



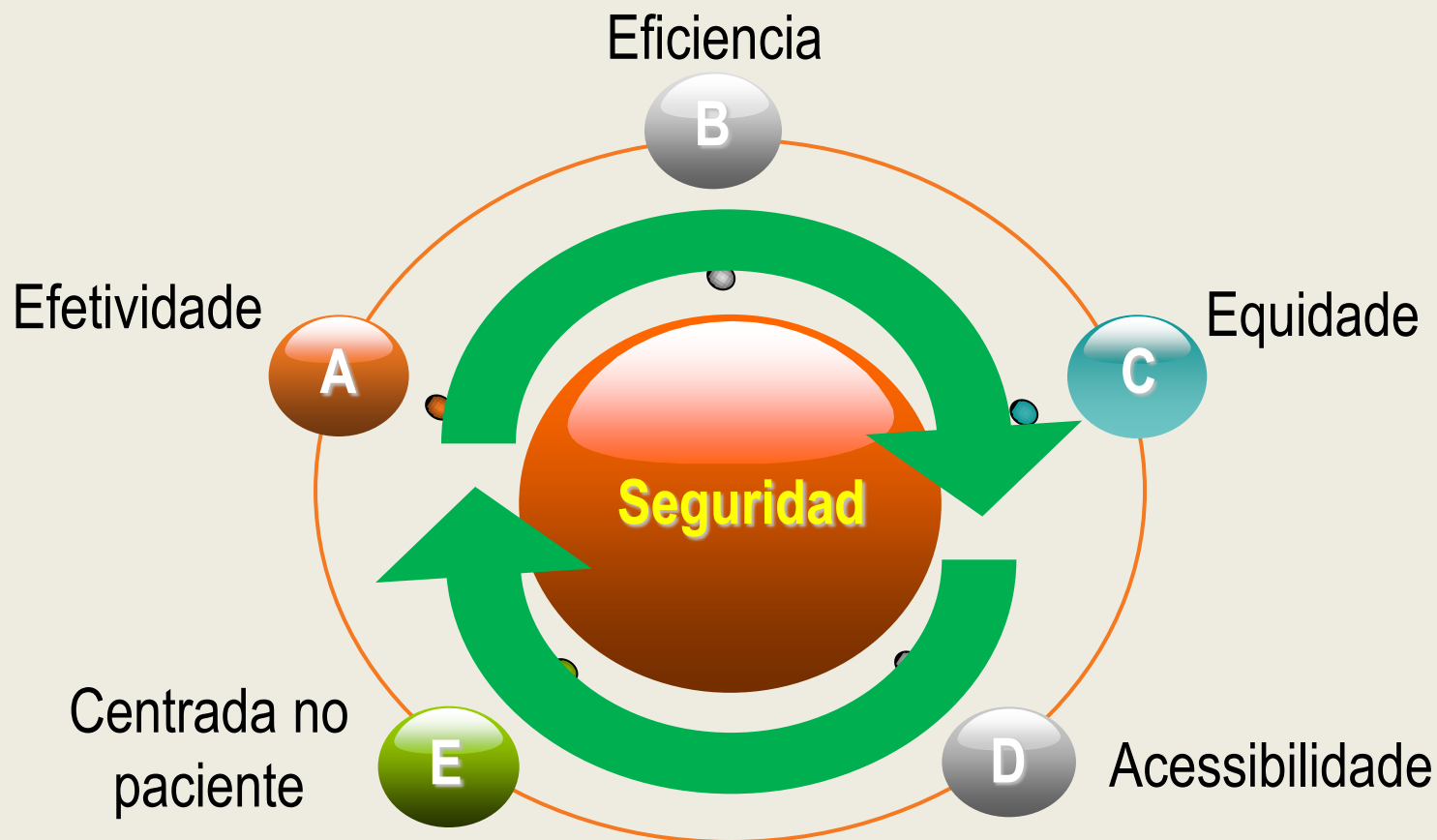
Segurança do Paciente: Prioridade ou Pré-Requisito?

A Preocupação com a Segurança

Outras atividades de risco



Dimensões da Qualidade



ARGENTINA

A presidente Cristina Kirchner quer...
com a imprensa
e o mundo

ENTREVISTA

22 anos após o
Desastre de Chernobyl
Sob o olhar de um dos
sobreviventes

JOAQUIM BARBOSA

O novo presidente
do Supremo Tribunal
Após 16 anos de
exílio

COLUNAS

Felipe Fialho e a questão
do trabalho e da saúde
Mário Sérgio e a saúde
mental da população
Sobre a saúde e a economia
do Brasil

ÉPOCA

O QUE OS HOSPITAIS NÃO CONTAM PARA VOCÊ

Infecções, erros grosseiros,
atuações discrepantes - as
armadilhas que se escondem
sob a face tranquilizadora
da medicina moderna

«Tm que para defender seu
bem mais precioso a saúde



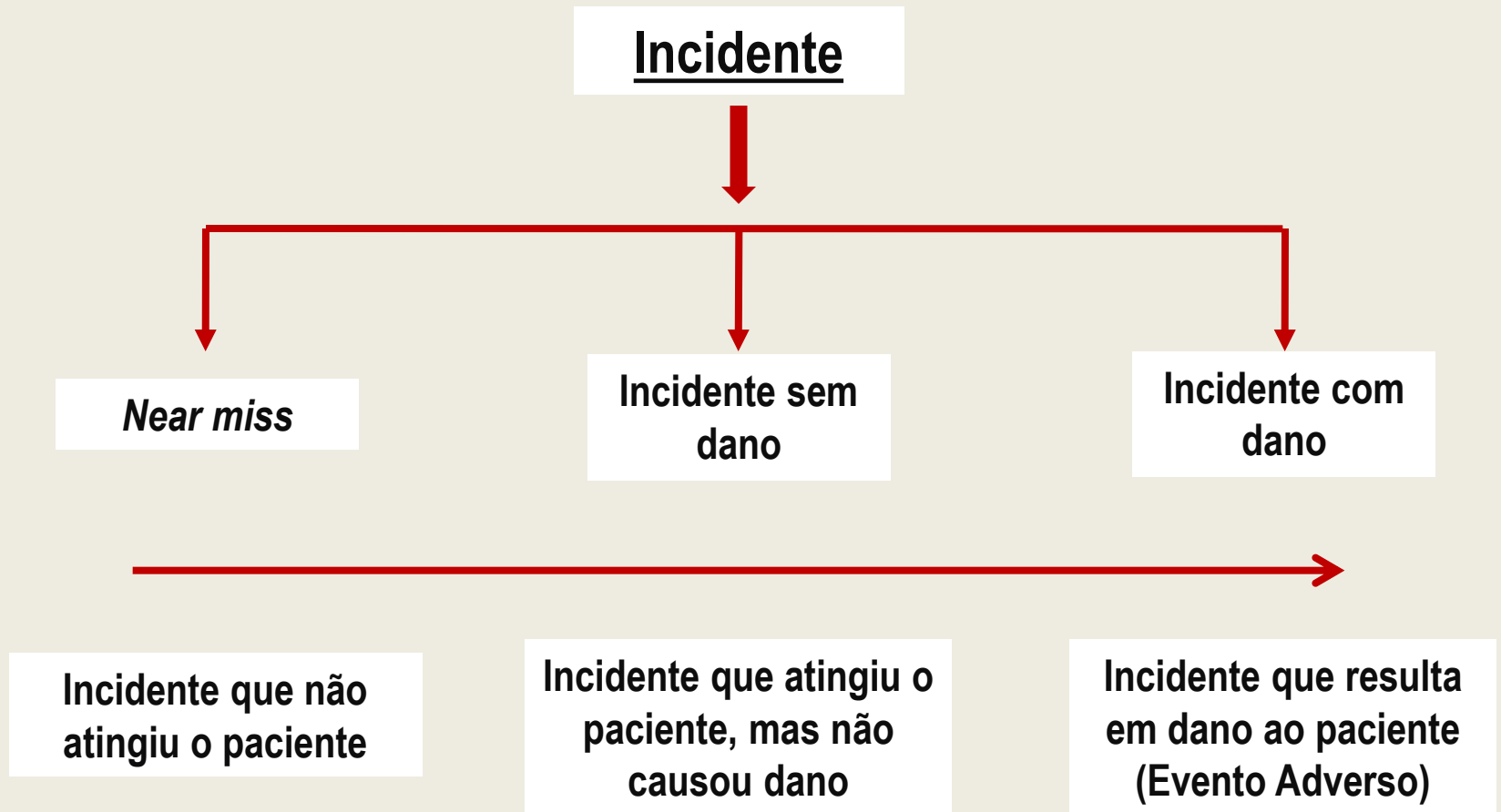
Marco Conceitual

Segurança

Ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos
ou as lesões originadas no processo de atendimento
médico-hospitalar

OMS, 2009

Marco Conceitual



WHO, 2009

Contexto atual da Assistência

Desafios da Segurança

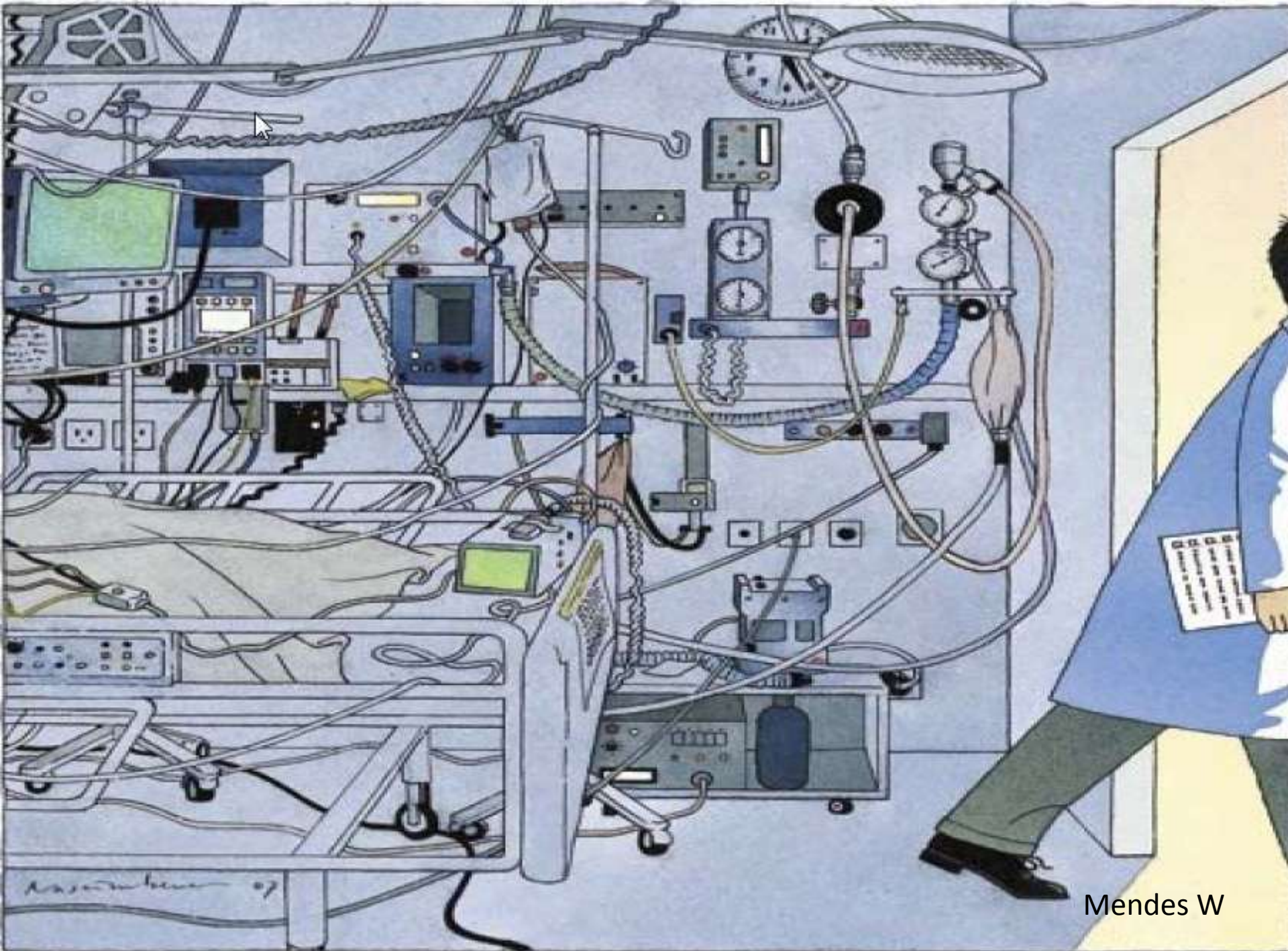
- A assistência está mais complexa
- Decisões arriscadas
- Tecnologia mais complexa
- Trabalho sob pressão
- Impessoalidade e fragmentação da assistência (67 pessoas diferentes em uma internação de 4-5 dias) Lathrop, 1992

“...la práctica y el ejercicio de la medicina, que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja y efectiva, pero potencialmente peligrosa”

Sir Cyril Chantler



The role and education of doctors in the delivery of healthcare.
Hollister Lecture delivered at the Institute of Health Services Research, Northwestern University, Illinois, USA. October 1998. Lancet 1999;353:1178-81.



Mendes W



Complexity in acute medical care

Task environment

- Many variables
- Interdependence
- Dynamics
- Time delay
- Irreversibility

Challenges for problem solvers

- Uncertainty / Intransparence
- Singularity
- Information overload
- Time pressure
- Risk
- Plurality of goals
- Multiple players



150 años de vida

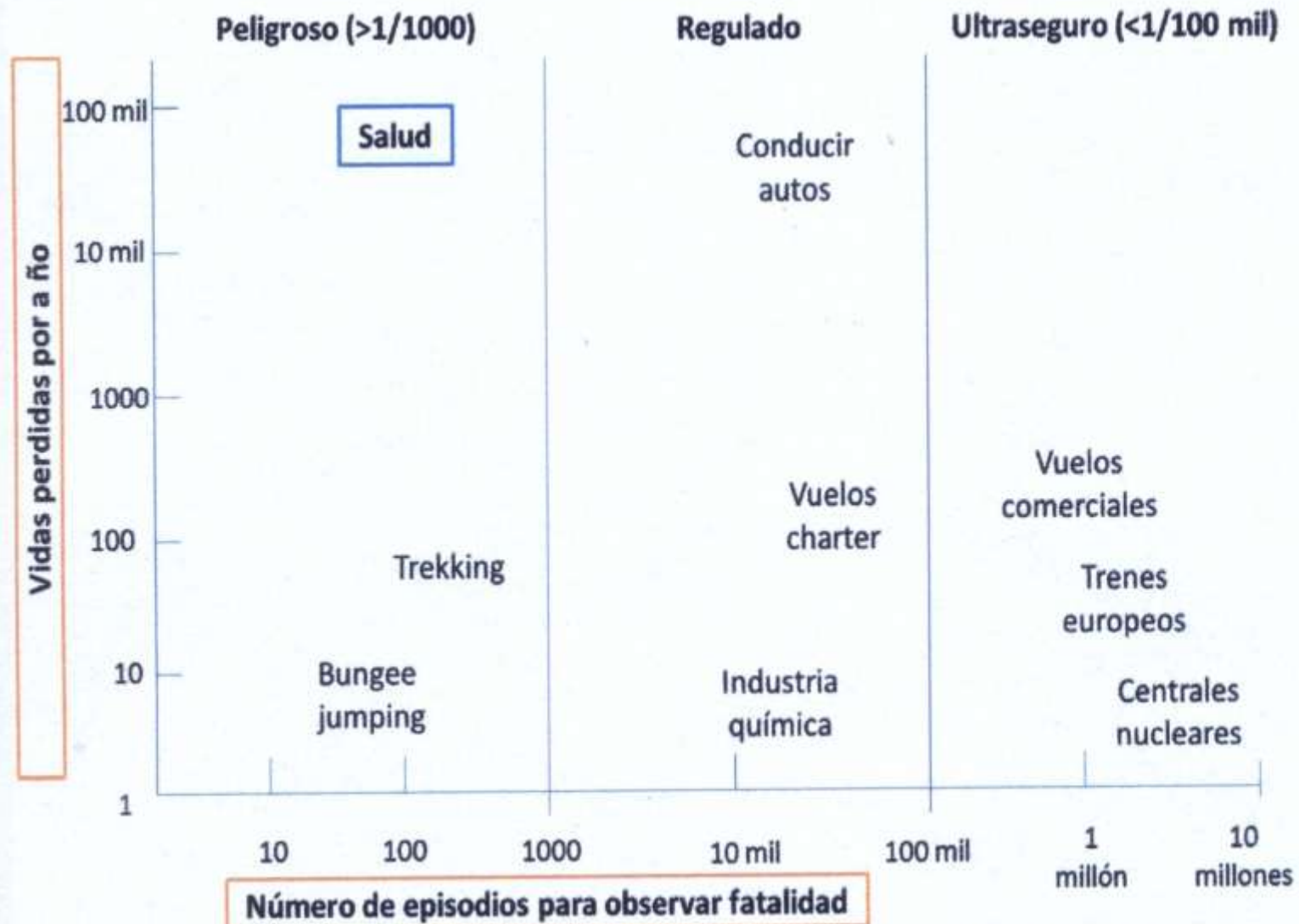
El cambio de modelo es esencial



ABSTRACT

BACKGROUND

In the 10 years since publication of the Institute of Medicine's report *To Err Is Human*, extensive efforts have been undertaken to improve patient safety. The success of these efforts remains unclear.



R Amalberti & L Leape





Chances de Eventos Adversos entre Atividades de Risco



Em média, um passageiro tem que voar 438 anos para morrer em um acidente aéreo;
O risco de morrer em um acidente aéreo é de $1/8.000.000$;

FADQ, 2014

Há $1/1.000.000$ chance de sofrer um dano durante um voo.

OMS, 2014



O paciente tem $1/300$ a chance de sofrer um dano durante o processo assistencial (saúde)



***“Não podemos modificar a condição humana, porém,
podemos modificar as condições em que nós
trabalhamos”***

James Reason, BMJ, 2000

Falhas nos Processos

Modelo do queijo suíço

As Defesas

Procedimentos e diretrizes clínicas

Barreiras físicas

Educação continuada

Cultura Organizacional

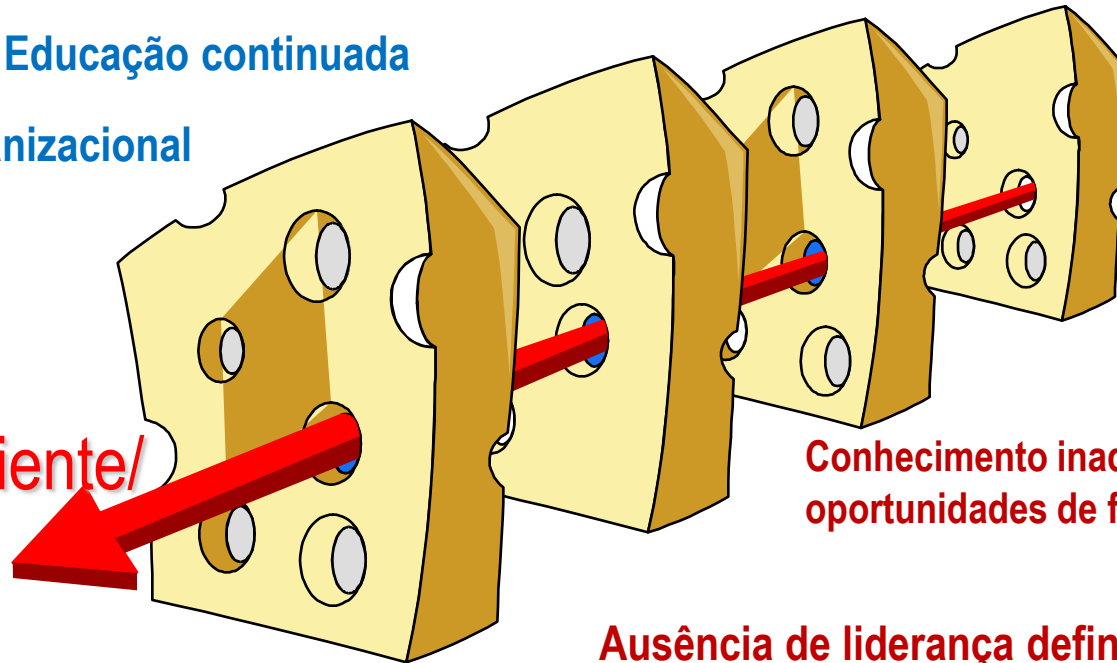
Riscos/falhas

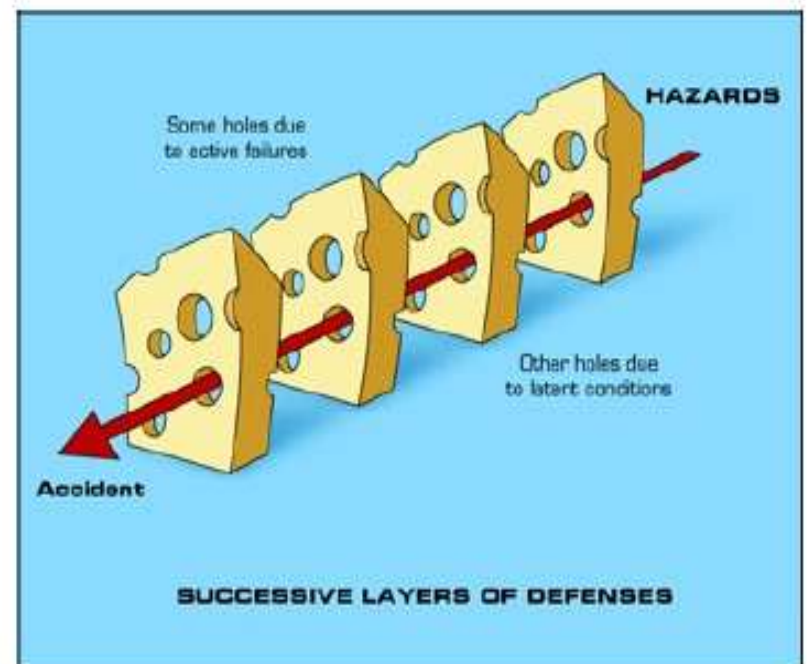
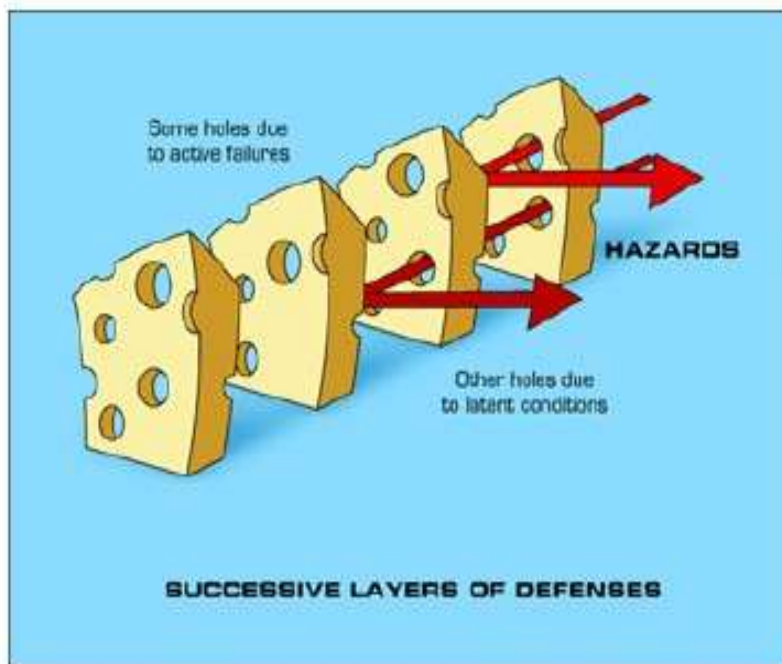
Ausência ou não implementação de diretrizes clínicas

Conhecimento inadequado e falta de oportunidades de formação

Ausência de liderança definida, ausência de estrutura que promova a coesão nas equipes/equipas de trabalho

Dano ao paciente/
doente

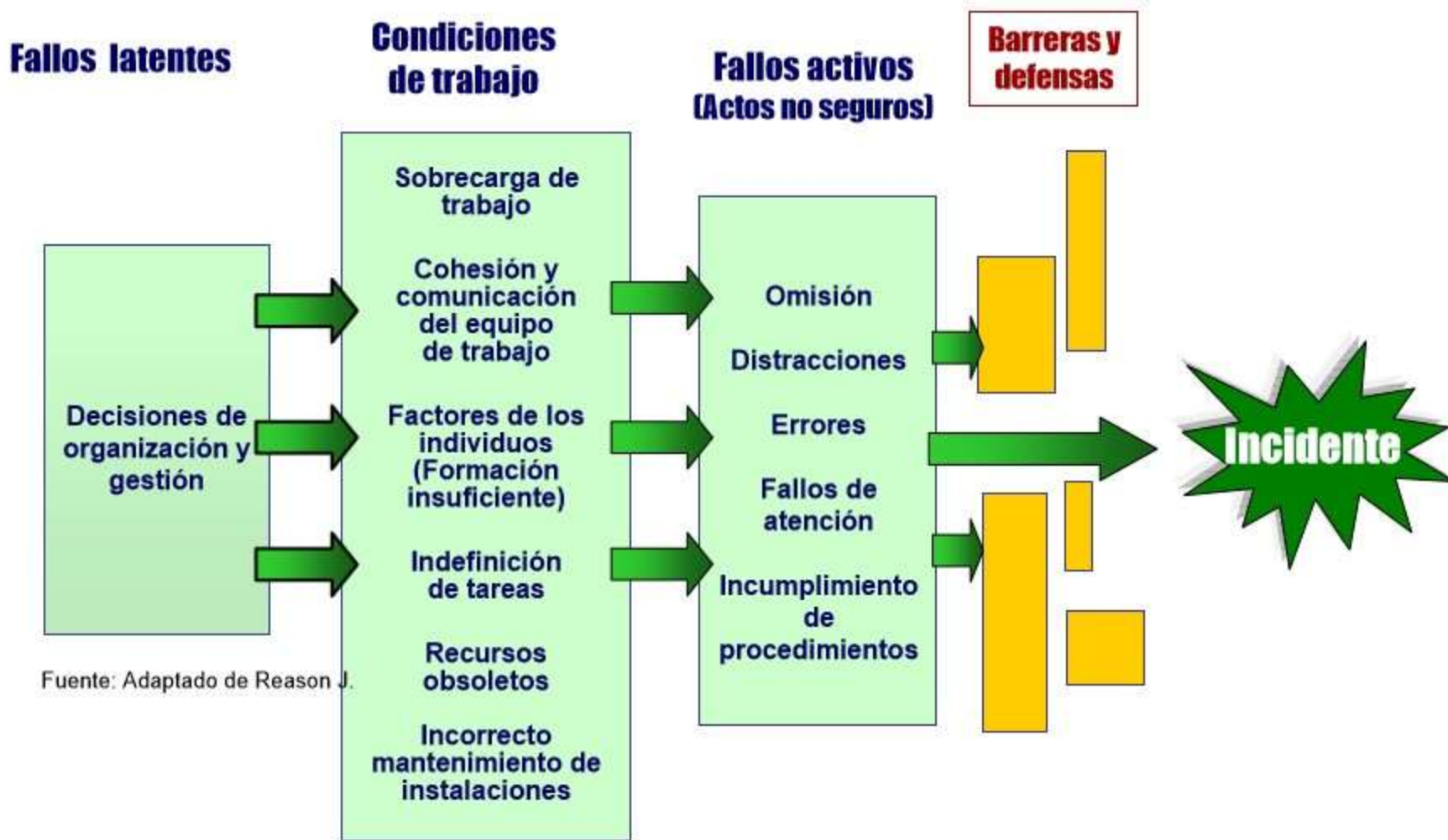




Fatores Contribuintes dos Eventos Adversos

- **Fatores individuais:** comportamento, comunicação, desempenho
- **Fatores ambientais/do trabalho:** capacitação, sobrecarga, carga horária
- **Fatores da tarefa:** protocolos
- **Fatores da equipe:** comunicação, liderança, supervisão
- **Fatores do paciente:** complexidade, fatores da personalidade, comunicação, extremos da vida, gravidade, comorbidades.

Modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso



Fuente: Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine BMJ 1998;316:1156 (modif.)



**Somente 5% dos Eventos Adversos
que se produzem são notificados**

Castiella, J

Histórico da Segurança

1700 AC: Código de Hamurabi – Resposta punitiva



Le code de Hammourabi

[illegible]

C'est l'un de ces ouvrages qui ont représenté tout le bas-relief qui reste le sommet, tandis que l'immensité se perd dans l'abîme, une main toute devant le lecteur, geste maladeur de la dévotion au Monogramme.

L'écriture débute sous le signe du chaos et fait le tour de la ville. Chaque mot mille fois sous l'écume de la mer, enfermé dans des lignes et disposé en colonnes verticales, se fient de droite à gauche. Le graphisme "suffocant" et la langue lubrifiante s'entremêlent le sommet de l'éloquence et de la perfection. La partie haute, au bas de la face principale, coiffant, à l'instar

Originalité et puissance du cadre de l'Humanisme

[illegible]

Sentences de justice

§1. « Si un homme accuse un autre homme et le charge d'homicide, mais ne peut apporter de preuves contre lui, son accusateur sera mis à mort. »

§ 14 « Si un homme enlève le jeune enfant d'un notable,
il sera mis à mort. »

« Si un médecin pratique une grave opération sur un notable avec une lancette de bronze et qu'il sauve la vie de cet homme, ou s'il ouvre l'arcade sourcilière d'un notable avec une lancette de bronze et sauve son œil, il prendra 10 sicles d'argent [env. 80 g] ; s'il s'agit d'un homme populaire, il prendra 5 sicles

■ *pris, cet homme*

rain de coucher
ettera à l'eau.

e vice, alors

sa fille, on ban-

§ 195 « Si un enfant frappe son père, on lui coupera la main. »

§196 et 200 « Si quelqu'un a crevé l'œil d'un homme, il crevera un œil [...]. Si quelqu'un a cassé la dent d'un homme libre, son égal, on lui cassera une dent. »

§ 215-217. « Si un médecin pratique une guérison notable avec une lancette de bronze et qu'il s'agit de cet homme, ou s'il ouvre l'arcade maxillaire d'un notable avec une lancette de bronze et cause un mal, il prendra 10 sicles d'argent [env. 80 gl.]; s'il s'agit d'un notable, il prendra 5 sicles.

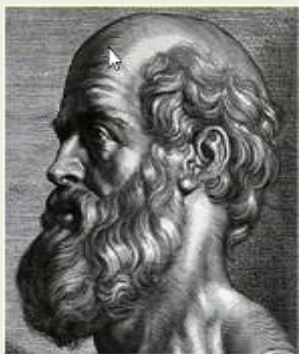
La paracetamolo en farmacología

[illegible]

Be safe

Elle fut mariée à Jean (Hans), qui la baptisa (François) de Marguerite, au baptême. Elle eut six enfants, comme nous le verrons, sous l'empire de son beau-frère (François) de Marguerite.

[illegible]



Hipócrates, 377 a.C - 460 a.C

“Primum non nocere”



Ignaz Sommeweiss, 1857

“A partir de hoje, 15 de maio de 1847, todo estudante ou médico é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem exceção”.

A mortalidade, que chegou aos 18,27% em abril, caiu, a partir de junho daquele ano, para a média de 3,04%.



Florence Nightingale, 1863

“Pode parecer talvez estranho um principio enumerar como primeiro dever de um hospital não causar dano ao paciente”

“Os defeitos dos hospitais residiam: na ventilação, na iluminação e na Superlotação”

Ernest Codman, 1869 - 1940



Teoria dos Resultados finais

“Cada hospital deveria seguir a cada paciente durante um tempo suficiente para estabelecer se o tratamento foi exitoso ou não. E se não, porque ? com a visão de prevenir erros semelhantes no futuro”.

1911 -1916: estudou 337 altas e encontrou 123 erros na assistência.

Classificação dos erros: erros devido a falta de conhecimento;
Erros devido ao julgamento cirúrgico; erros devido a falta de equipamentos e erros de diagnóstico.



Avedis Donabedian, 1919 - 2000

O pai da Qualidade em Saúde
Definiu o conceito de Qualidade Assistencial – Atributos
Avaliação em Saúde: Estrutura, Processo e Resultado



Lucien Leape,

O pai do movimento moderno da Segurança
Publicou *“Error in Medicine”*, 1994 e *To Err is Human*, 1999
“As pessoas não são más, os sistemas é que são ruins”
*“Um dos mais frustrantes aspectos da segurança do paciente
é a aparente inabilidade dos sistemas de saúde aprenderem
com seus erros”*



James Reason

Modelo explicativo da ocorrência dos eventos adversos (queijo suíço)



Ignac Fülöp Semmelweiss
(1818 - 1865)

Histórico – Movimento da Segurança

- **1999-** *To Error is Human* – Relatório do IOM (inicia o moderno movimento de segurança do paciente)
- **2000** – National Health Service (NHS), do Reino Unido, lança outro relatório, *An Organisation with a Memory*
- **2002:** Resolução da 55^a Assembléia Mundial da Saúde - OMS
- **2004:** Lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente/Doente - OMS
- **2005:** Lançamento do Primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente/Doente (Higienização/Lavagem das Mãos)

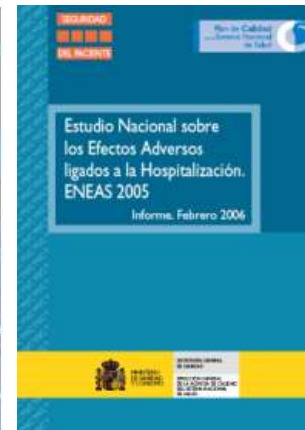
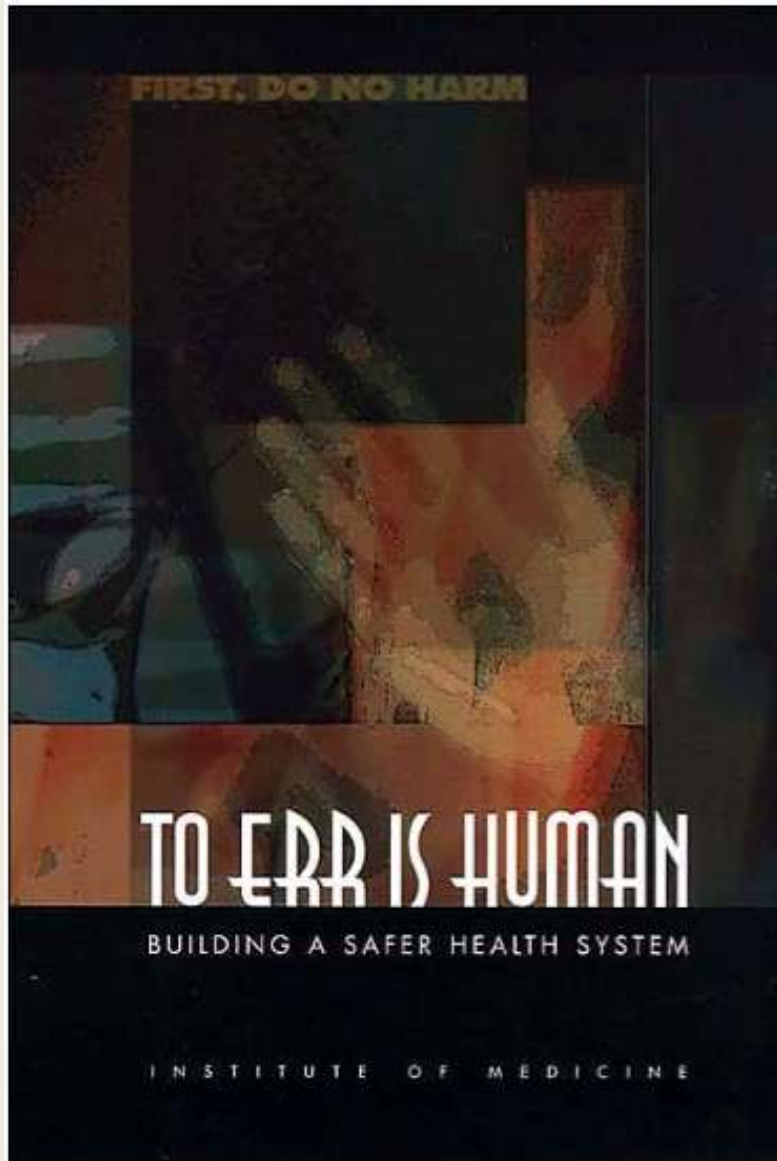


Aliança Mundial Para A Segurança do Paciente Desafios Globais OMS

- **2005** - Prevenindo Infecções: Higienização/Lavagem das Mãos
- **2007** - Cirurgia Segura Salva Vidas
- **2010** - Resistência Microbiana

Iniciativas no Brasil

- Comissões de Contrôlê de Infecção Hospitalar;
- Rede de Hospitais Sentinela;
- Programa Nacional de Avaliação em Saúde;
- Rede Nacional de Investigação de Surtos;
- Rede de Melhoramento da Resistência Microbiana;
- COREN: 10 Passos para a Segurança do Paciente;
- Portaria do MS 529 de 01/04/2013: Programa Nacional de Segurança do Paciente



To err is human: building a safer health system (IOM, 1999)



Estudios de incidencia



ESTUDIO	AUTOR, AÑO	PERSPECTIVA	PACIENTES	% EA	% Evitables
EE.UU. (C)	Schimmel 1964	Calidad	1014	23,6	-
EE.UU. (NY)	Brenann 1984	Médico legal	30195	3,7	27,6
EE.UU.	Andrews 1989	Calidad	1047	45,8	-
EE.UU. (U y C)	Thomas 1992	Médico Legal	14564	2,9	27,4/32,6
Australia	Wilson 1992	Calidad	14179	16,6	51,2
Nueva Zelanda	Davis 1998	Calidad	6579	11,3	37
Reino Unido	Vincent 1999	Calidad	1014	10,8	48
Reino Unido	Healey 2000-01	Calidad	4743	31,5	48,6
Dinamarca	Shioler 2002	Calidad	1097	9	40,4
Canada	Baker 2002	Calidad	3720	7,5	41,6
Canada	Foster 2002	Calidad	502	12,7	38
Canada	Ross 2004	Calidad	3745	7,5	36,9
Francia	Michel 2005	Calidad	8754	5,1	35
España	Aranaz 2005	Calidad	5624	9,3	46
Holanda	Zegers 2009	Calidad	8400	5,7	40
Suecia	Soop 2009	Calidad	1967	12,3	70
Túnez	Letaief, 2010	Calidad	602	10	60
Brasil	Mendes, 2009	Calidad	1103	7,6	66,7
Latinoamérica IBEAS*	Aranaz, 2011	Calidad	11379	10,5	60

* Estudio de Prevalencia

O Cenário da Insegurança

- Institute of Medicine (IOM) estima que **44.000 a 98.000** pessoas morram a cada ano devido a erros no processo assistencial;
- Nos EUA os erros na assistência a saúde matam mais do que acidentes de transito, AIDS ou Neoplasia de Mama;
- 8ª. Causa de óbito

To err is human IOM, 1999

O Cenário da Insegurança

- A maioria dos erros médicos (80%) não são resultados de uma conduta pessoal e sim do mal funcionamento do sistema.

(Martinez,2001); (IHI, 2006)

- Em países desenvolvidos, se estima que *um* de cada 10 pacientes hospitalizados sofre danos derivados da atenção recebida, sendo que metade deles seria evitável; *To err is Human: Building a Safer Health System* (1999)
- Custo anual dos eventos adversos evitáveis = US\$ 17 a 29 bilhões

To err is Human: Building a Safer Health System (1999)

O Cenário da Insegurança

Eventos adversos em UTIs:

- Mais de 20% dos pacientes admitidos em UTIs sofrem eventos adversos;
- 45% seriam evitáveis;
- Mais de 90% ocorreram durante cuidados de rotina e não nas admissões ou emergências;
- Custo anual nos EUA de US\$ 7 bilhões

Rothschild J M et al. Crit Care Med 2005, 33 (8): 1694-1700



O Cenário da Insegurança

- 40 cirurgias são realizadas no paciente ou sítio errado nos EUA a cada semana (www.careaboutyourcare.org)
- 21% dos cirurgiões de mão nos EUA admitiram ter operado no sítio errado pelo menos uma vez (Meinberg et al., 2003)
- Aproximadamente 30% das intervenções médicas são desnecessárias ou inadequadas (CHC, 2008);
- Mais de 50% dos pacientes com Hipertensão, Diabetes, Insuf. Cardíaca, Asma, dislipidemia, fumantes, depressão são tratados inadequadamente;

O Cenário da Insegurança

- Infecções associadas à atenção chega a 25%;
- Estima que por ano, dois milhões de pacientes adquirem infecções relacionadas a assistência a saúde (CDC);
- Estima-se que nos EUA, ocorrem 250.000 bacteremias nosocomiais ao ano associadas com cateter, com uma mortalidade atribuível de 30.000 a 60.000 pacientes/ano (CDC);
- A todo momento, 1.4 milhões de pessoas em todo o planeta sofrem de infecções relacionadas a assistência; (OMS)

O Cenário da Insegurança Erros de Medicação

- Principal causa de eventos adversos em hospitais nos **países desenvolvidos**
 - Cerca de 1 em cada 10 pacientes sofrem evento adverso
 - Prescrição: 56%
 - Administração: 34%
 - Transcrição: 6%
 - Dispensação: 4%
 - Cerca de 1/3 é evitável (EUA)
- Um erro de medicação por paciente por dia: A maioria não resulta em dano

Bates David, 2012

FADC, 2014



Tipos de Erros na Prática Médica

- **Superutilização:** excesso de provas diagnósticas ou terapia.
EX: uso de antibióticos em infecção viral;
- **Subutilização:** ausência de procedimentos, técnicas de prevenção e exames com comprovação científica. Ex: Aspirina em doses baixas para o IAM;
- **Uso Inadequado:** utilização de procedimentos indicados mas realizados de maneira errada.

Eventos adversos em Pronto-Socorro

- O maior índice de erros com consequências graves é encontrado nos Pronto-Socorros;
- Os Pronto-Socorros são a fonte de mais da metade dos casos de eventos sentinela que resultaram em morte ou lesão permanente;

Joint Commission on Accreditation

- 1 erro a cada 5 pacientes atendidos (Fordyce,2003, citado por GalloTti R)
- 66% tem mais de 3 fatores associados e 92% tem no mínimo 2 fatores

Fatores mais comuns de Eventos- Sentinela nos Pronto-Socorros

- Escassez de pessoal
- Falta de especialistas disponíveis
- Superlotação

Joint Commision, 2002

Causas de Eventos Sentinela

Veamos ahora las principales **causas de eventos centinela** ⁽⁴⁾ identificadas con mayor frecuencia en el siguiente gráfico:



Hospital overcrowding: a threat to patient safety?

Managing access block involves reducing hospital demand and optimising bed capacity

The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments

Peter C Sprivulis, Julie-Ann Da Silva, Ian G Jacobs, Amanda RL Frazer and George A Jelinek

Conclusões - Artigos

- Sprivulis e al, e Richardson, usando métodos diferentes, mostraram uma forte associação entre superlotação e aumento da taxa de mortalidade;
- Um hospital superlotado deve ser considerado um hospital sem segurança;
- Os profissionais de saúde não devem prover serviços em um ambiente potencialmente perigoso para a segurança dos pacientes;
- Governos e comunidade devem decidir se querem um bom gerenciamento, com recursos adequados para a demanda ou arriscar-se com o sistema presente



Fig. 54. — Une salle de l'Hôtel-Dieu de Paris. Fac-simile d'une gravure sur bois, du seizième siècle, en tête d'un registre manuscrit, intitulé : *Le Pardon, grâces et facultés octroyés à Monseigneur l'archevêque patriarche de Bourges et primat d'Aquitaine, aux bienfaiteurs de l'Hostel-Dieu de Paris*. Biblioth. de Bourgogne, à Bruxelles.

Superlotação em Emergência: um dilema Ético-Gerencial - 2013



Superlotação em Emergência: um dilema Ético-Gerencial 2013



Profissional de Saude: A Segunda Vítima

Uma estudante de 12 anos, moradora do Jacaré, zona norte, morreu anteontem após sofrer uma overdose de soro. O caso é considerado um caso de negligência e o culpado ainda não foi identificado.

A mãe da criança, que mora em uma favela, perdeu a filha e está muito triste. Ela estava com a filha em casa e mesmo assim não conseguiu evitar a morte. A mãe não sabe o que aconteceu e não sabe o que fazer. Serão necessários mais exames para identificar a causa da morte.



Evento Adverso Grave, Catastrofico

Evolução da Cultura de Segurança

- **Cultura Médica Tradicional**= Acusar, Culpar e Criticar
- (“ABC” = Acuse, Blame and Criticize)



- **Cultura de Segurança** = Não culpar, Analisar os Processos, Identificar como melhorar e evitar



- **Cultura Justa** = Cultura de Segurança + Punição quando a conduta for intencional, comportamento descuidado e não justificado, violação deliberada de regras

Um Conceito em Transformação

1:

Não faz sentido punir as pessoas por cometerem erros.

2:

Você pode reduzir os erros por meio de melhorias no sistema.

Cultura de Segurança

É o produto de valores, **atitudes**, competências e padrões de **comportamento** individuais e de grupo, os quais determinam o **compromisso**, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma **comunicação** fundada na **confiança mútua**, através da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas .

Health and Safety Commission, 1993, Reino Unido

Cultura de Segurança

Barreiras

Pacientes

Falta de comunicação, de conhecimento e de envolvimento

Profissionais

Medo da punição

Gestores

Falta de transparência (imagem negativa da gestão contrariando interesses individuais, indicação)

Políticos

Falta de transparência (midia negativa da política de saúde, contrariando interesses individuais)

A Transparência é uma pré condição para a segurança. É provavelmente o mais importante atributo da cultura de segurança.

Transparência não é um imperativo técnico e sim um imperativo moral.

Lucien Leape, Qual Saf.health Care 2009

A Segurança do Paciente como uma Disciplina

- **Meta:** Reduzir os eventos adversos associados com os cuidados à saúde
- **Objetivos:** estudo dos eventos adversos derivados da assistência mediante sua **detecção e análise**, com o objetivo final de desenhar **estratégias** para sua **prevenção**, gerando uma **cultura** de preocupação pela segurança, já que esta é provavelmente a dimensão mais importante da qualidade assistencial.

A.Muinõ Miguez et al
Seguridad del Paciente, AN.MED INTERNA (Madrid), 2007

Fases de la gestión de riesgos



A Gestão de Segurança do Paciente

- **Identificação:** sistemas de notificação
- **Avaliação- Análise:** frequência, gravidade, custos;
 - Proativa (prevenção): AMFE- análise de modos de falhas e efeitos
 - Reativa: análise de causa-raiz – descreve o problema e desenha um plano de ação
- **Tratamento:** conjunto de ações para prevenir o risco ou reduzi-lo

Tratamento - Estratégias

Metas Internacionais para a Segurança do Paciente

- Identificação correta do paciente
- Melhorar a comunicação efetiva
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância
- Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado
- Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de queda

Tecnologia Custo-efetiva

Medicamento ou equipamento capaz de reduzir em 36% as complicações em cirurgia e 47% a mortalidade qual seria o comportamento dos médicos, gestores e indústria farmacêutica?

Cirurgia e Anestesia Seguras

Estima-se que a cada ano sejam realizados no mundo cerca de 230 milhões de procedimentos cirúrgicos de maior complexidade.

Esses procedimentos podem resultar em mortes e outras complicações.

Dentre intervenções possíveis, a **lista de verificação de segurança cirúrgica** tem sido um recurso importante para redução do risco.

	Antes	Depois
Taxa de mortalidade	1,5%	0,8%
Taxa de complicações	11,0%	7,0%

A Segurança Baseada na Evidência

Ações	Evento	Redução
Prescrição informatizada	Erros	81%
Protocolos para prevenção de ICS	Inf. por cateter	92%
Antibioticoprofilaxia	Infecção ferida cirúrgica	93 %
Time Resposta Rápida	PCR	15 %
Protocolo para VPM	Pneumonia	62 %

Leape, Berwick, Jama, 2005

A Segurança Baseada na Evidência Práticas Fortemente Encorajadas

- Checklists pré-operatório para prevenir eventos operatórios e pós-operatório;
- “Bundles” com checklist para prevenir infecções de corrente sanguínea associadas á cateter venoso central;
- “Bundles” com checklist para prevenir infecções associadas à ventilação mecânica (elevação da cabeceira, higiene oral com clorexedine, aspiração subglótica tubo endotraqueal);
- Intervenções para reduzir infecções urinárias associadas á cateter;
- Higiene das mãos;
- Evitar abreviações perigosas;
- Intervenções para reduzir úlcera de pressão
- Barreiras de precaução para reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado;
- Ultrassom em tempo real na colocação de acesso central;
- Profilaxia do tromboembolismo venoso

A Segurança Baseada na Evidência Encorajadas

- Intervenções para reduzir quedas;
- Farmacêutico clínico para reduzir eventos adversos associados à medicação;
- Documentação para estabelecer as preferências do paciente sobre tratamento de suporte no final da vida;
- Treinamento das equipes;
- Reconciliação medicamentosa;
- Times de resposta rápida;
- Práticas para reduzir a exposição á radiações por estudos de imagens;
- Utilização de procedimentos para a vigilância do erro;
- Ordens médicas computadorizadas;
- Treinamento por simulação

AHRQ

Ann Intern Med 2013; 158:-365- 368

*“A adoção de um sistema de prevenção de eventos adversos se tornou um **imperativo ético** e uma necessidade da prática médica e da atenção à saúde. Embora tais sistemas tenham um custo significativo, mais elevado é o custo que deve assumir-se, por sua ocorrência, quando estes são evitáveis”.*

MAY CHOMALI, 2006

A Segurança do Paciente: responsabilidade compartilhada

Macrogestão	Compromisso com a sociedade, recursos, estratégias
Mesogestão	Liderança, centros seguros, tecnologia segura, integração da segurança com a estratégia do hospital
Profissionais	Formação e competências, práticas seguras e baseadas em evidências, cumprimento das normas
Pacientes	Participação na tomada de decisões, informação

***A Segurança do Paciente está nas mãos de todos
que compartilham este planeta***



Figura: Adaptada - Seguridad del Paciente: apresentação
Domenech G

***“Faça aos outros o que gostaria que
fizessem a você”***

Confúcio (451 a.C – 479 a.C)