

# Transdisciplinaridade: Como esta ferramenta pode ser aplicada

Na Segurança do Paciente



# Disciplina

- É o conjunto de conhecimentos específicos que tem as suas características próprias no terreno de ensino, formação , dos mecanismos , dos métodos e dos materiais
- As relações entre as disciplinas podem ser dar em três níveis: Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade



- Multidisciplinar- justaposição das disciplinas diversas  
Quando a solução de problema requer a obtenção de informações de uma ou mais ciências ou setores de conhecimento
- Interdisciplinaridade- interação entre duas ou mais disciplinas podendo integrar mútuos conceitos
- Transdisciplinaridade – uma etapa superior a elas que, situaria essas relações no interior de um sistema total

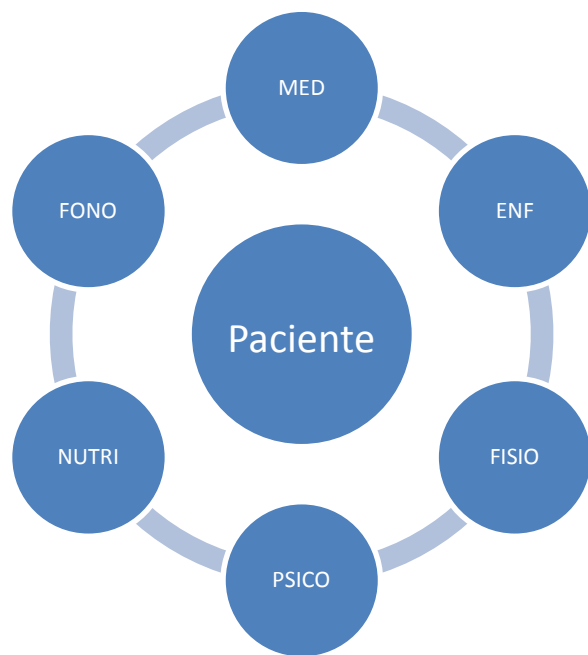
*Interação global das várias ciências (grau maior de troca)*

# Transdisciplinaridade

“para além das disciplinas” à definição do conceito – PIAGET, 1970

“a transdisciplinaridade diz respeito ao que se encontra **entre** as disciplinas, **através** das disciplinas e para **além** de toda a disciplina ”  
(NICOLESCU, 1996)

# Transdisciplinaridade na Saúde



A cooperação entra as várias matérias é tanta que não dá mais para separá-las : acaba seguindo uma nova macrodisciplina

Proposta de ensino e aprendizado



# O que é Segurança do paciente ?

## ***Primum non nocere***

Princípio de Hipócrates (460- 377 a.C)

Antes de tudo não cause dano, não prejudique o  
paciente

# Classificação Internacional para Segurança do Paciente (OMS)

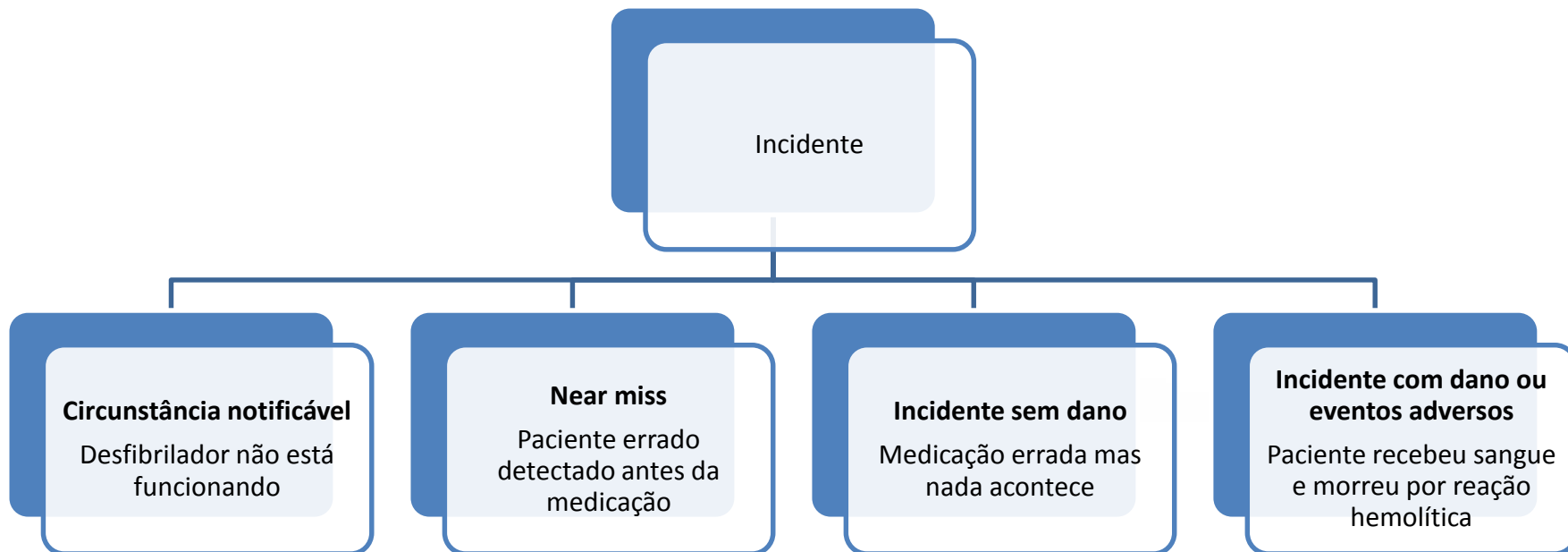
- Segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários associado ao cuidado de saúde até um mínimo aceitável



**Evento Adverso** – ocorrência imprevista indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde

**Evento Sentinela** – ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função

# Eventos Adversos



## Estudos relacionados aos danos causados na ocasião da assistência

1974 (EUA) –Pioneiro –California Medical Association ,  
California Hospital Association-University of Southern  
California School of Medicine (Los Angeles)

Revisão de 21mil prontuários de pacientes internados  
em 23 hospitais da Califórnia

4,6% dos pacientes com eventos adversos



## Estudos relacionados aos danos causados na ocasião da assistência

1984 (EUA) –The Harvard Medical Practice Study.

Revisão de 30mil prontuários de pacientes internados em hospitais de Nova York

3,7% dos pacientes com eventos adversos

13,6% destes, ocasionando óbito ao paciente



# Estudos relacionados aos danos causados na ocasião da assistência

Década de 90 –incidência de Eventos decorrentes da assistência\*, encontrados em Prontuários revisados

Austrália –16,5 por 100 pacientes

Nova Zelândia –11,33 por 100 pacientes

Grã-Bretanha –10,8 por 100 pacientes

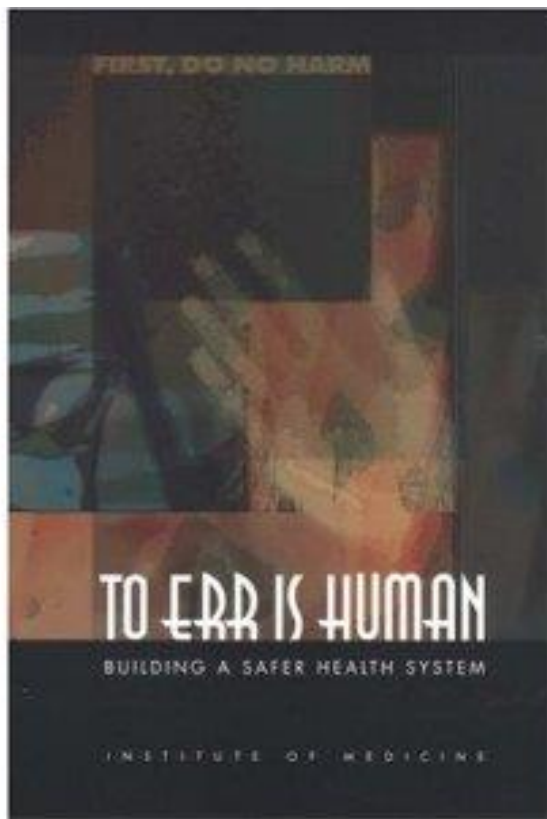
França –14,5 por 100 pacientes

Que causaram incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente      MENDES, et.al, 2005



# Movimento mundial pela Segurança do Paciente

## Relatório Institute of Medicine



- *44.000 a 98.000 mortes nos Hospitais Americanos decorrentes da prestação de cuidados de saúde (Evitáveis)*

**Assistência -8º causa de mortalidade no país**

Maior do que

- De acidentes automobilísticos (**43.458** mortes ano)
- De câncer de mama (**42.297** mortes .ano)
- De AIDS (**16.516** mortes ano)



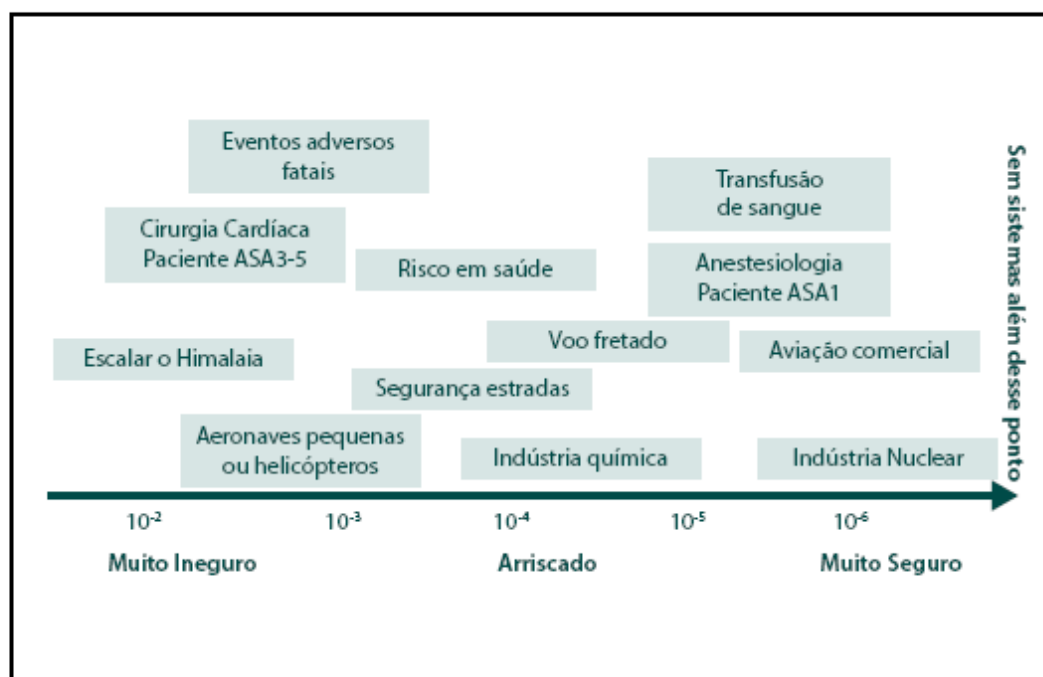
**“50 a 60 % dos eventos (danos)são evitáveis”**

Gallotti, 2004



# Estamos Seguros ?

Figura 1. Comparação entre várias atividades humanas e o risco de catástrofes e mortes associadas

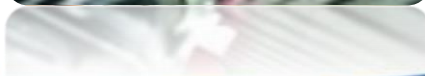


Fonte: Adaptada de: Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Ann Intern med. 2005; 142: 756-64. 7. 6. Por Pedreira MLG. O erro humano do sistema de saúde. In: Dia a dia segurança do paciente. Ors. Pedreira MLG, Harada MJCS. São Caetano. Yendis Ed; 2010.



REFLEXÃO...

**“VOCÊ TEM IDÉIA, QUE UMA MALA  
DESPACHADA EM UMA AEROPORTO ESTÁ  
ESTATISTICAMENTE MAIS SEGURA DO QUE  
UM PACIENTE INTERNADO?”**



REFLEXÃO...

**“DE 2001 A 2006 O NÚMERO DE MORTOS EM ACIDENTES  
AÉREOS NOS EUA FOI ZERO.**

**NESSE MESMO PERÍODO, O NÚMERO ESTIMADO DE  
MORTOS EM HOSPITAIS AMERICANOS, VITIMAS DE  
ERROS MÉDICOS FOI ESTIMADO EM 250 MIL A 500 MIL”**



REFLEXÃO...

**“ISSO EQUIVALE A DERRUMAR CERCA DE 1.400 BOEINGS  
747 TOTALMENTE LOTADOS, SEM DEIXAR  
SOBREVIVENTES”**

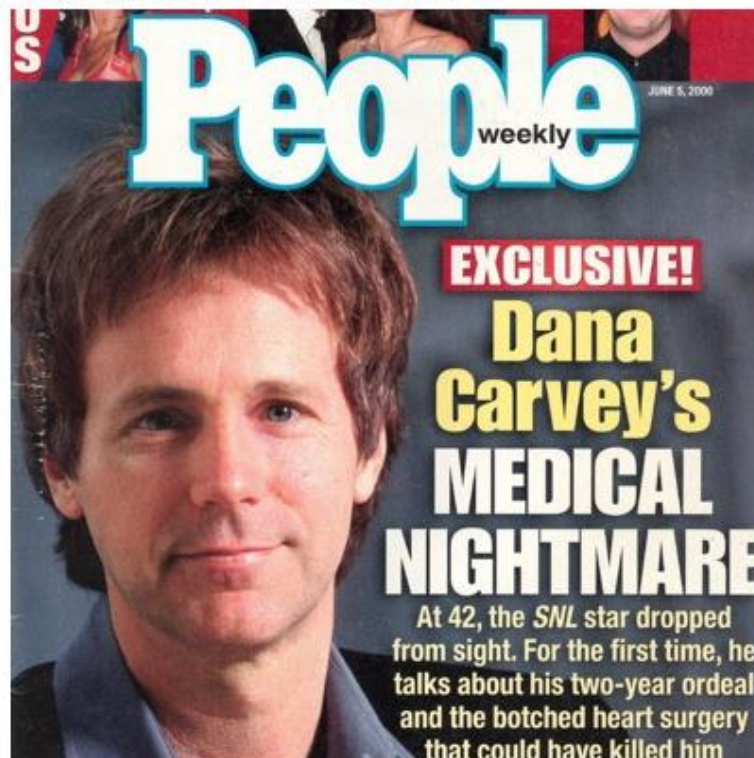


Qual o tamanho do nosso  
problema?

# Alguns Incidentes divulgados pela Mídia



# 1. Ponte de safena feita em artéria errada



Dois meses depois de uma operação de ponte de safena dupla, que deveria ter salvado a sua vida, o comediante Dana Carvey, que atuava no Saturday Night Live, recebeu uma notícia deprimente: o cirurgião cardíaco havia operado a artéria errada. O homem de 45 anos, e pai de duas crianças pequenas — para resolver o problema de um bloqueio que poderia ter tirado a sua vida — foi encaminhado para outra cirurgia de emergência.

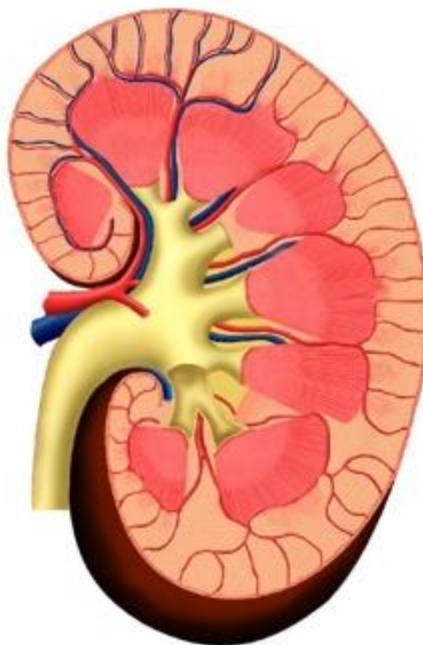
## 2. Cirurgia sem anestésico leva homem a sentir cada corte do bisturi



Um homem de West Virginia, nos EUA, alega que uma anestesia inadequada fez com que um homem sentisse todos os cortes do bisturi do cirurgião, um trauma que sua família acredita ter levado o homem a tirar sua própria vida duas semanas depois.



### 3. Rim saudável é removido no lugar do órgão doente



No estado de Minnesota, nos EUA, um paciente foi submetido a uma remoção de rim por causa de um tumor maligno. Infelizmente o rim removido foi o saudável.



#### 4. Perna errada é amputada



Não é nada agradável ter que sofrer a terrível perda de uma de suas pernas por amputação, mas ainda é muito pior quando levam a sua perna boa. Este é talvez o caso mais notórios dos que estão aqui listados e ocorreu quando Willie King precisou amputar uma de suas pernas em 1995, na Flórida, nos EUA.



## 5. Cirurgia feita no lado errado do cérebro pela terceira vez no mesmo ano



Foi a terceira vez, no período de um ano, que médicos do Rhode Island Hospital operaram no lado errado do cérebro dos pacientes. O último episódio foi em novembro de 2007 quando os médicos precisaram interromper uma hemorragia intracraniana. Apesar da tomografia mostrar claramente que o problema estava no lado esquerdo da cabeça da paciente o cirurgião começou perfurando o lado direito do crânio da mulher de 82 anos. O erro foi notado logo em seguida e o neurocirurgião prosseguiu a cirurgia no lado correto da cabeça da paciente.



## 6. Cirurgia cardíaca no paciente errado



Joan Morris (um pseudônimo) de 67 anos foi admitida para realizar uma angiografia no cérebro. No dia seguinte ela recebeu, por engano, uma cirurgia cardíaca invasiva para um estudo de eletrofisiologia.

## 7. Uma lembrança de 33 centímetros



Donald Church, de 49 anos, tinha um tumor no seu abdômen quando chegou no Centro Médico da Universidade de Washington, em junho de 2000. Quando ele recebeu alta o tumor havia sido removido, mas um afastador de metal de 33 centímetros de comprimento permaneceu no seu abdômen por engano.



## 8. Testículo de U\$ 200 mil



Benjamin Houghton, um veterano da Força Aérea dos EUA de 47 anos agendou uma cirurgia para remover seu testículo esquerdo por temores de câncer. Mas uma série de erros levou à remoção do seu testículo direito.

Quando Benjamin processou o VA Medical Center conseguiu apenas U\$ 200 mil por seu testículo perdido. [AC]



## 9. Recebeu o pulmão e coração errados



Jésica Santillán, de 17 anos, recebeu o coração e os pulmões de um doador incompatível. Os médicos Centro Médico da Universidade de Duke parecem não ter feito a verificação de compatibilidade antes da cirurgia. Depois de um segundo transplante para corrigir o erro ela sofreu danos neurológicos e outras complicações que adiantaram o seu falecimento.



## 10. A clínica de fertilidade que usou o esperma errado



Quando Nancy Andrews dos EUA, de etnia hispânica, engravidou através de fertilização “in vitro” ela e seu marido esperavam uma filha. O que eles não esperavam é que a menina fosse negra, já que seu marido é caucasiano. Exames de DNA indicam que os médicos da clínica utilizaram o esperma de outro homem para inseminar os óvulos de Nancy.

# MENINA DE 12 ANOS MORRE AO RECEBER VASELINA EM VEZ DE SORO





JORNAL HOJE



Jovens do Brasil | Câmera do JH | Tô de Folga | Sala de Emprego | VC no JH | Fale Conosco

Edição do dia 10/10/2012

10/10/2012 14h17 - Atualizado em 10/10/2012 14h17

## Mulher de 88 anos morre após receber sopa na veia em hospital do RJ

Santa Casa de Barra Mansa não confirma se o engano pode ter provocado a morte da paciente. Direção do hospital reconheceu o erro da funcionária.



## Em vez da cura, mais doenças

Erros comuns flagrados por avaliadores nos hospitais brasileiros



### IDENTIFICAÇÃO

Em muitos hospitais, a frequência de erros na identificação do paciente chega a 40%. O costume de escrever apenas o primeiro nome e o último sobrenome do paciente (sem data de nascimento ou nome da mãe) provoca erros graves - como a administração de medicamentos aos pacientes errados



### QUEDAS

Um dos problemas mais comuns é o alto índice de quedas de pacientes. Quando estão fracos ou sob efeito parcial de anestésicos, uma simples tentativa de descer da cama pode provocar danos graves, como fraturas ou mesmo a morte. Muitos hospitais não adotam medidas para reduzir esse risco



### ENFERMAGEM

Em muitos hospitais, o número de profissionais é insuficiente. Há UTIs de 20 leitos com apenas um enfermeiro. O correto é ter um para até oito pacientes. Muitas equipes (incluindo os técnicos e auxiliares) não têm qualificação para desenvolver um trabalho seguro



### ESTRUTURA

Em boa parte dos hospitais, a estrutura física é inadequada e a fiscalização insuficiente. A lei diz que a água usada na hemodiálise deve passar por filtros especiais. Muitos hospitais usam filtro comum. Isso pode causar infecção e agravar as dificuldades de filtragem dos rins



### SEGURANÇA

Os avaliadores encontram hidrantes que não funcionam e extintores de incêndio nunca fiscalizados pelo Corpo de Bombeiros. Faltam geradores e não há cuidado com os resíduos hospitalares. Em muitos hospitais, há coletores de material infectante nos quartos. Depois de recolhidos, são misturados ao lixo comum

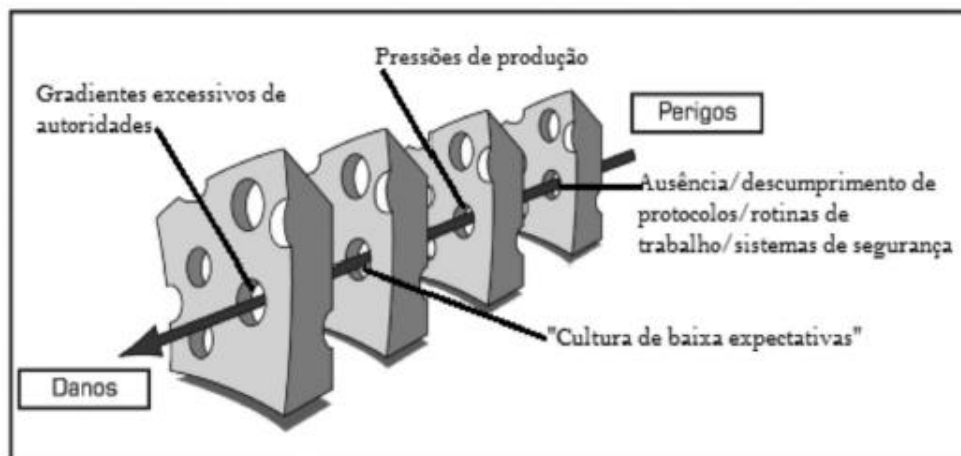
# EVENTOS SENTINELA REVISTOS PELA THE JOINT COMMISSION - EUA JANEIRO DE 1995 ATÉ SETEMBRO DE 2008 = 5.437

1º	719 cirurgias em partes ou pacientes errados
2º	675 suicídios
3º	614 complicações pós-operatórias
4º	481 eventos relacionados com erros de medicação
5º	413 eventos relacionados com demora no atendimentos
6º	330 quedas de pacientes
7º	208 mortes por contenção de pacientes
8º	194 assaltos/estupros/homicídios
9º	125 injúrias/ mortes perinatais
10º	100 eventos relacionados com transfusão
11º	86 eventos relacionados com infecção
12º	95 eventos relacionados com equipamentos
13º	72 mortes após fugas/evasão
14º	68 incêndios
15º	66 eventos relacionados com anestesia
16º	512 "outros"

# O que fazer?

- Essa perspectiva de que o paciente é colocado sob risco quando está sob cuidados relacionados à sua saúde não advém de dados recentes, mas de estudos que vem sendo realizados já há cerca de 30 anos.

Figura 3. Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais, mostrando as barreiras e salvaguardas ultrapassadas por um perigo latente, que ocasiona o dano.



# Iniciativas



- Protocolos Básicos de Segurança

# SEGURANÇA DO PACIENTE

**1** Identificar corretamente o paciente.

**2** Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.

**3** Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

**4** Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

**5** Higienizar as mãos para evitar infecções.

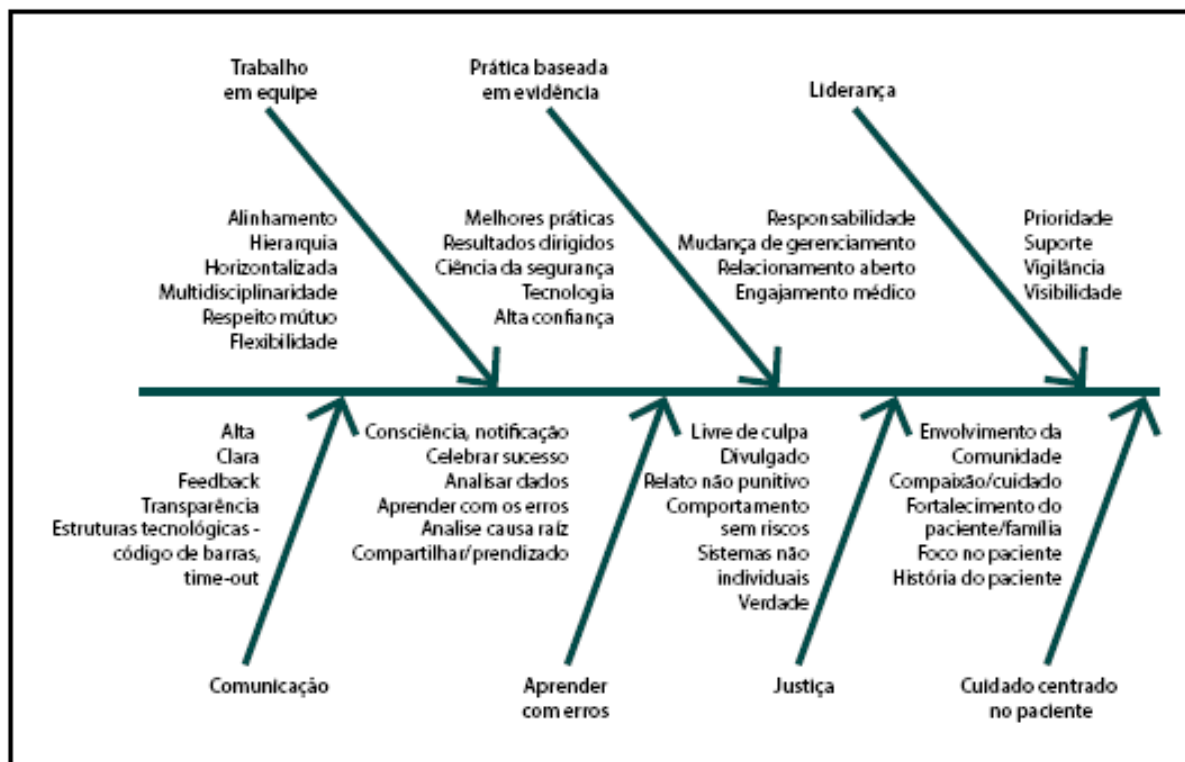
**6** Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



# Estratégias - Cultura de Segurança

Figura 2. Tipologia da cultura de segurança



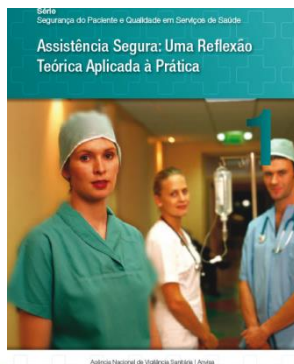
Fonte: Adaptada de: Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Jornal Nursing Scholarship*. 2010; 42(2):156-165.

# Estratégias - Cultura de Segurança

Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (ANVISA)

Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática

- Cap. 4 - O erro humano e sua prevenção



Maria de Jeseus C.S Harada , Mavilde L.G Pedreira

# Estratégias para melhoria da Segurança do paciente

## Barreiras

- Cultura de segurança nos sistemas de saúde
- Aceitação das limitações no desempenho máximo
- Abandono de autonomia profissional
- **Aceitar a transição da mentalidade de craftsman (meu paciente) por profissionais e adotar uma posição que valorize a equivalência entre os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde. (transdisciplinaridade)**
- Necessidade de regulação sistêmica para otimização de estratégias de segurança
- Necessidade de simplificação de regras e procedimentos

Profissionais



# TIME ASSISTENCIAL

Aumento de eficiência (63%)

Aumento da Qualidade do Cuidado (53%)

Aumento da satisfação do cliente (50%)

Aumento da satisfação da equipe (36%)

Melhora do resultado financeiro (19%)

Melhora da educação do cliente (69%)

Melhora da comunicação interna (63%)

*Censo da prática Colégio Americano de Cardiologia –JACC Março 2011*



# Publicação

## The Effect of Multidisciplinary Care Teams on Intensive Care Unit Mortality

Michelle M. Kim, MSc; Amber E. Barnato, MD, MPH; Derek C. Angus, MD, MPH; Lee F. Fleisher, MD; Jeremy M. Kahn, MD, MSc  
, Pennsylvania. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):369-376. doi:10.1001/archinternmed.2009.521

**Conclusions** Daily rounds by a multidisciplinary team are associated with lower mortality among medical ICU patients. The survival benefit of intensivist physician staffing is in part explained by the presence of multidisciplinary teams in high-intensity physician-staffed ICUs.

- Um total de 112 hospitais e 107 324 pacientes foram incluídos na análise
- . A mortalidade global em 30 dias foi de 18,3%.
- 30% < comparado a UTIs sem equipe multi



# CASE

# Estratégia Multimodal

**POSITIVE DEVIANCE INITIATIVE**

>> In every community there are certain individuals or groups whose uncommon but successful behaviors and strategies enable them to find better solutions to problems than their peers - these are the positive deviants.

THE PD INITIATIVE

ABOUT PD

NEWS & EVENTS

PROJECTS

RESEARCH & E

RESOURCES

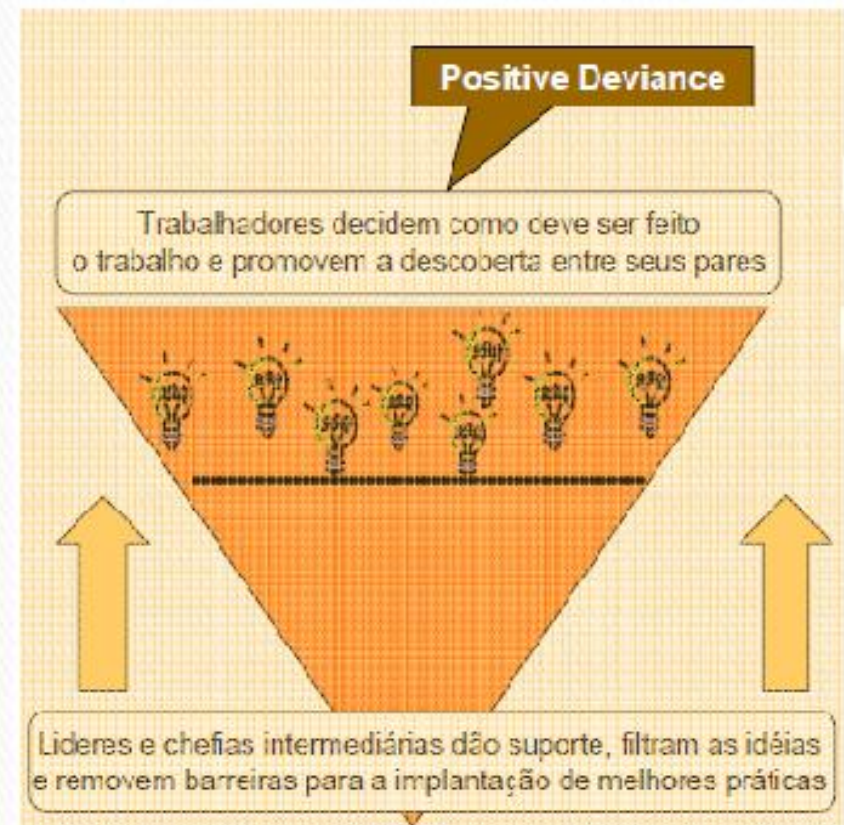
PD AND PREDICTIVE

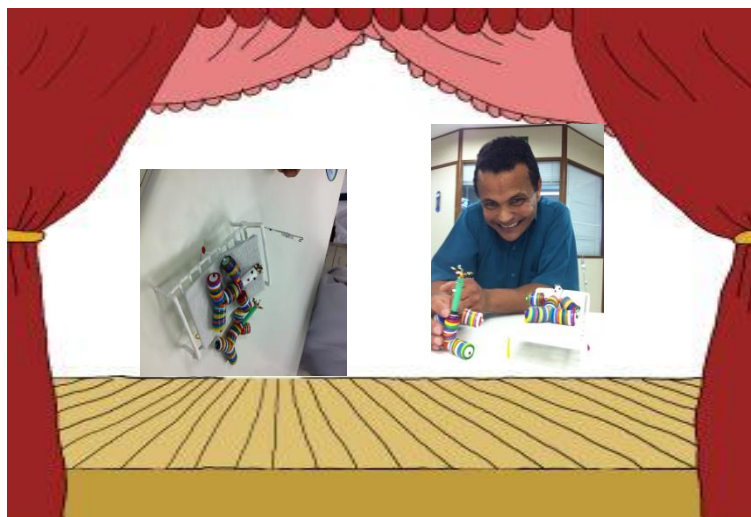
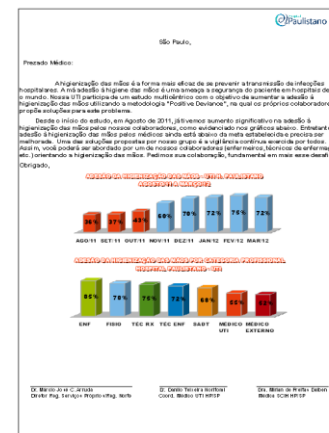
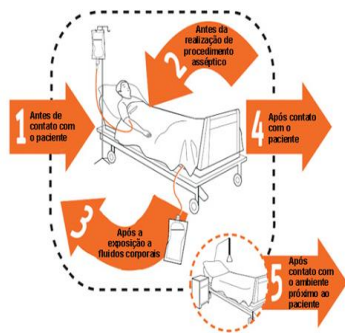
## What is Positive Deviance?

Positive Deviance is based on the observation that in every community there are certain individuals or whose uncommon behaviors and strategies enable them to find better solutions to problems than their while having access to the same resources and facing similar or worse challenges.



## Abordagens Tradicionais X *Positive Deviance*





<b>2ª Reunião do Positivo Devidamente</b>	Envolvidos o Plantão da Tarde, Dr. Danilo e Supervisão de Enfermagem.
<b>Objetivo da reunião:</b>	* Apresentação dos resultados parciais do 2º trimestre.
<b>Durante a reunião foram discutidos os seguintes assuntos:</b> Como aumentar a adesão das categorias profissionais – médico externo e equipe do RX.	Todos concordaram em abordar e intervir mais, orientando o médico externo e o Técnico do RX, sobre os 05 momentos da lavagem das mãos.
<b>14 de março de 2012</b>	
<b>3ª Reunião do Positivo Devidamente</b>	Envolvidos o Plantão da manhã e Supervisão de Enfermagem.
<b>Objetivo da reunião:</b>	* Apresentação dos resultados parciais do 2º trimestre.
<b>Durante a reunião foi sugerido pela Enfermeira Adriana a confecção de um Cartaz para ser colocado na entrada da UTI</b>	* A Supervisora de Enfermagem Valquíria já está providenciando. * Colocado na UTI em julho/12
<b>Durante a reunião foi sugerido pela Enfermeira Adriana a avaliação individual de cada profissional, e em resposta ao desempenho, do funcionário o mesmo ganhará um certificado</b>	Ainda não foi implantado.
<b>18 de abril de 2012</b>	
<b>4ª Reunião do Positivo Devidamente</b>	Envolvidos o Plantão da manhã e Supervisão de Enfermagem e Supervisora UTIs.
<b>Objetivo da reunião:</b>	* Apresentação dos resultados de adesão da lavagem das mãos até Março/12
<b>Durante a reunião foram sugeridos pelo Dr. Fernando e aprovado por todos a confecção de botões personalizados "eu sou aderente à higienização das mãos"</b>	A Enfermeira Claudia (B. Dantas) providenciou a confecção dos botões.
<b>01 de julho de 2012</b>	
<b>Entrega das cartas aos Médicos da UTI</b>	Dr. Márcio (Diretor), Dr. Danilo (Coordenação UTI) e Dra. Mirian (SCM) estão envolvidos na elaboração da carta.
<b>Objetivo</b>	* Ciência dos Médicos de estatística de adesão da higienização das mãos.

# ADESÃO DE HIGIENE DAS MÃOS

59% ————— 68%

**PD 2013 - PRÉ INTERVENÇÃO**

**PD 2014 - PÓS INTERVENÇÃO**



# Plano Terapêutico

Todo o paciente internado nas Unidades de Internação e Semi-intensiva do Hospital Paulistano por um período maior que 48 horas tenha um plano terapêutico definido pelas equipes responsáveis (médicos especialistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, etc) pelo seu cuidado.



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Naso. / /

Médico:

CRM:

## PLANO TERAPÊUTICO MÉDICO E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pacientes com permanência maior que 48 horas

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_

As metas devem ser reavaliadas quando da alteração do quadro clínico ou a cada vencimento do prazo

Data / Hora	Profissional	Nome, nº do conselho e visto ou carimbo com conselho e visto	Meta Mensurável (O QUE) Prazo (EM QUANTO TEMPO)	Plano (COMO)	Nome, nº do conselho e visto ou carimbo com conselho e visto	Avaliação do resultado / data
/ / :			Prazo: _____			/ / <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Alcançado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Não Alcançado Obs:
/ / :			Prazo: _____			/ / <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Alcançado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Não Alcançado Obs:
/ / :			Prazo: _____			/ / <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Alcançado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Não Alcançado Obs:
/ / :			Prazo: _____			/ / <input type="checkbox"/> Contínuo <input type="checkbox"/> Alcançado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Suspenso <input type="checkbox"/> Não Alcançado Obs:

# Qualidade na Assistência à Saúde tem relação com o risco ao paciente

- Qualidade é a “obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”.

*Donabedian, 1978*





# Segurança e Expectativas

## Desejos Aviação

- Retornar vivo
- Retornar sem sequelas
- Chegar ao destino correto no tempo esperado
- Satisfazer as necessidades básicas durante o voo
- Ser tratado com respeito e cordialidade
- Aguardar o mínimo para o embarque
- Não extraviar as malas
- Comer boa comida
- Ter algum tipo de distração para o percurso

## Desejos Hospital

- Retornar vivo
- Retornar sem sequelas
- Ser submetido ao procedimento correto e na área correta
- Duração rápida dos procedimentos realizados
- Satisfazer as necessidades básicas
- Ser tratado com respeito e cordialidade
- Não perder os seus pertences pessoais
- Não esperar em filas
- Comer boa comida
- Ter algum tipo de distração (leitura, televisão , área verde)





# Segurança e Expectativas

## Desejos Aviação

- Retornar vivo
- Retornar sem
- Chegar ao de
- tempo espera
- Satisfazer as r
- durante o vo
- Ser tratado co
- cordialidade
- Aguardar o m
- embarque
- Não extraviar
- Comer boa co
- Ter algum tip
- percurso



## Expectativas

aquelas  
 ao procedimento correto  
 ta  
 dos procedimentos  
 cessidades básicas  
 n respeito e cordialidade  
 seus pertencer pessoais  
 n filas  
 nida  
 de distração (leitura,  
 verde)





OBRIGADA!

[glauce@hospitalpaulistano.com.br](mailto:glauce@hospitalpaulistano.com.br)

