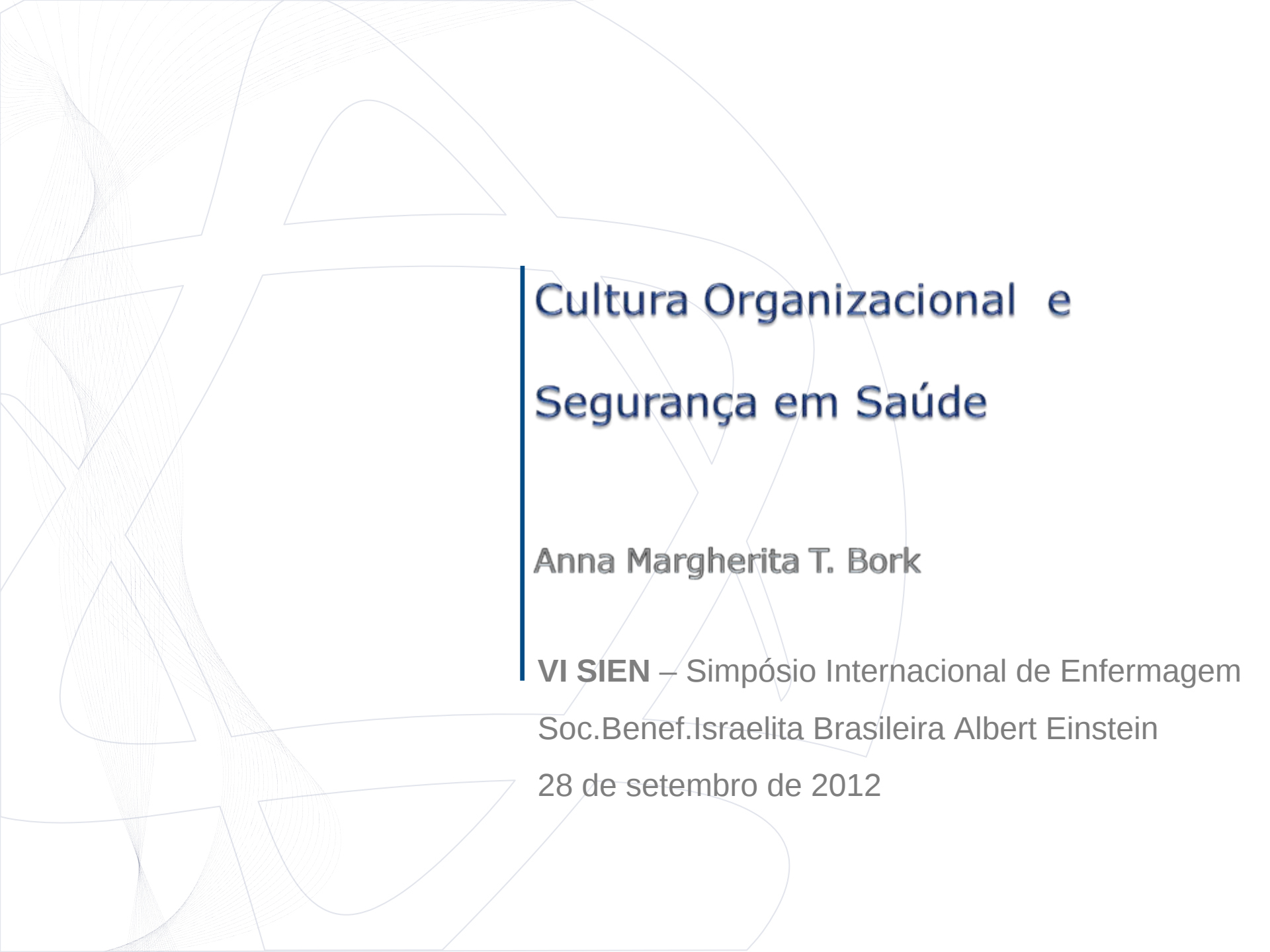




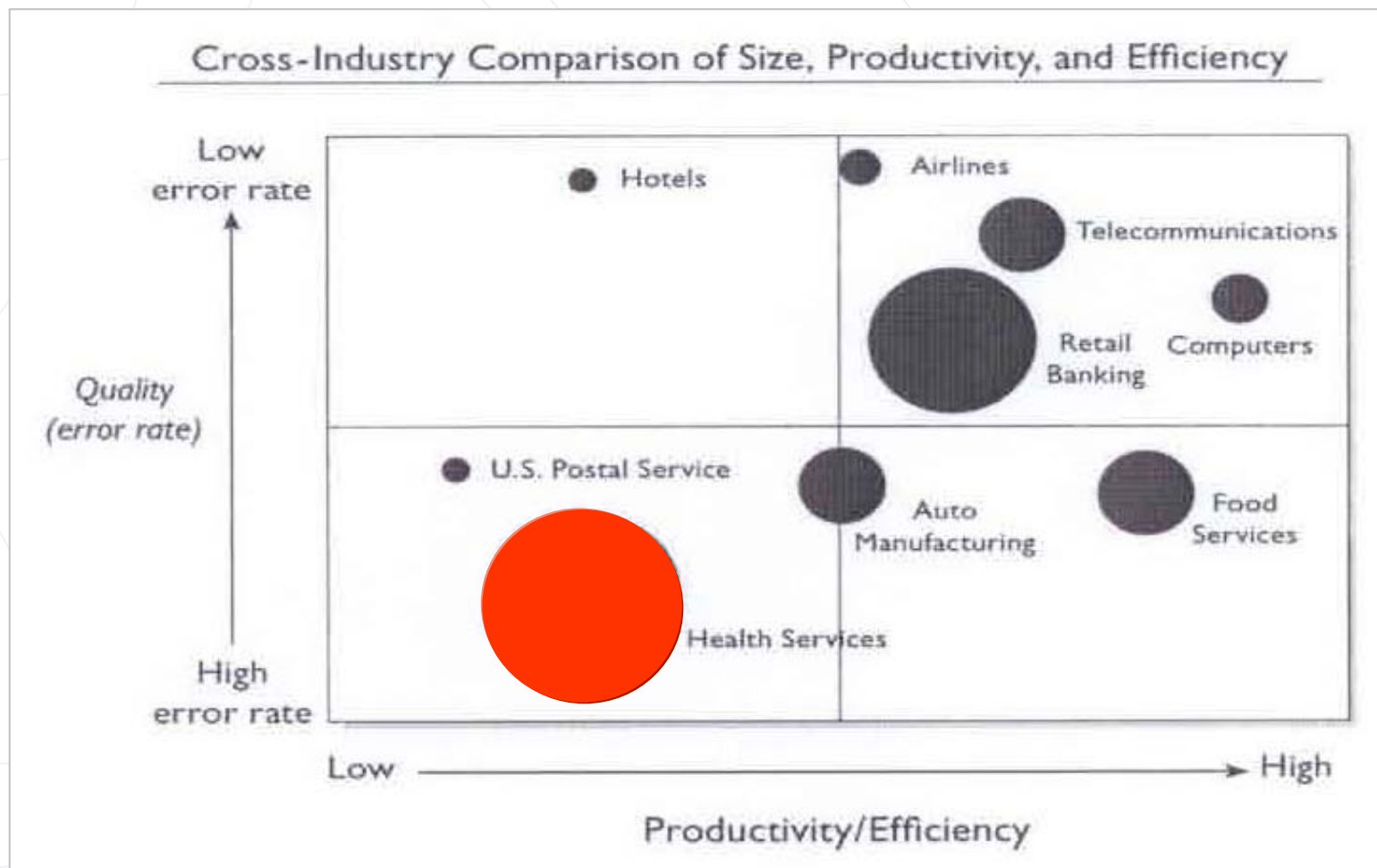
Cultura Organizacional e Segurança em Saúde

Anna Margherita T. Bork

VI SIEN – Simpósio Internacional de Enfermagem
Soc.Benef.Israelita Brasileira Albert Einstein
28 de setembro de 2012

Eficiência e Erros

Saúde x Setores de Mercado



Reference: Clinical Advisory Board, 2005

RIO Segundo chefe da pediatria, houve "mistura de frascos"; polícia investiga quinto caso

Erro de medicação pode ter matado 5 bebês em hospital

DANIELA MENDES

DA SUCCURSAL DO RIO

A Delegacia de Repressão aos Crimes Contra a Saúde Pública investiga a possibilidade de que mais um bebê tenha morrido por erro de medicação, no hospital municipal Salgado Filho, no Méier (zona norte do Rio de Janeiro), aumentando o número das vítimas para cinco.

Os pais das crianças devem depor hoje às 14h. A principal suspeita é de que os bebês tenham sido medicados com o anestésico succinil colina, no lugar de cortisona. Os frascos dos dois são semelhantes, e foram encontradas embalagens do anestésico na enfermaria pediátrica.

O anestésico é utilizado em cirurgias gerais e paralisa imediatamente a musculatura respiratória, causando parada cardíaca. As crianças que morreram estavam recebendo cortisona, utilizada para combater problemas respiratórios, misturada a soro fisiológico.

O delegado Augusto Paiva afirmou que vai investigar um quinto caso de morte, registrado no dia 25 de maio, que teria ocorrido em circunstâncias semelhantes às dos outros quatro bebês, que morreram entre quinta e sexta-feira.

Cristina Costa de Oliveira diz que seu filho, Rodelson dos San-



Cristina Costa de Oliveira, mãe de bebê que morreu no Salgado Filho

tos Flores Júnior, de cinco meses, morreu 45 minutos depois de ser socorrido pela segunda vez no hospital. Ele havia voltado ao Salgado Filho após cinco dias de internação devido a uma bronquite.

Cristina afirmou ter ouvido um médico pedir a um enfermeiro para preparar uma injeção de insulina. Ela suspeita de que o remédio tenha sido a causa da morte, no dia 25 de maio. Especialistas afirmam que, em geral, a insulina é aplicada se o potássio ou o açú-

car do sangue estiverem com níveis extremamente altos.

José Macieira, tio do recém-nascido David Macieira Izidin, de 45 dias, disse que o menino morreu logo após ter tomado o soro. "Ficou roxo e sem ar. Só me disseram que teve uma parada cardíaca."

Em depoimento à polícia, o chefe da pediatria do hospital, Tasso Correa Filho, afirmou que foram constatadas "misturas, no setor de enfermagem, de frascos do medicamento hidrocortisona

com frascos de succinil colina".

Na madrugada de sábado, 22 mães retiraram seus filhos às pressas da enfermaria pediátrica. Elas temiam que os bebês tivessem morrido por meningite — hipótese descartada pelo hospital. Até ontem à noite, 19 mães haviam levado seus filhos de volta.

Funerária

Cristina disse ter sido questionada no hospital se sabia como enterraria o filho e se precisava de uma funerária. "Eles disseram que trabalhavam com serviço funerário", disse, sem saber se essas pessoas trabalham no hospital.

Em 99, o auxiliar de enfermagem Edson Izidoro Guimarães confessou, e depois negou, ter provocado a morte de cinco pessoas no Salgado Filho para receber comissões de agências funerárias. Ele foi condenado em fevereiro de 2000 a 76 anos de prisão.

O secretário da Saúde, Ronaldo Cezar Coelho, disse que hoje, após visita da Vigilância Sanitária, a enfermaria — isolada desde sábado —, deve ser liberada.

Segundo a diretora do hospital, Thereza Brandão, uma sindicância foi aberta. Ela disse que a pediatria não usa o anestésico succinil colina "em hipótese alguma".

Colaborou Pedro Soares

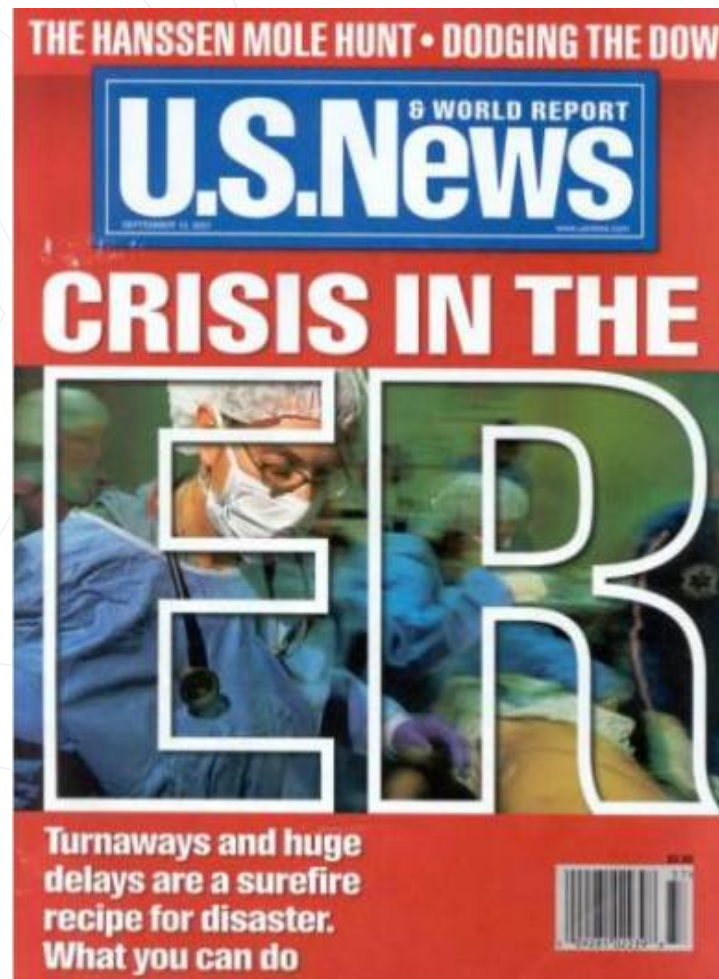
Super Interessante

Data: Maio 2001 – Edição nº 5
Página: Capa



US News & World

Data: 10/Setembro/2001
Página: Capa



5 Ways to Fix Our Schools

rd.com
**Reader's
Digest**

**How Hospitals Are
Gambling
With Your
Life**

PAGE 150



Tom Hanks
talks about
his father,
his heroes, and
what makes
him proud
PAGE 62

ROAD RAGE

The Story You'll
Never Forget

PAGE 72



Plus The Best Solution for Your Back Pain
Should You Trust Nuclear Power? ★ Wildest Ride
RD Living: Ideas, Tips, and Advice About Life

Data : Setembro 2001
Página : Capa

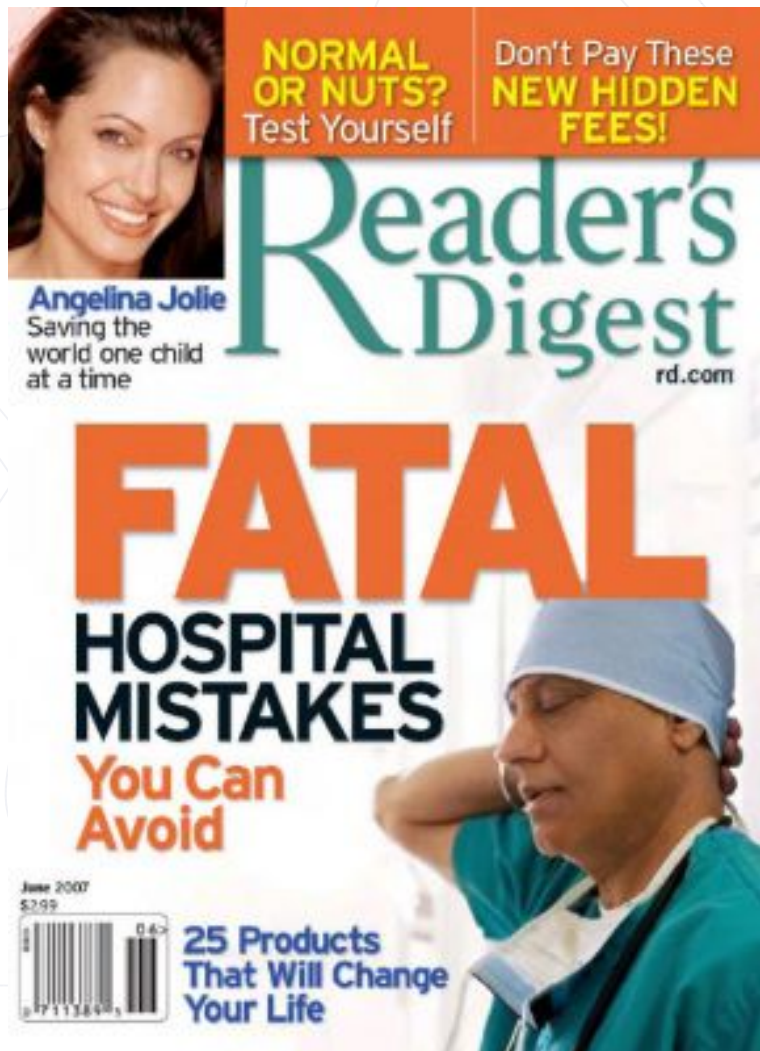
Data: 12/Novembro/2001
Página: Capa



Data: 03 de março de 1999
Capa



Reader's Digest
Junho 2007



DCI-Diário do Com/Ind-SP
Maio 2002

SAÚDE

Infecção hospitalar mata até 100 mil brasileiros por ano

As infecções hospitalares estão entre as cinco principais causas de mortalidade entre os pacientes que se internam em hospitais brasileiros, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Na Grã-Bretanha, apenas um em cada dez pacientes internados em um hospital público deixa o centro com algum tipo de infecção.

O combate às infecções custam aos hospitais brasileiros em média R\$ 15 mil por mês com equipes especializadas e produtos para a prevenção a essas infecções, responsáveis por 75 mil a 100 mil mortes todos os anos no Brasil. Isso significa que o problema afetou, segundo dados de 2000, 0,8% dos cerca de 11,93 milhões de internados no sistema público de saúde.

O Hospital Israelita Albert Einstein investe cerca de R\$ 20 mil por mês no controle de infecções hospitalares. O Hospital mantém uma comissão de quatro profissionais, um médico e três enfermeiros, que trabalham com a vigilância contínua dos procedimentos de prevenção.

"A comissão não trabalha apenas com os casos de infecção já



Gastos de hospitais chegam a R\$ 20 mil por mês

existentes. Os médicos e enfermeiros examinam os prontuários dos pacientes em busca de possíveis focos de infecção, examinam se os produtos estão nos lugares determinados, ou seja, há um trabalho preventivo", diz Sérgio Wey, infectologista do Hospital Israelita Albert Einstein.

O Hospital e Maternidade São Luiz também possui programas de controle de infecção divididos em dois setores. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), composto de um médico

e uma enfermeira, é responsável pelo dia-a-dia da prevenção.

Já a Comissão Geral de Controle de Infecção Hospitalar reúne mensalmente representantes dos vários setores do hospital.

As atividades rotineiras de prevenção incluem a avaliação dos prontuários dos pacientes. Há também um trabalho de educação continuada de médicos e enfermeiros por meio de treinamentos, revela o Hospital e Maternidade São Luiz.

— KATIA HOCHMAN

A Segurança do Paciente



Cenário da **in**segurança

- 3 a 4% dos pacientes hospitalizados sofrem um evento adverso grave nos Estados Unidos^{3,4};
- Outros estudos: 8 a 16% dos pacientes hospitalizados sofrem um evento adverso^{1,4};

1. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678-86.

3. Thomas EJ, Studert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71

4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.

Cenário da **in**segurança

- 30 a 50% destes eventos são preveníveis e a maioria causa danos graves, como morte de dezenas de milhares de pessoas nestes países;
- Estudos sugerem: em países em desenvolvimento incidência é igual ou ainda maior^{15,16};

15. Global patient safety challenge launched.

http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_1_83/ai_n16100927/print.

16. Moreno CA, Rosenthal VD, Olarte N, et al. Device-associated infection rate and mortality in intensive care units of 9 Colombian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2006;27:349-56.

Sentinel Event Statistics as of: June 30, 2010

Sentinel Event Setting	Nº	%
Hospital	4689	67.7%
Psychiatric hospital	748	10.8%
Psych unit in general hospital	339	4.9%
Behavioral health facility	305	4.4%
Emergency department	305	4.4%
Ambulatory care	206	3.0%
Long term care facility	163	2.4%
Home Care	127	1.8%
Office-based Surgery	21	0.3%
Clinical lab	9	0.1%
Others	11	0.2%
Total	6923	100%

Fonte: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>



Num hospital de ensino, brasileiro



- 553 prontuários avaliados
- 385 prontuários elegíveis (100%)
 - 167 (43%) possível EA relatado
 - 39 (10%) EA confirmado
 - 26 (69%) EA evitável
- Origem dos EAs:
 - Procedimentos 30,8% (sondagem vesical, entubação traqueal, etc).
 - Procedimentos cirúrgicos 26,9%
 - Diagnóstico 17,3%
 - Obstétrico 13,5%
 - Medicamentosos 5,8%
- 44% foram EAs decorrentes de omissão
- 56% foram EAs decorrentes de ação

Qualificação de tese de doutorado Dr. Walter Mendes, 2004.

10 EAs mais freqüentes e caros para Saúde

1. Úlceras por pressão — 374.964 erros, US \$ 10.288 por erro e o total de US \$ 3.858 bilhões.
2. Infecções pós-operatórias — 252.695 erros, US \$ 14.548 por erro, total de US \$ 3.676 bilhões.
3. Complicação mecânica de um dispositivo, implante ou enxerto — 60.380 erros, US \$ 18.771 por erro, total de US \$ 1.133 bilhões.
4. Síndrome pós laminectomia— 113.823 erros, US \$ 9.863 por erro, total de US \$ 1.123 bilhões.
5. Hemorragia complicando um procedimento — 78.216 erros, US \$ 12.272 por erro, total de US\$ 960 milhões.
6. Infecção após a infusão, injeção, transfusão, vacinação — 8.855 erros, US \$ 78.083 por erro, total de 691 milhões de dólares.
7. Pneumotórax — 25.559 erros, US \$ 24.132 por erro, total de US \$ 617 milhões.
8. Infecção devido ao uso de cateter venoso central — 7.062 erros, US \$ 83.365 por erro, total de 589 milhões de dólares.
9. Outras complicações internas relacionadas a dispositivo protético (sintéticas) (biológicos), implante e enxerto — 26.783 erros, US \$ 17.233 por erro e o total de US \$ 462 milhões.
10. Hérnia abdominal sem menção de obstrução ou gangrena — 53.810 erros, US \$ 8178 por erro e total de 440 milhões de dólares.



Shreve J et al. *The economic measures of medical errors*. Society of Actuaries' Health Section, Milliman, June 2010.

October 1, 2008

Medicare Won't Pay for Medical Errors

By [KEVIN SACK](#)

ST. PAUL — If an auto mechanic accidentally breaks your windshield while trying to repair the engine, he would never get away with billing you for fixing his mistake. On Wednesday, [Medicare](#) will start applying that logic to American medicine on a broad scale when it stops paying [hospitals](#) for the added cost of treating patients who are injured in their care.

Medicare, which provides coverage for the elderly and disabled, has put 10 “reasonably preventable” conditions on its initial list, saying it will not pay when patients receive incompatible blood transfusions, develop infections after certain surgeries or must undergo a second operation to retrieve a sponge left behind from the first. Serious bed sores, injuries from falls and urinary tract infections caused by catheters are also on the list.

Officials believe that the regulations could apply to several hundred thousand hospital stays of the 12.5 million covered annually by Medicare. The policy will also prevent hospitals from billing patients directly for costs generated by medical errors.

Because Medicare is the largest insurer in the country, its decision to refuse payment for preventable conditions has already influenced others — public and private — to set similar criteria.

Over the last year, four state [Medicaid](#) programs, including New York’s, have announced that they will not pay for as many as 28 “never events” (so called because they are never supposed to happen). So have some of the country’s largest commercial insurers, including WellPoint, Aetna, Cigna and Blue Cross Blue Shield plans in seven states.

A number of state hospital associations, including here in [Minnesota](#), have brokered voluntary agreements that members will not bill for medical errors. In April, Maine became the first state to ban the practice statutorily.



“It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a Hospital that it should do the sick no harm.”

Florence Nightingale 1859

Click to **LOOK INSIDE!**

PROTECT YOURSELF *in the* HOSPITAL

*Insider Tips for Avoiding Hospital Mistakes
for Yourself or Someone You Love*

- How to find the safest hospital
- Proven ways to prevent mistakes, accidents, hospital-acquired infections, bedsores, and other mishaps
- Specific advice for safety in the emergency room, the ICU, the OR, the mother/baby unit, and more

Thomas A. Sharon, R.N., M.P.H.



- Como encontrar o hospital mais seguro;
- Maneiras comprovadas para prevenção de erros, acidentes, infecções hospitalares, úlceras de pressão, e outros problemas;
- Conselhos específicos para segurança no Pronto-Socorro, na UTI, no CC, na unidade materno-infantil e muito mais.

A Segurança do Profissional de Saúde



Acidentes Ocupacionais em Profissionais da Saúde

Fonte: Health Protection Agency Centre for Infections & Collaborators, London. Occupational Transmission of HIV - Summary of Published Reports - March 2005 Ed; 1-39.



Hepatite B por exposição ocupacional

Estados Unidos – 8.700 casos / ano

- 2.000 casos – doença clínica
- 400 casos – hospitalização
- 200 casos - óbito
- 800 casos - cronicidade

Fonte: Centre for Disease Control and Prevention, 1991

Quantidade de acidentes de trabalho registrados na Previdência, segundo motivo, na Saúde, no Brasil – 2008/2010

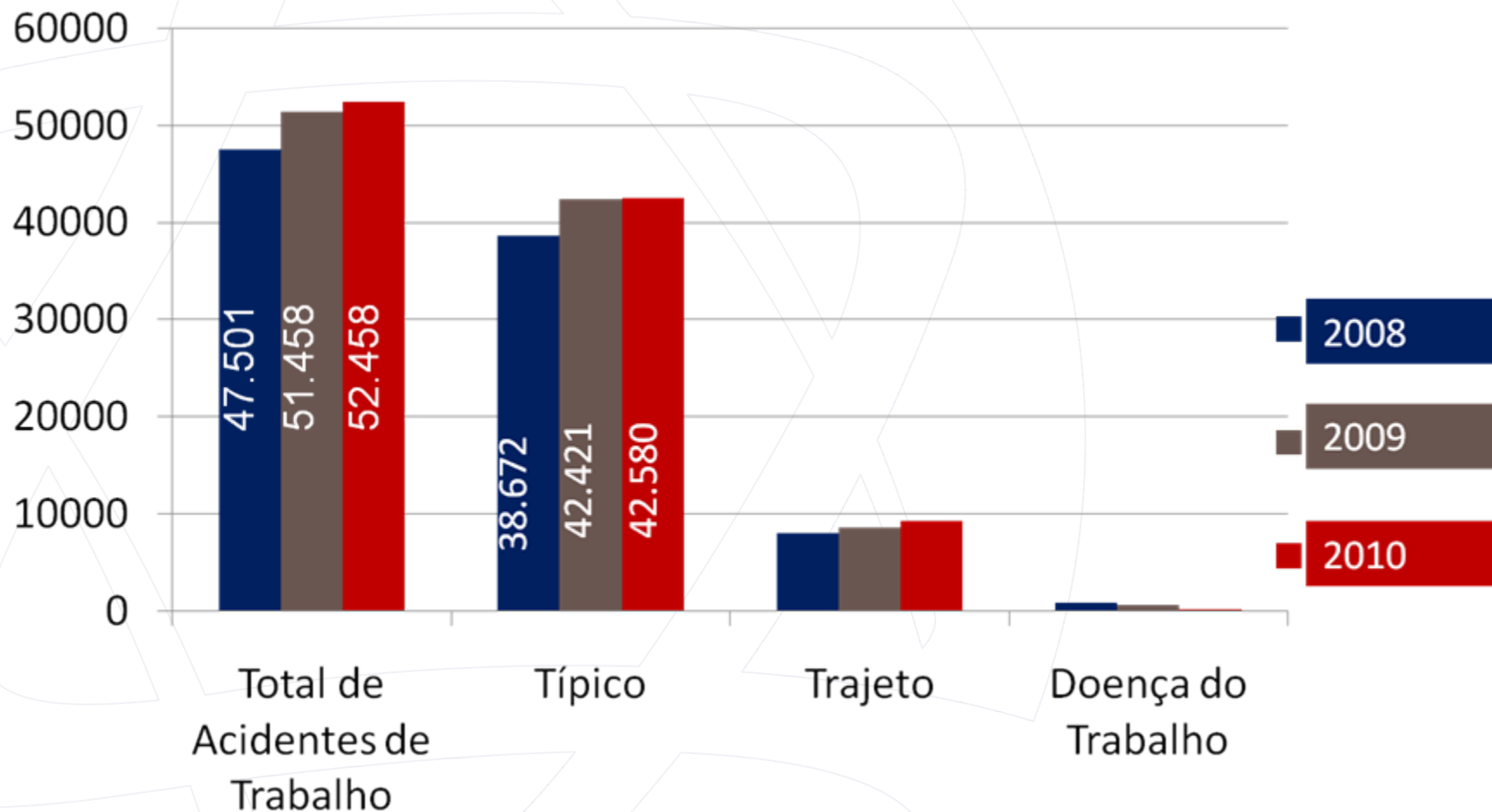




Figure 2: Frank Bird, 1969.

<http://www.actassociates.co.uk/pictures/files/Filev2422.pdf>

A Segurança do Ambiente





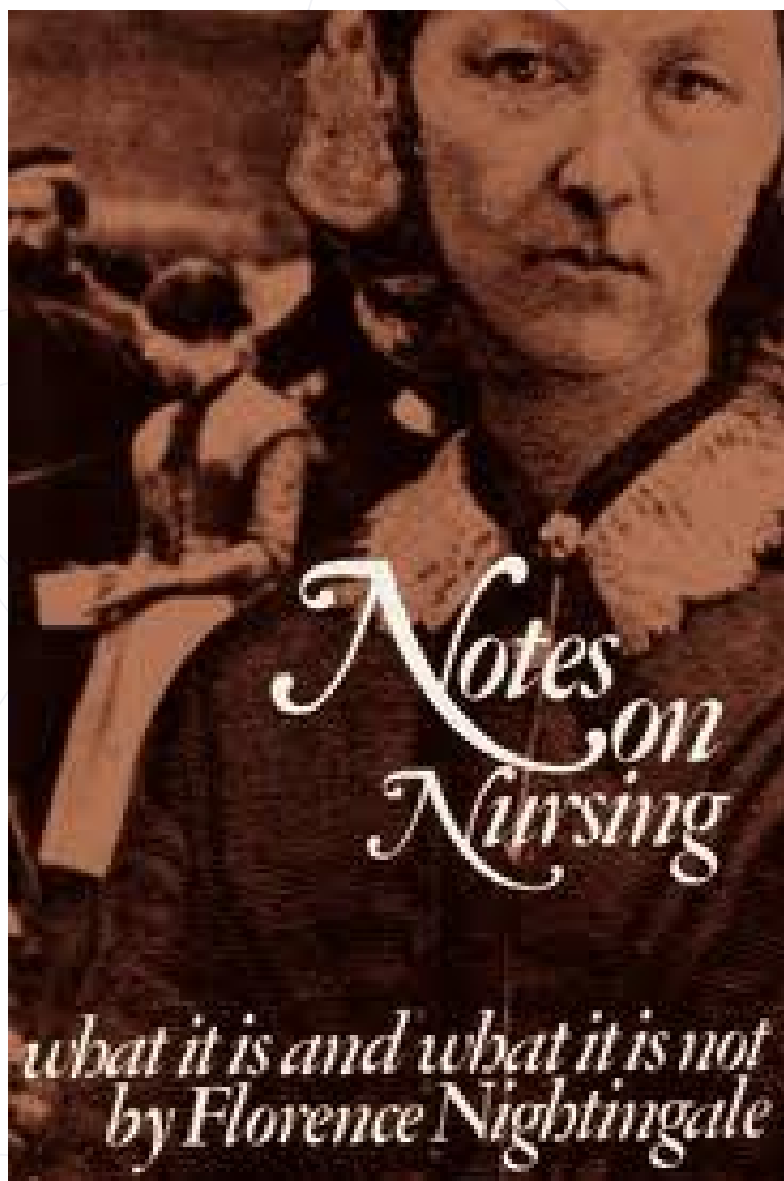
EMERGING ENVIRONMENTAL RISKS

In The Healthcare Industry

Executive Summary

Healthcare in the United States is in the midst of unparalleled transformation, driven in large measure by the Patient Protection and Affordable Care Act. Healthcare will continue to undergo rapid change as a result of technological developments, an aging population, economic forces and evolving patient expectations. Concurrent with these transformations in healthcare, the US Environmental Protection Agency (EPA) has embarked on an ambitious effort to restore momentum to its core programs. Many of the environmental exposures of healthcare organizations may fall under these core programs or similar state regulations, making it important that healthcare organizations – including hospitals, labs, MRI facilities, clinics and physician offices – maintain a sharp focus on environmental compliance.





Em seu livro, *Notes on Nursing*, de 1860, Florence Nightingale deu atenção à qualidade do ar e da água. Este foi um dos primeiros pensamentos modernos sobre **a relação entre as condições do ambiente e o estado da saúde humana**. Ela discute como a Inglaterra foi inflingida, em 1800, pela pobre qualidade do ar advindo do uso intenso de carvão como combustível para aquecimento de casas e hospitais.

Shaner-McRae, H., McRae, G., Jas, V. (May 31, 2007) "Environmentally Safe Health Care Agencies: Nursing's Responsibility, Nightingale's Legacy" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 12 No. 2, Manuscript 1.

Danos e riscos inflingidos ao Ambiente, pelo setor da Saúde

Mercúrio

Dioxina

Quimioterápicos

Resíduos
Químicos
Laboratoriais

Lixo
comum

Excrementos
humanos contendo
resíduos químicos,
medicamentosos
ou patológicos

Filmes de RX
(contendo prata
e outros
metais)

Resíduos
Patológicos

Solventes,
formaldeídos

Sangue e
componentes

Legionella,
fungos

Medicamentos

Pérfuro-cortantes

Gases advindos de
boilers, geradores
de emergência,
gases anestésicos

Delhi government hospitals are slammed for poor waste disposal

MailOnline

Wednesday, Sep 26 2012



**“Você não herdou o planeta Terra de seus pais;
você está pegando emprestado de seus filhos”**



Alguns recursos do trabalho de Enfermagem em iniciativas ambientais

- **The Nightingale Institute for Health and the Environment**

www.nihe.org

- **H2E - Hospitals for a Healthy Environment**

www.h2e-online.com

- **H2E Nurses Resources**

www.h2e-online.com/docs/h2enursespresentation.pdf

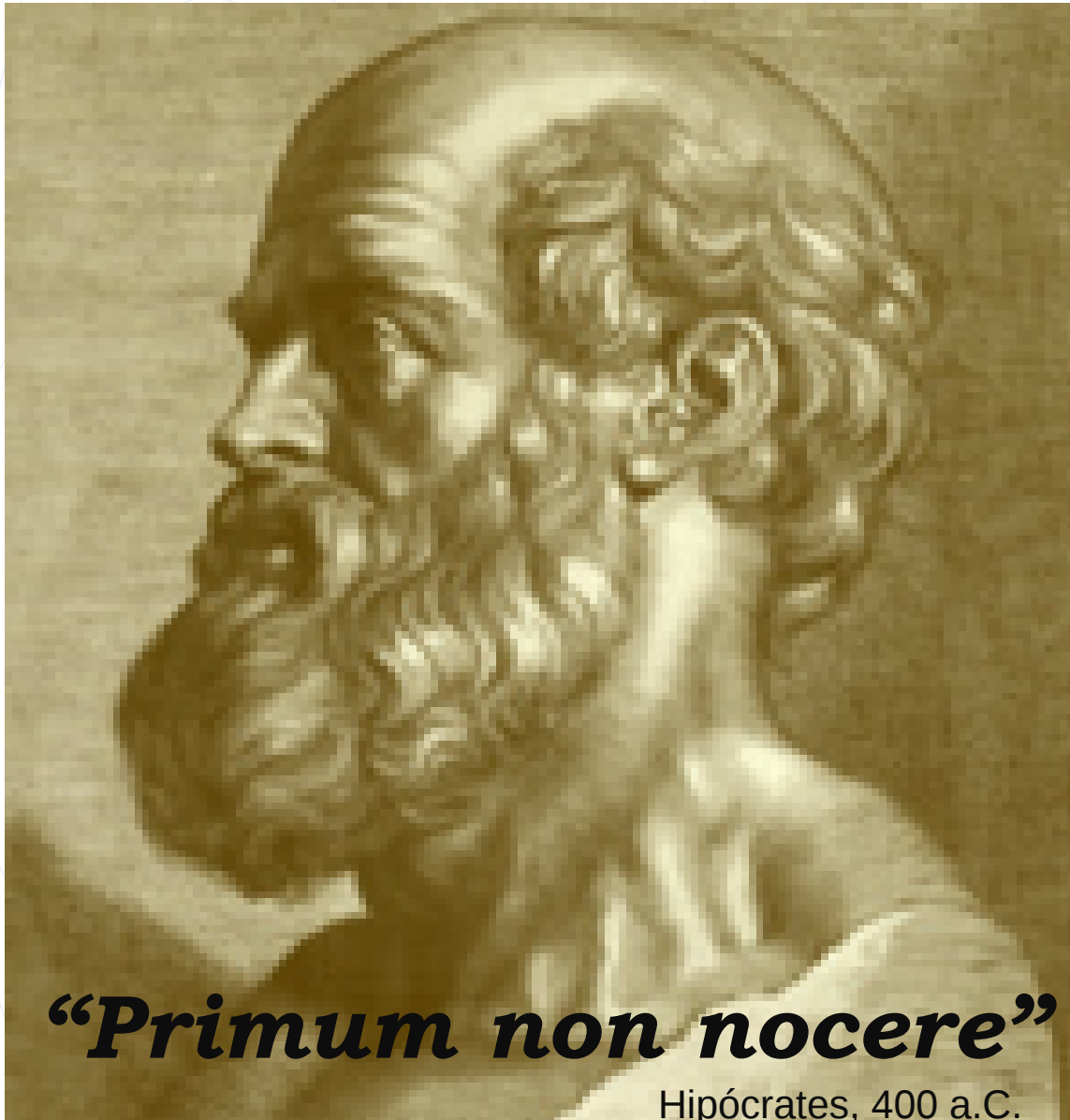
- **HCWH - Health Care Without Harm**

www.noharm.org/us/nurses

- **University of Maryland School of Nursing**

<http://envirn.umaryland.edu>

Segurança é:

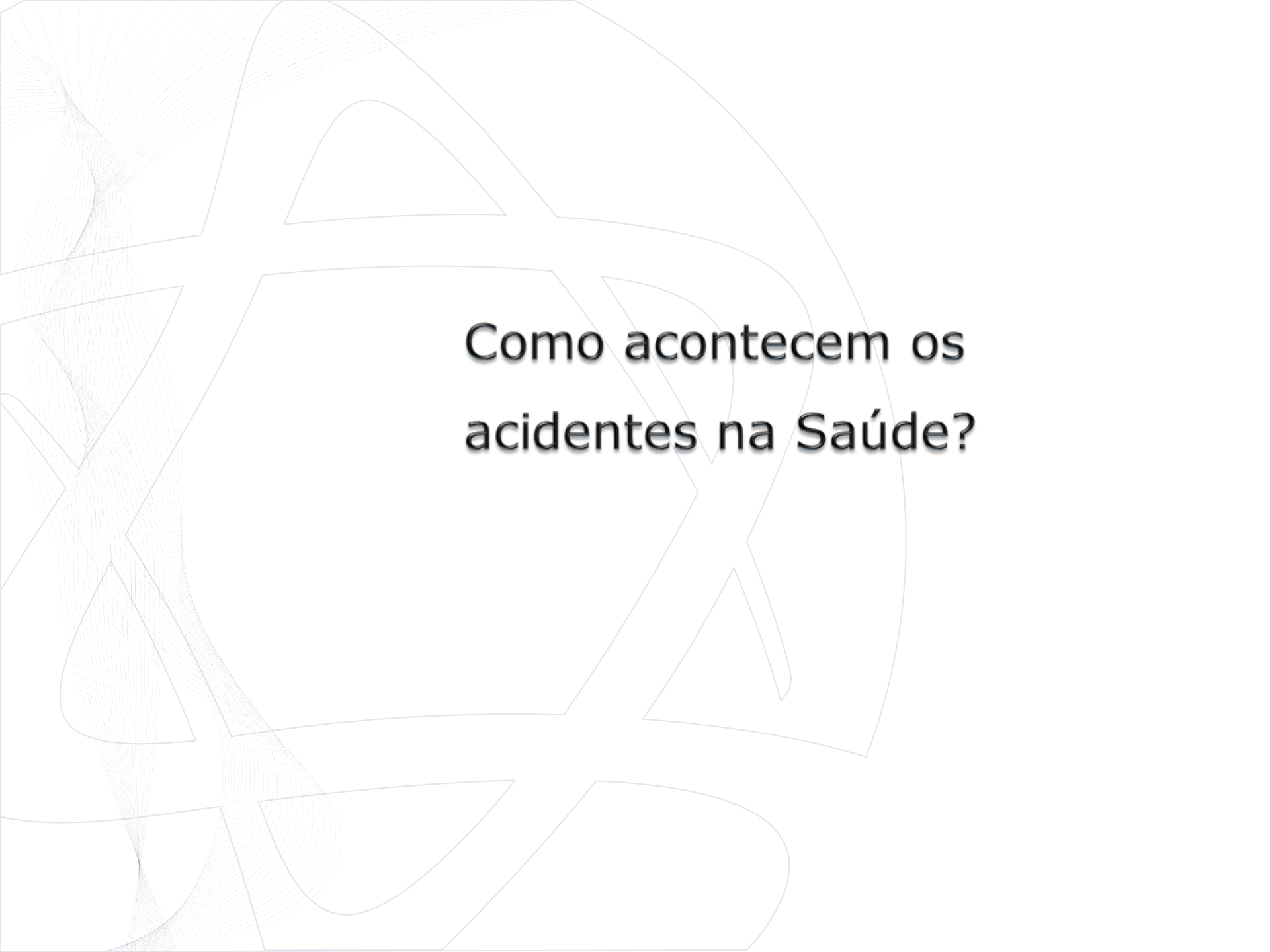


“Primum non nocere”

Hipócrates, 400 a.C.

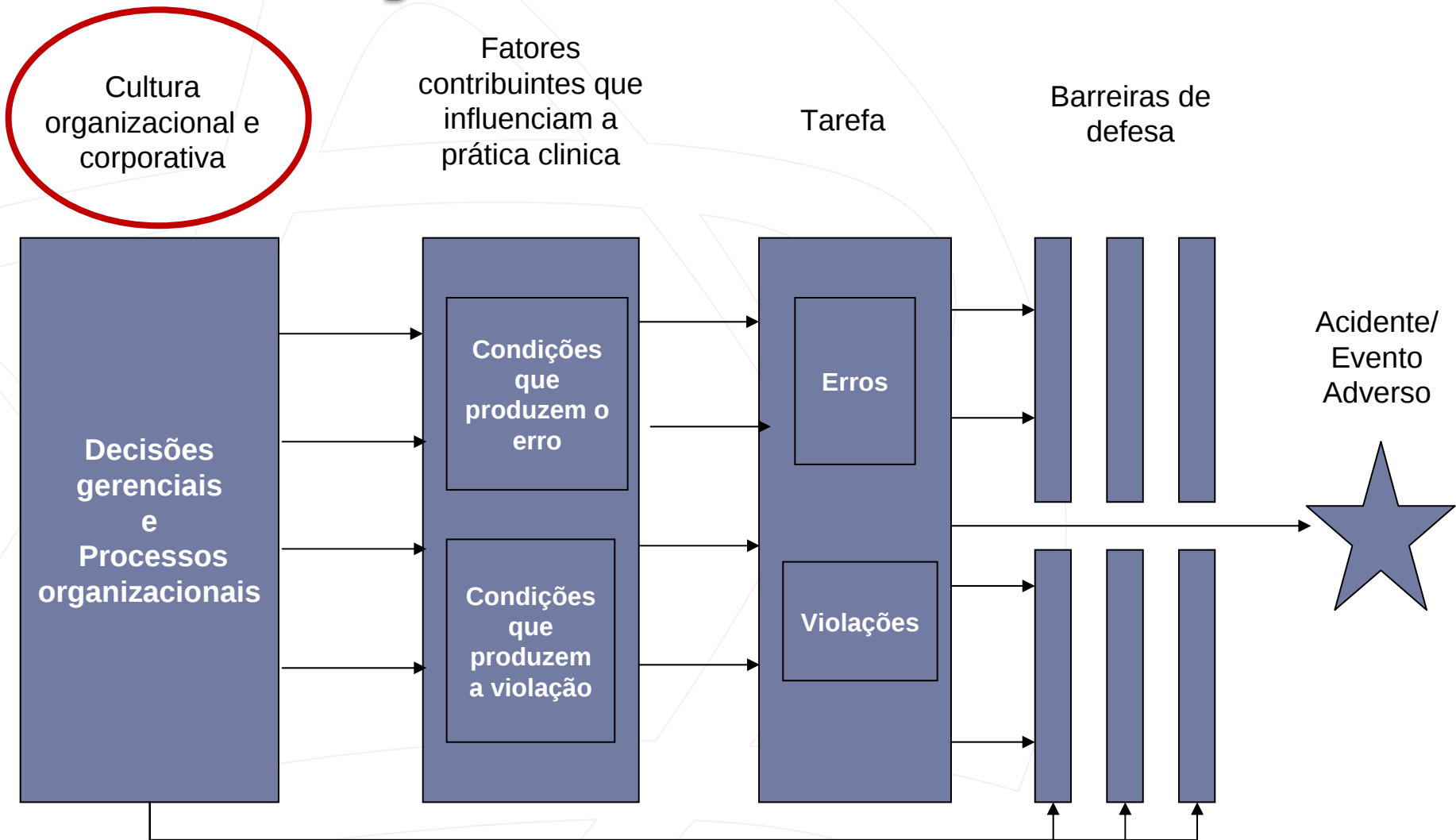
Para pensar em Segurança na Saúde...





**Como acontecem os
acidentes na Saúde?**

Etiologia dos Eventos na Saúde



Vincent C. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. 2nd Edition. p 573. London: BMJ Books, 2001.

Dois obstáculos que bloqueiam a melhoria da segurança

- Tendência de estigmatizar e punir a falibilidade humana (erro = incompetência;
- Crença na capacidade de obter perfeição, por meio de treinamento longo e árduo.

64. Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.

1. Jha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Condições que produzem erros

Condição	Fator de risco
Não familiaridade com a tarefa	(x17)
Falta de tempo	(x11)
Sinal improdutivo: taxa de ruído	(x10)
Interface ruim entre sistema e humano	(x8)
Desencontro entre quem projeta e quem utiliza	(x8)
Irreversibilidade dos erros	(x8)
Sobrecarga de informação	(x6)
Transferência negativa entre as tarefas	(x5)
Falha na percepção do risco	(x4)
Sistema deficiente de feedback	(x4)
Inexperiência - não falta de treinamento	(x3)
Falta de instruções ou procedimentos	(x3)
Chechagem inadequada	(x3)
Desencontro educacional entre pessoa e tarefa	(x2)
Distúrbio no padrão de sono	(x1,6)
Ambiente hostil	(x1,2)
Monotonia e tédio	(x1,1)

Vincent C. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. 2nd Edition. p 573. London: BMJ Books, 2001.

A relação entre

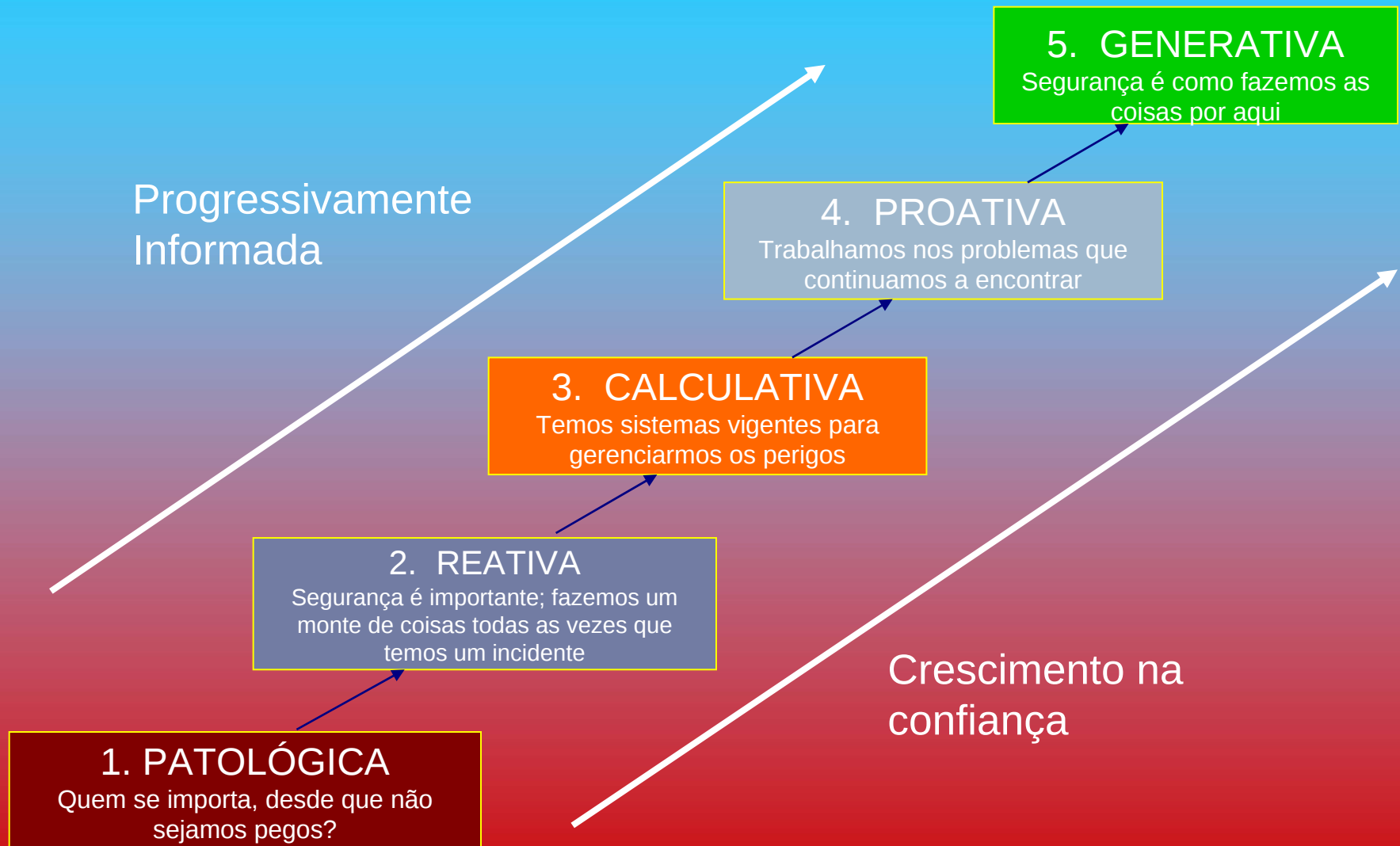
**CULTURA ORGANIZACIONAL E
SEGURANÇA EM SAÚDE**

De onde vem uma cultura organizacional e como se estabelece?



Schein, Edgar H., **Coming to a New Awareness of Organizational Culture**, Sloan Management Review, 25:2 (1984:Winter) p.3

Desenvolvimento de uma Cultura de Segurança



Ameaças à Segurança do Paciente no Ambiente de Trabalho de Enfermagem



Uma cultura de segurança

Possui atributos como:

- comunicação aberta sobre problemas de segurança,
 - trabalho em times efetivo
 - apoio de líderes locais e organizacionais, cujo papel é o de priorizar a Segurança em suas estratégias e ações.
 - prática baseada em evidência,
 - “Podemos utilizar a perfeição como alvo”²
- Há relação entre uma cultura positiva para segurança e melhores resultados assistenciais, como pex. Incidência de infecção hospitalar⁶⁵;

2. Buerhaus, P. Is hospital patient care becoming safer? A conversation with Lucian Leape. Health Affairs Web Exclusive (DOI 10.1377/hlthaff.26.6.w687), 9 october 2007.

65. Watcher RS. In conversation with...J. Bryan Sexton, PHD, MA. Washington DC, Agency for Healthcare Research and Quality, December 2006. <http://www.webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=34> (last consulted 5 September 2007)

Onde há forte evidência científica, vamos ganhar tempo: implemente já.

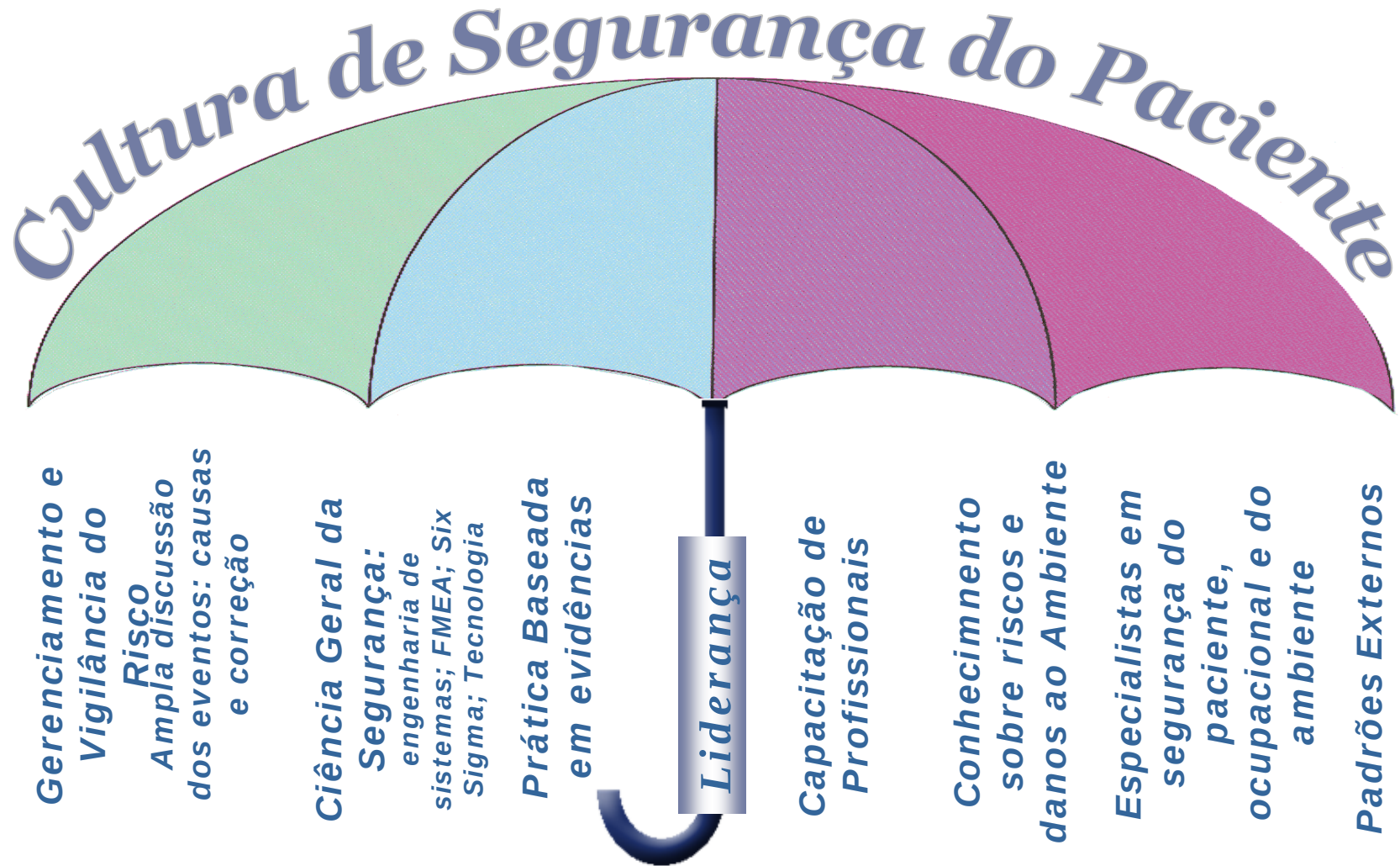
Alguns exemplos na área clínica:

- Uso adequado de profilaxia para TVP;
- Uso apropriado de beta-bloqueadores no peri-operatório;
- Inserção de catéter central com máxima barreira estéril;
- No paciente cirúrgico, uso apropriado de antibiótico-profilaxia;
- *Read-back* diante de ordens verbais, telefônicas ou similares;
- Uso de colchão apropriado para prevenção de úlceras de pressão;
- Inserção de catéter venoso central guiado por ultrassom.

Cultura de Segurança: o que diz a literatura?

- Como melhorar a cultura de segurança de uma organização:
 - formação básica (graduação) dos profissionais da saúde em segurança;
 - envolvimento da Diretoria e das demais lideranças do serviço de saúde com a Segurança, como tema estratégico;
 - tolerância zero à riscos;
 - A violação deliberada de práticas seguras e o envolvimento em práticas inseguras não devem ser tolerados²;
 - rondas ou visitas nas unidades do hospital, feitas pelos executivos^{66,67};
 - exercícios para treinamento do trabalho em times⁶⁸;
 - um programa local abrangente⁶⁹;
 - mensurações e relatórios sobre a cultura de segurança com instrumentos padronizados ¹

ELEMENTOS NECESSÁRIOS



Componentes essenciais para uma cultura organizacional voltada a Segurança

1. Compromisso organizacional visível e compreensível;
2. Políticas e procedimentos divulgados e acessíveis;
3. Responsabilidade da liderança;
4. Especialistas em Segurança para suporte à operação;
5. Treinamento e desenvolvimento contínuos;
6. Estabelecimento de metas;
7. Auditorias comportamentais e gerenciais;
8. Comunicação, comunicação, comunicação;
9. Investigação da causa-raiz dos acidentes;
10. Melhoria de processos e sistemas;
11. Tolerância zero a riscos;
12. Gestão de terceirizados.



Considerações Finais

Cultura Organizacional e a
Segurança na Saúde

Segurança não é prioridade; é pre-requisito



Sustentabilidade por meio da Qualidade

Os custos dos danos causados ao
paciente, ao profissional ou ao ambiente,
pelo setor da saúde, não podem ser
aceitos como inerentes ao processo.



É possível melhorar muito: tolerância zero aos riscos



Silêncio Mata



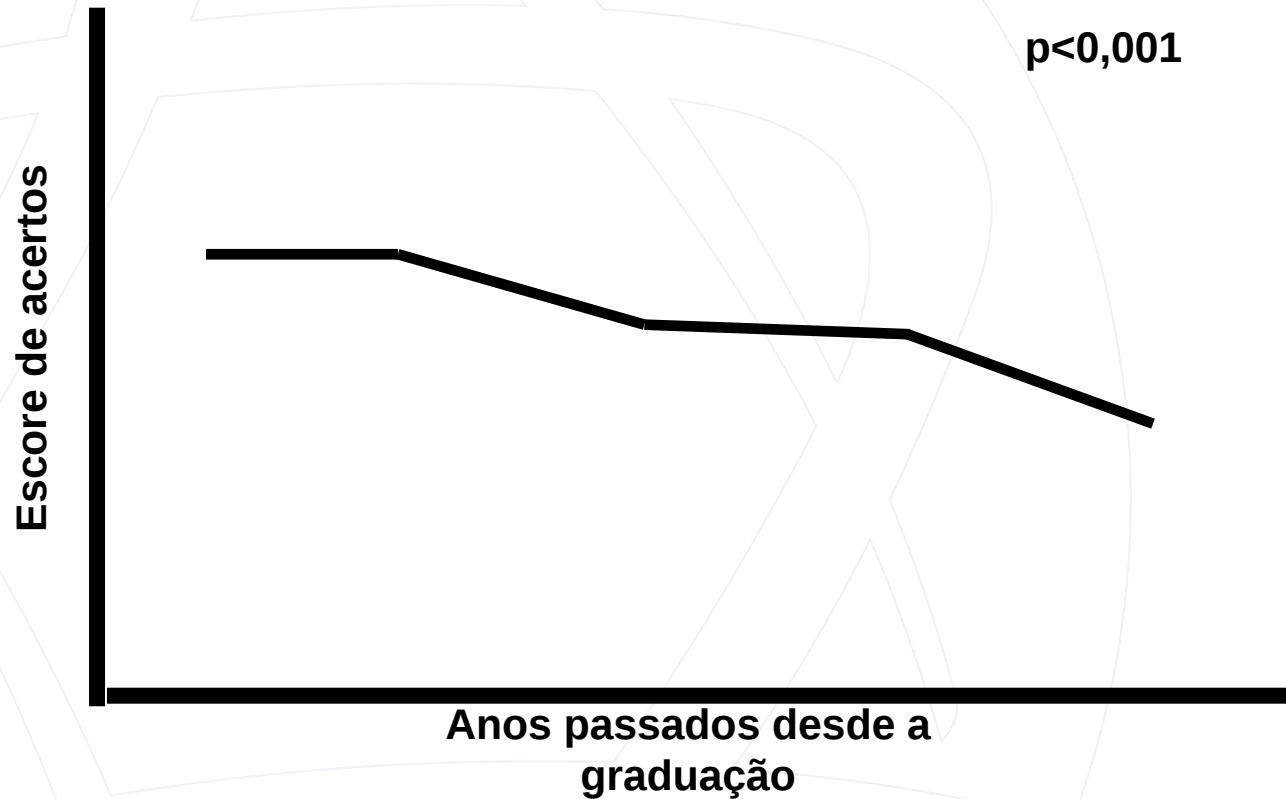
Notificar e corrigir riscos é dever do profissional da saúde

Transformação da Cultura das Organizações



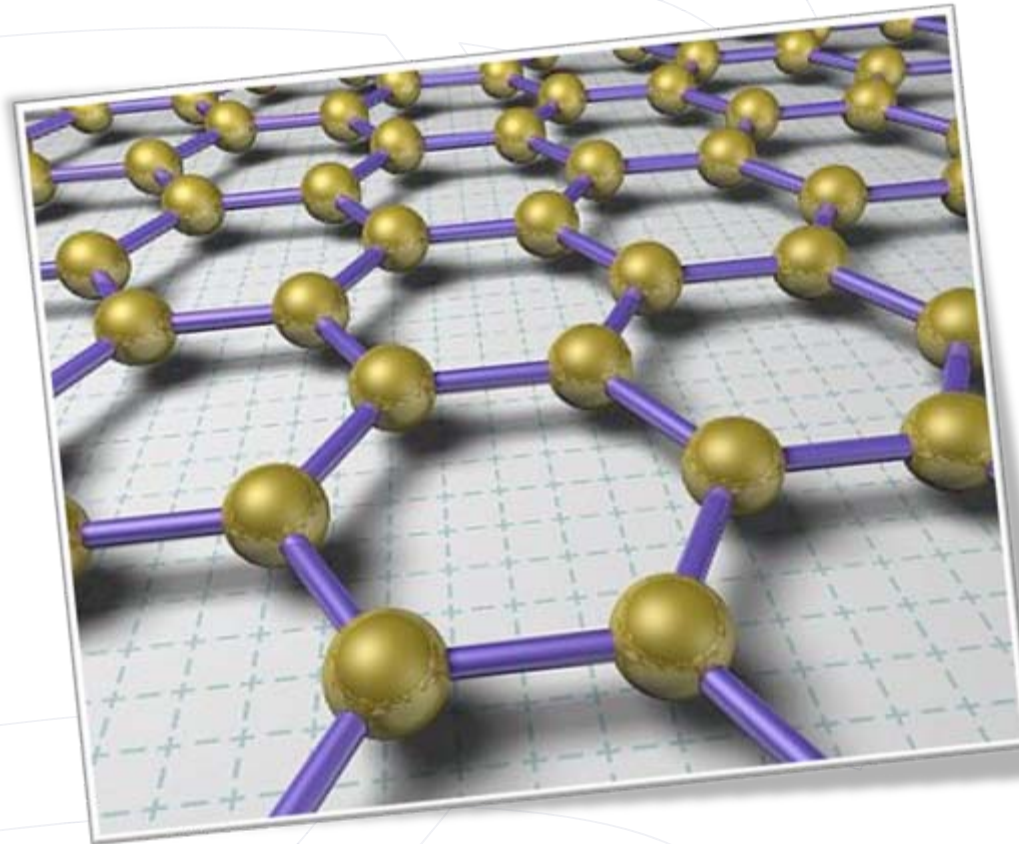
- A sustentabilidade ambiental e a saúde são intimamente ligadas. Ignorar isto, é ignorar a próxima geração;
- Uma reforma do ensino e da competência em Segurança (conhecimento, habilidade e atitudes) se faz necessária.

Capacitação: A rampa escorregadia

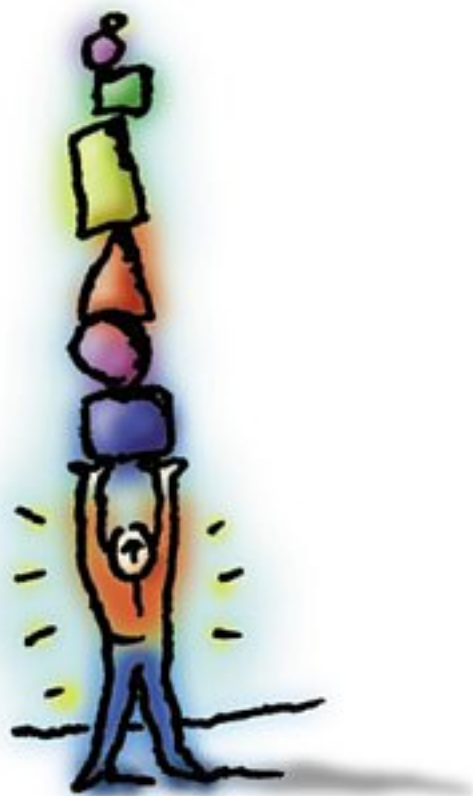


Sass N, et al. Continuing medical education in Brazil: what about obstetricians and gynecologists? Med. J. vol.123 no.1, 2005.

A Segurança tem mais relação com sistemas
do que com qualquer outro fator



A carga de trabalho é um dos maiores determinantes
da segurança no ambiente de enfermagem



Convicção:

Segurança na Saúde é um Direito do Paciente e do Profissional e um requisito à saúde e à sobrevivência das próximas gerações.



A photograph of a sunlit path through a forest. The path is a narrow, light-colored trail that curves through a dense, dark green forest. Sunlight streams through the trees, creating dramatic, golden light rays that fan out across the scene. The foreground is filled with lush green grass. The overall mood is peaceful and serene.

Obrigada!
amtbork@gmail.com