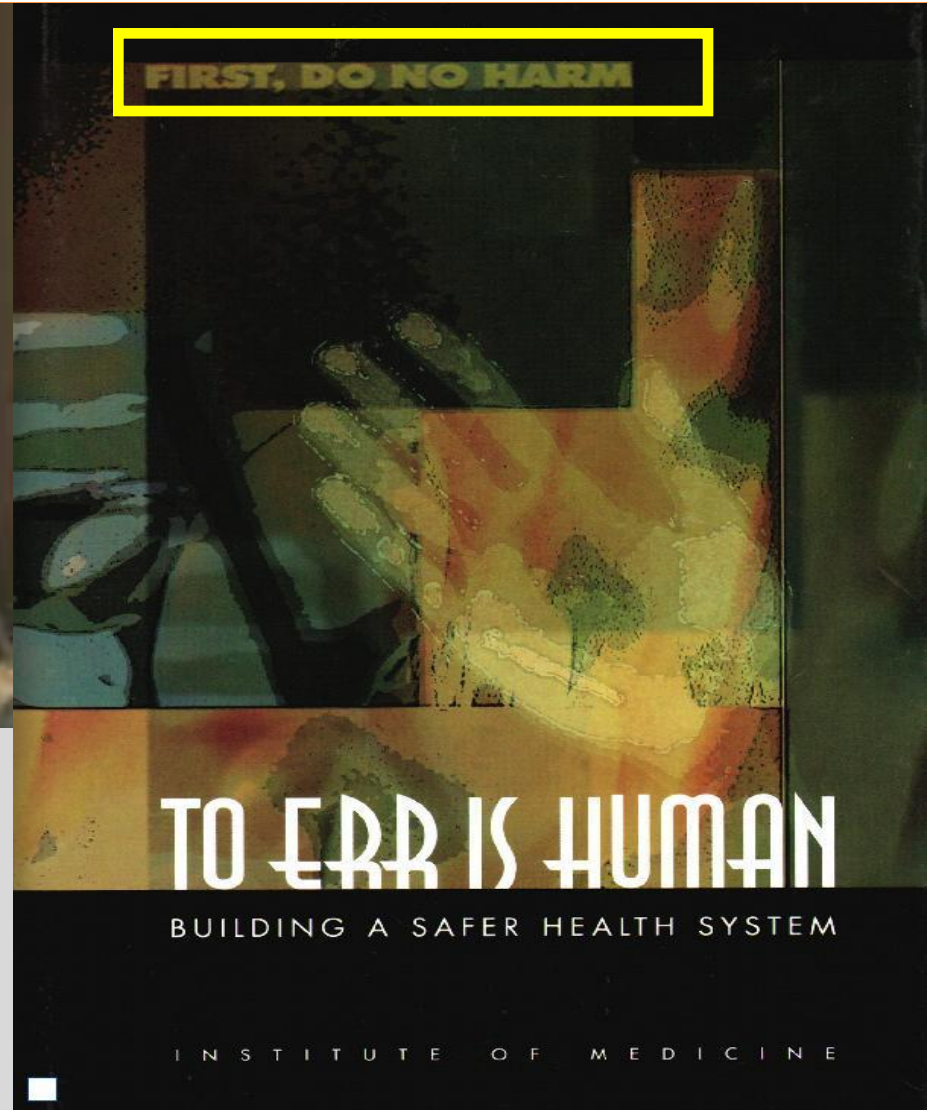






*“Talvez pareça estranho  
enunciar como primeiro dever  
de um hospital não causar  
mal ao paciente”*





# Responda rapidamente:

**Que responsabilidades  
a Equipe de Saúde tem  
na prevenção de erros???**



III Seminário da Qualidade  
dos Hospitais Federais

24/11/2012

**Fatos....**









Muitos hospitais neste país (EUA) têm registros de segurança que não seriam tolerados em qualquer outra indústria. As estatísticas são alarmantes:

- Cerca de 440 mil pessoas morrem todos os anos de erros hospitalares.

- Todos os anos, cerca de 100 mil pessoas são feridas por erros hospitalares.

- Um erro hospitalar ocorre a cada 10 segundos, quando internado em um hospital.

- Somente hoje, mais de mil pessoas vão morrer por causa de um erro hospitalar evitável.

**Disponível em:**

<http://www.hospitalsafetyscore.org/what-is-patient-safety/errors-injuries-accidents-infections>



## ERRO MÉDICO

NÃO SE PREOCUPE. A SUA  
CIRURGIA É TÃO SIMPLES,  
QUE EU VOU REALIZÁ-LA  
DE OLHOS VENDADOS!

www.humortadela.com.br







## Aula Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais



### Principais eventos adversos evitáveis:



- Infecções associadas aos cuidados de saúde
- Complicações cirúrgicas e/ou anestésicas
- Danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico/tratamento
- Úlcera por pressão
- Danos por complicações de punção venosa
- Danos devido a quedas
- Danos devido ao uso de medicamentos





# Erros e Aprendizagem





# Considerações...

**Human Factors:** Refers to the study of human behavior, abilities, limitations, and other characteristics as they affect the design and smooth operation of equipment, systems, and jobs. And work environments

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The AHRQ Web M&M Glossary

<http://www.webmm.ahrq.gov/glossary.aspx>

**“Human error”** is a social label which implies that the individual should have acted differently, and thus is responsible for the consequence of that conduct. This is the basis of the “shame and blame” culture that has been so common in healthcare.

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA

[http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module\\_e/definitions.html](http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_e/definitions.html)



The dictionary gives many definitions of error. These include:

- Something incorrectly done through ignorance
- A transgression of law or duty; a mistake in conduct; a moral fault

[http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module\\_e/definitions.html](http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_e/definitions.html)

**erro**

**1 Ato de errar. 2 Equívoco, engano. 3 Inexatidão. 4 Uso impróprio ou indevido [...]**

***E. de ofício:* o que, por descuido, engano, inaptidão ou ignorância, se comete no cargo que se exerce ou na matéria que se professa.**

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=erro>





## Processamento de informação humana é influenciada por vários fatores:

- **atenção** - pode ser limitada no tempo ou foco, especialmente se a atenção para várias coisas é necessário;
- **restrições de memória** - memória de trabalho é limitada, especialmente quando o processamento ativo de informação é necessária;
- **automaticidade** - consistente, respostas reaprendidas podem se tornar automáticas, sem pensamento consciente;
- **Consciência da situação** - a percepção de uma pessoa que elementos no ambiente podem afetar seu processamento de informações.

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA



## Erros classificados com base em três níveis de desempenho de Rasmussen:

- **erros baseados em habilidade** - deslizes e lapsos - quando a ação feita não é o que se pretendia;
- **erros baseados em regras** - as ações que correspondem intenções, mas não alcançam os resultados pretendidos devido a má aplicação de uma regra ou inadequação do plano;
- **erros baseados no conhecimento** - ações que pretendiam, mas não atingem o resultado devido a déficits de conhecimento.

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA



## Exemplo:

Uma enfermeira assume o cuidado da Sra. B na mudança de turno. Sra. B está em uma cama específica diferente do habitual, por causa de suas necessidades especiais para melhorar a cicatrização de feridas.

A enfermeira da rotina orienta a enfermeira plantonista e mostra os recursos da cama e como trabalhar os controles. A enfermeira plantonista tem um assistente de cuidados de enfermagem designado para ajudá-la na mobilização da paciente. Quando a Sra. B pede ajuda para ir ao banheiro, o assistente atende.

Infelizmente, ele não estava presente para o treinamento sobre a cama. Ele começa a manipular os controles em um esforço para baixar a cama, para a paciente poder se levantar. Uma série curta de rápidos movimentos a partir dos controles acionados, resulta na cama assumindo uma posição semelhante à de uma rampa. Sra. B desliza para fora da cama e cai no chão.

Este caso ilustra diferentes causas de erros que foram listadas:

- equipamentos mal projetados: os controles foram mal projetados, uma vez que era tão difícil de descobrir como baixar a cama;
- falha de comunicação entre o enfermeiro plantonista e o assistente; e
- falta de treinamento eficaz sobre o uso da cama específica.





Alguns pontos básicos devem ser mantidos na mente quando se discute a etiologia dos erros:

- qualquer um comete erro;
- erro humano é geralmente o resultado de circunstâncias além do controle daqueles que cometem os erros; e
- sistemas ou processos que dependem de um desempenho humano perfeito são inerentemente falhos.

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA



## Seis Princípios de verificação de erros nos cuidados

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA

**1. Eliminação:** refere-se, neste estudo, especificamente à análise de um processo (dividi-lo em passos discriminados ou operações) e a remoção de quaisquer medidas suscetíveis ao erro humano.

**2. Substituição:** é a substituição de uma operação por uma máquina / método / automação mais confiável.

**3. Facilitação:** é o processo de tornar as operações mais fáceis de completar corretamente. Facilitação inclui níveis de simplificação, diferenciação, e ajuste conforme o caso.



## Seis Princípios de verificação de erros nos cuidados

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA

**4. Detecção:** é o processo de identificação de anomalias/desvios e correção assim que eles são anotadas. Anomalias podem ocorrer no que é feito, no que falha ao ser feito ou quando todas as ações foram corretas, mas o resultado não é o que era esperado.

**5. Mitigação:** aceita e ainda inclui o fato de que ocorrerão erros. Sua intenção é reduzir o impacto dos erros inevitáveis no resultado final.





## Seis Princípios de verificação de erros nos cuidados

Study: Anatomy of Error

Dr. James Reason, a Professor of Psychology – Duke University – USA

**6. Envolvimento do Paciente:** envolvendo pacientes e familiares no processo de seu cuidado garante-se que existem conjuntos adicionais de atenção (olhos) no processo. Talvez mais importante, estes são pares de olhos que são diretamente interessados em um resultado positivo.





## Aprender:

ficar sabendo, reter na memória, tomar conhecimento de.

## Aprendizagem

**1** Ação de aprender qualquer ofício, arte ou ciência. **2** O tempo gasto para aprender uma arte ou ofício. **3 *Psicol***  
Denominação geral dada a mudanças permanentes de comportamento como resultado de treino ou experiência anterior; processo pelo qual se adquirem essas mudanças.

***Var: aprendizado.***

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index>.



## Responding to patient safety incidents: the “seven pillars”

[T B McDonald<sup>1,2</sup>](#), [L A Helmchen<sup>3,4</sup>](#), [K M Smith<sup>1,2</sup>](#), [N Centomani<sup>5</sup>](#), [A Gunderson<sup>1</sup>](#),  
[D Mayer<sup>1,2</sup>](#), [W H Chamberlin<sup>5</sup>](#)

<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2010/02/26/qshc.2008.031633>

os autores apresentaram um estudo descritivo sobre o processo utilizado para responder a incidentes de segurança do paciente, incluindo a divulgação de erros médicos adotados em um grande centro, de atendimento terciário, urbano, nos Estados Unidos.

Os resultados nos dois primeiros anos do pós-implementação, o processo "sete pilares" levou a mais de 2.000 relatórios de incidentes por ano, levou mais de 100 investigações com análise de causa raiz, traduzida em cerca de 200 melhorias no sistema e serviu como a fundação de quase 106 conversas de divulgação e 20 divulgações completas de cuidados inadequados ou irracional, causando danos aos pacientes.





## Revealing Medical Errors Helps Chicago Hospitals Build a Safer Health System 2012

By Carolyn M. Clancy, M.D.

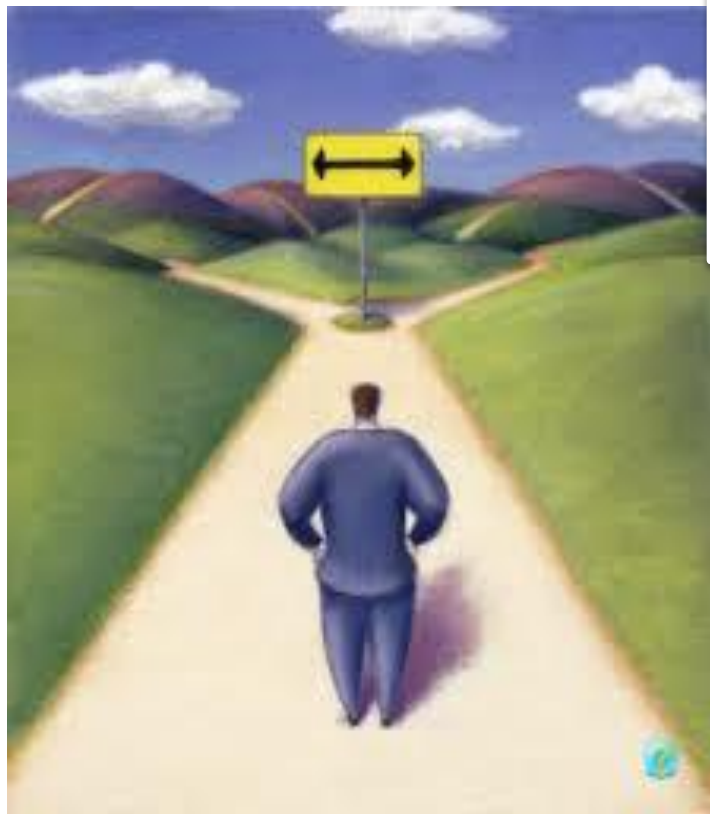
<http://www.ahrq.gov/news/columns/navigating-the-health-care-system/071012.html>

### **Seven Pillars consists of these steps:**

1. Report incidents that could harm patients.
2. Investigate those cases and fix problems before an error happens.
3. Communicate when an error occurs, even if no harm was done.
4. Apologize and "make it right" by waiving hospital and doctors' fees.
5. Fix gaps in the system that can cause things to go wrong.
6. Track data from patient safety reports and see if changes make things safer.
7. Educate and train staff how to make care safer.



# Os Caminhos





# CULTURA DE SEGURANÇA





# Considerações...

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html>

A gestão da segurança pressupõe a criação de uma **cultura de segurança institucional**. Segundo a Agência para a Pesquisa e Qualidade na Assistência à Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ, 2012*) dos Estados Unidos, as organizações de alta confiabilidade mantem um **comprometimento com a segurança em todos os níveis, dos profissionais de ponta até as lideranças e os executivos.**





# Considerações...

Para a Agência Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency - NPSA, 2008*) do Reino Unido, em um dos seus programas chamado Segurança do Paciente Primeiro (Patient Safety First), onde aborda a questão da liderança para segurança, **os executivos de uma organização de saúde devem supervisionar a missão, a estratégia, a liderança, a qualidade e a segurança.**



## Five Steps to Safer Health Care

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/5steps/index.html>

- 1. Faça perguntas se você tiver dúvidas ou preocupações.**  
Certifique-se de compreender as respostas. Escolha um médico que você se sinta confortável para falar. Tenha um parente ou amigo para ajudá-lo a fazer perguntas e entender as respostas.
- 2. Manter e trazer uma lista de todos os medicamentos que toma.**  
Dê ao seu médico e farmacêutico a lista de todos os medicamentos que está usando, incluindo medicamentos não sujeitos a receita. Informe sobre quaisquer alergias a medicamentos que tem. Pergunte sobre os efeitos colaterais e o que evitar ao tomar o medicamento. Leia o rótulo quando inicia o uso do medicamento, incluindo todos os avisos. Certifique-se que o medicamento é o que o médico receitou e sabe como usá-lo. Pergunte ao farmacêutico sobre o medicamento se ele parece diferente do que você esperava.



## Five Steps to Safer Health Care (cont.)

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/5steps/index.html>

### 3. Obtenha os resultados de qualquer exame ou procedimento.

Pergunte quando e como vai obter os resultados de exames ou procedimentos. Não assuma que os resultados estão bem se não estão como o esperado, seja pessoalmente, por telefone ou por correio. Ligue para o seu médico e solicite a confirmação dos seus resultados. Pergunte o que os resultados significam para o seu cuidado.

### 4. Converse com seu médico sobre qual hospital é melhor para suas necessidades de saúde.

Pergunte ao seu médico sobre qual hospital tem o melhor atendimento e resultados para a sua condição, se você tem mais de um hospital para escolher. Certifique-se de compreender as instruções que você recebe sobre cuidados de acompanhamento quando sair do hospital.



## Five Steps to Safer Health Care (cont.)

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/5steps/index.html>

5. **Certifique-se de entender o que vai acontecer se você precisar de cirurgia .**  
Certifique-se de que você, seu médico e seu cirurgião todos concordam sobre o que exatamente será feito durante a operação. Pergunte ao seu médico:
- Quem vai gerir o meu cuidado quando eu estiver no hospital?
  - Exatamente o que você vai fazer?
  - Sobre quanto tempo vai demorar?
  - O que vai acontecer depois da cirurgia?
  - Como posso esperar para sentir durante a recuperação?

Diga ao cirurgião, anestesista e enfermeiros sobre quaisquer alergias, má reação à anestesia, e quaisquer medicamentos que está tomando.



# MODELOS DE CERTIFICAÇÃO/ ACREDITAÇÃO







# O que é Acreditação?

É o método de consenso, racionalização e ordenação das instituições de saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, expressando-se pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (Ministério da Saúde, 2001).

<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4703/2/715.pdf>



1. Padrões/critérios estabelecidos;
2. Prevê excelência/ótimo desempenho de processos;
3. Prevê organização/padronização de processos;
4. Estabelece necessidades de treinamento de pessoal;
5. Estabelece requisitos claros de gestão de segurança;
6. Estabelece indicadores de medição;
7. Prevê avaliação externa especializada;
8. Estabelece programas e ferramentas de gestão de risco; e
9. Necessita de revalidação de selos/certificados.



## Que lições podem a saúde aprender com outras indústrias?

- Respeitar os limites humanos, incluindo segurança no escopo dos trabalhos;
- Evitar a dependência de memória;
- Usar limitações, definindo funções e mapeamentos naturais;
- Simplificar e uniformizar sempre que possível;
- Promover o funcionamento eficaz da equipe;
- Incentivar a comunicação de erros e quase-acidentes, e usá-los como oportunidades para prevenir erros futuros;
- Incluir o paciente no projeto de processos seguros;
- Antecipar o não planejado; e
- Definir plano para o fracasso, e projeto para a recuperação.



## Então, como podemos projetar processos de cuidado ao paciente para evitar erro?

- Automatizar quando for o caso - inclui o uso de funções direcionadas;
- Padronizar - reduzir a dependência de memória;
- Usar listas de verificação;
- Reduzir o número de etapas e transições; e
- Adicionar redundância (duplo controle) para os processos de alto risco.



<http://www.hospitalsafetyscore.org/what-is-patient-safety/errors-injuries-accidents-infections>

## Qual é a diferença entre a segurança e a qualidade do paciente?

- **Segurança** tem a ver com a falta de dano. Qualidade tem a ver com o cuidado eficiente, eficaz, proposital que começa no trabalho feito na hora certa.
- **Segurança** foca em evitar acontecimentos ruins. **Qualidade** se concentra em fazer bem as coisas.
- **Segurança** torna menos provável que os erros aconteçam. **Qualidade** eleva o desempenho para que a experiência geral do cuidado seja melhor.





**“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work.”**

**Reason J. BMJ 2000; 320:768-770.**



III Seminário da Qualidade e Segurança  
dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

# Contatos

**Telefones: CBA**

**RJ - 21 - 3299-8200**

**SP - 11 - 5080-3728**

Site CBA: [www.cbacred.org.br](http://www.cbacred.org.br)

Site JCI: [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org)

