6):386-93.
- Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reposts. *J Amer Dental Assoc*. 2015;146(5):318-26.
- Pemberton MN, et al. Measuring patient safety in a UK dental hospital: development of a dental clinical effectiveness dashboard. *Br Dent J*. 2014 Oct;217(7):375-8.
- Perea-Pérez B, et al. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(5):500-5.

Perea-Pérez B, et al. Patient safety in dentistry: dental care risk management plan. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011s Sept.;16(6):e805-9.

Perea-Pérez B, et al. Proposal for a 'surgical checklist' for ambulatory oral surgery. *Int J Oral Maxillofacial Surg*. 2011b Sept;40(9):949-54.

Perea-Pérez B, et al. Eleven basic procedures/practices for dental patient safety. *J Patient Saf*. 2015 Oct.

Ramoni R, et al. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. *J Dent Educ*. 2014 May;78(5):745-56.

Reason J. Human error: models and management. *West J Med*. 2000;172(6):393-6.

Tan GM. A medical crisis management simulation activity for pediatric dental residents and assistants. *J Dent Educ*. 2011;75(6):782-90.

Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry: state of play as revealed by a national database of errors. *Br Dent J*. Online2012 Aug;213(3): E3. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/230644947\\_Patient\\_Safety\\_in\\_Dentistry\\_state\\_of\\_play\\_as\\_revealed\\_by\\_a\\_national\\_database\\_of\\_errors](https://www.researchgate.net/publication/230644947_Patient_Safety_in_Dentistry_state_of_play_as_revealed_by_a_national_database_of_errors).

Tokede O, Ramoni RB, Patton M, Da Silva JD, Kalenderian E. Clinical documentation of dental care in an era of EHR use. *J Evid Based Dent Pract*. 2016; 16(3):154-60. doi:10.1016/j.jebdp.2016.07.001.

Yamalík N, Perea-Pérez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know?: Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int Dent J* 2012;6 (4):189-96.

Yamalík N, Van Dijk W. Analysis of the attitudes and needs/demands of dental practitioners in the field of patient safety and risk management. *Int Dent J*. 2013;63(6):291-7.