



Webinar: Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde – **Dra Aline Brenner – Hospital Moinhos de Vento**

Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde -
GVIMS
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES



QUEM SOMOS

Localizado no Rio Grande do Sul, o Hospital Moinhos de Vento está entre os 6 hospitais de excelência do Brasil e oferece atendimento clínico e hospitalar, com ênfase na alta complexidade.



HOSPITAL
MOINHOS
DE VENTO

Bloco B



Entrada Principal
Main Entrance

2 de outubro de 1927
inaugurado o Hospital



CRESCIMENTO CONSISTENTE

1927-1939

- Início das operações do Hospital Alemão em 1927
- 90 leitos
- Inauguração da maternidade em 1937

1950-1959

- Primeira fase da expansão
- Salas de parto
- Raio-X
- Salas de cirurgia

1980-1989

- Cardiologia, Pneumologia, Neurofisiologia e Medicina Nuclear
- Atualização do Centro Obstétrico
- Plano Diretor de Informática em 1985

2000-2009

- Acreditação JCI em 2002
- Instituto de Educação e Pesquisa (IEP) em 2003
- HMV Iguatemi em 2004
- Centro Tiradentes
- Estacionamento

2021

- Telemedicina
- Emergência Adulto: expansão
- Centro de Inovação ATRION
- Instituto de Pesquisa
- Instituto de Resp. Social
- Laboratório de Genética
- Auditório
- Biblioteca

1940-1949

- O nome é alterado para Hospital Moínhos de Vento em 1942

1960-1979

- Profissionalização
- 120 leitos em 1962
- Inauguração dos Centros Clínico e Obstétrico em 1967
- UTI em 1974

1990-1999

- 2ª fase da expansão: UTI Pediátrica e SAOT
- Gestão por Qualidade Total
- Hospitalar Home Care
- Angiografia Digital e Ressonância Magnética em 1990

2010-2020

- Expansão: Maternidade, Endoscopia, Centro Cirúrgico, Diálise e Oncologia
- Afiliação à Johns Hopkins
- Hospital Restinga e Extremo-Sul
- Expansão Bloco Internação (+100 leitos)
- Cirurgia Robótica
- Ressonância (3 Tesla)
- Tomógrafo Dupla Fonte
- Acelerador linear TrueBeam com Calypso
- Ressonância Biomatrix
- Nova Emergência Pediátrica
- Centro de Fertilidade
- Consultoria
- Patologia
- Expansão: Emergência Adulto
- HUB Maxplaza

GESTÃO MOINHOS

1990

Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD)

- Desdobramento de metas e coerência entre indicadores utilizados na avaliação de estratégias

2000

Planejamento do Negócio (SWOT)

- Qualificação da análise dos ambientes externos que norteiam o cenário da saúde e ambientes internos no contexto organizacional

2008

Co-criação

- Envolvimento de stakeholders no levantamento de informações para a formulação da estratégia

2013

Inteligência Competitiva (SCIP)

- Inclusão do processo de inteligência competitiva para subsídio nas tomadas de decisão estratégicas

2016

Modelo Moinhos de estratégia

- Refinamento da metodologia do planejamento estratégico baseados nas principais publicações científicas da administração estratégica

2019

Modelo ISO9001

- Expansão de Escopo: Administração Hospitalar e Assistencial

2006

Balanced Score Card (BSC)

- Planejamento estratégico com a adoção do BSC, método avançado na sistematização da gestão estratégica

2009

Desdobramento da estratégia

- Desdobramento da estratégia corporativa nos níveis tático e operacional

2014

MegPlan (FNQ)

- Desenvolvimento do diagnóstico da gestão para potencializar ações ou direcionar novos rumos

2017

Modelo ISO9001

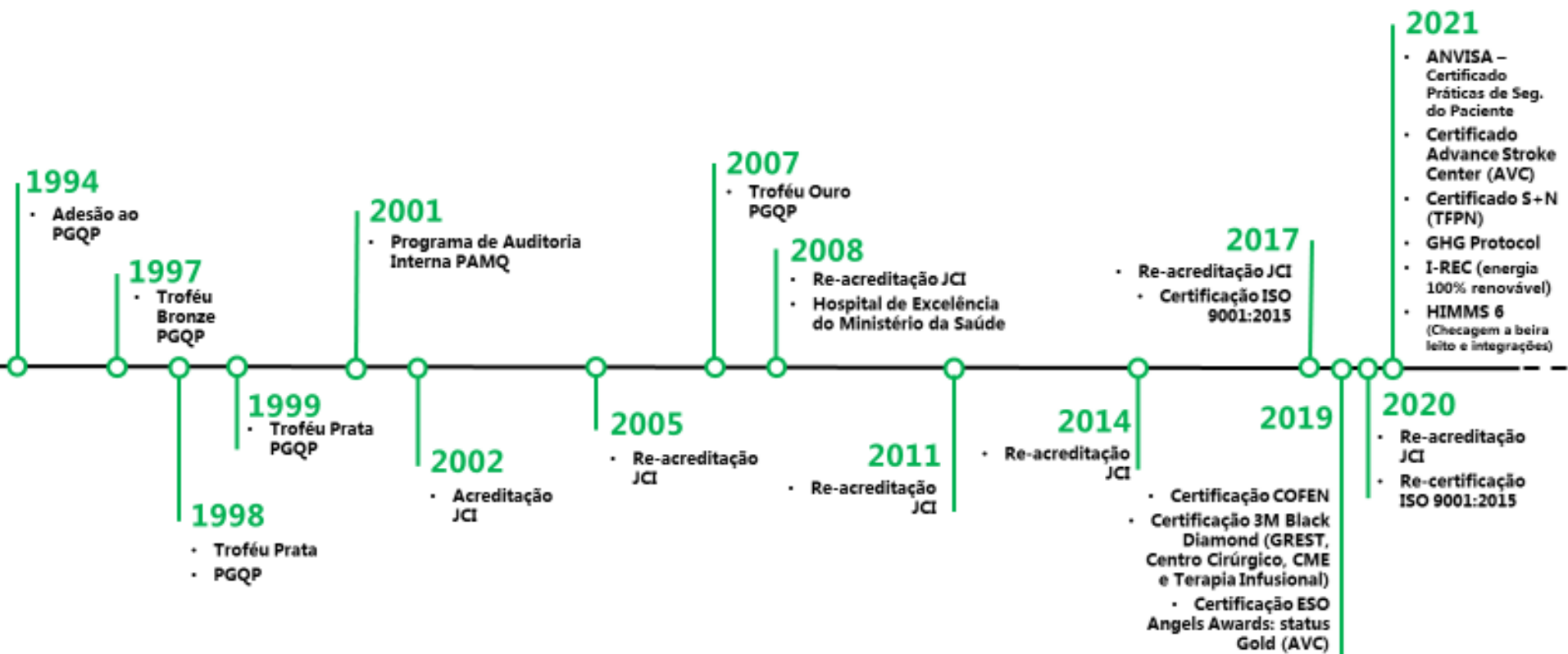
- Escopo: Administração Hospitalar

2021

HIMMS 6

- Governança e Digitalização de processos (Tecnologia da Informação)

QUALIDADE E SEGURANÇA



VISÃO: ATUAR PARA SER O MELHOR HOSPITAL DO BRASIL EM QUALIDADE MÉDICO-ASSISTENCIAL ATÉ 2027

PROPÓSITO: CUIDAR DE VIDAS

ESTRATÉGIA
2017-2021



CAPACIDADE

INFRAESTRUTURA



ÁREA DO TERRENO
33.821 m²



ÁREA OCUPADA DO TERRENO
22.065 m²



ÁREA CONSTRUÍDA
97.912 m²



ÁREA VERDE NATIVA
3.188 m²



SALAS NO CENTRO CIRÚRGICO
18



LEITOS NO CENTRO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICO
41



SALAS NO CENTRO OBSTÉTRICO
4



LEITOS NO CENTRO DE RECUPERAÇÃO OBSTÉTRICO
7



LEITOS DE INTERNAÇÃO
372



LEITOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
113



TOTAL DE LEITOS
485

EQUIPE



MÉDICOS
3.719



ASSISTENCIAL
2.869



ADMINISTRATIVO
1.218

RECONHECIMENTOS

CERTIFICAÇÕES

Médico - Assistencial



JOINT COMMISSION
INTERNACIONAL
7ª Reacreditação



Práticas de
Segurança do
Paciente



COFEN
1º Hospital Região Sul
8º Hospital no Brasil



ESO ANGEL AWARD
Status Gold
Atendimento AVC



ADVANCED
STROKE CENTER
Atendimento AVC



Smith+Nephew
Terapia de Feridas
por Pressão
Negativa (TFPN)



3M – Black Diamond
Lesões de Pele
Grupo GREST



3M – Black Diamond
Centro Cirúrgico



3M – Black Diamond
Esterilização e
Limpeza
CME



3M – Black Diamond
Fixação segura de
Cateter
Grupo Terapia
Infusional

Gestão



ISO 9001: 2015
Administração
hospitalar e
Assistência



HIMSS
Nível 6

Ambiental



GHG Protocol
Gás Efeito Estufa
Selo Prata



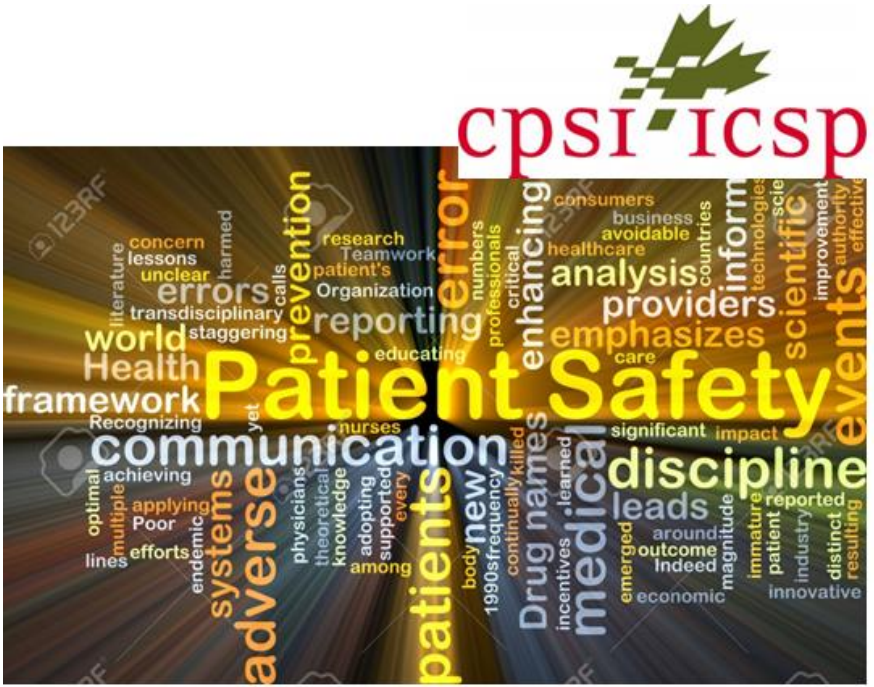
I-REC
Energia 100%
renovável



Investigação de Eventos Adversos em Saúde

1. Segurança do Paciente e Gerenciamento de Risco;
1. Notificação e busca ativa de eventos adversos;
1. Cultura justa;
1. Avaliação preliminar;
1. Medidas de controle imediatas;
1. Disclosure;
1. Ferramentas de investigação;
1. Aprendendo com os erros.

Segurança do Paciente



Patient Safety
MOVEMENT
zero preventable deaths by 2020



Link Josie King:
<https://www.youtube.com/watch?v=b2DQg7JNwKI>

Segurança do Paciente

Triple Aim



Five Aim

Melhorar a Qualidade e Segurança do Cuidado

Entender as Necessidades da População Atendida

Diminuir Custos

Donald Berwick
2008

Melhorar a Qualidade e Segurança do Cuidado

Entender as Necessidades da População Atendida

Diminuir Custos

Valorizar a experiência dos profissionais na prestação de cuidados para

Envolvimento da Alta Administração e Governança



Segurança do Paciente

Os eventos relacionados à Segurança do Paciente custam bilhões ao Sistema de Saúde, para a reputação das instituições e dos profissionais e para a vida de pacientes

06/03/2009 - 11:09 - Agência Estado
Suposto erro médico
Mulher morre após cirurgia no lado errado do cérebro

Web Portal: [Veículo Da Mídia](#) [Mais Notícias](#)
/ brasil / saúde pública
11:09:39 - 17h14 - Atualizado em 10/03/09 - 17h24
Médicos fazem cirurgia no lado errado do cérebro e paciente sobrevive no ES

Professora sofreu com sintomas antes mesmo em Grammaud (ES)
No Rio de Janeiro, em São Paulo
06/03 em São Paulo
Ontem, o diretor de Medicina, e o chefe de Neurocirurgia operaram. Mas não foi bem como um procedimento de rotina. O erro ocorreu em 11.



Web Portal: [Veículo Da Mídia](#) [Mais Notícias](#)
/ brasil / saúde pública
11:09:39 - 17h14 - Atualizado em 10/03/09 - 17h24
Médicos fazem cirurgia no lado errado do cérebro e paciente sobrevive no ES

Professora sofreu com sintomas antes mesmo em Grammaud (ES)
No Rio de Janeiro, em São Paulo
06/03 em São Paulo
Ontem, o diretor de Medicina, e o chefe de Neurocirurgia operaram. Mas não foi bem como um procedimento de rotina. O erro ocorreu em 11.



SÃO PAULO - O Hospital São Luiz Gonzaga, na Zona Norte de São Paulo, onde a menina Stephanie, de 12 anos, morreu após receber vaselina na veia em lugar de soro, entregou à polícia, nesta segunda-feira, frascos semelhantes utilizados para guardar o soro e a vaselina. As duas embalagens contêm líquidos incolores, mas o nome de cada produto consta na etiqueta. Quem medicou a menina Stephanie provavelmente não viu e injetou vaselina em

criança. Em depoimento à polícia, a mãe disse que havia notado que o frasco de vaselina era diferente dos do soro, utilizados inicialmente no tratamento da menina.

Processos por erro médico no STJ triplicam em 6 anos

Rep. 200 Anos, 10/03/09
O número de processos por erro médico recebidos pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) mais que triplicou nos últimos seis anos. De 2002 até a fim do ano passado, o volume de ações passou de 120 para 399, segundo a assessoria de imprensa do tribunal. No total, tramitam no STJ atualmente 471 casos, a maioria questionando a responsabilidade exclusiva do médico e não das instituições. Para médicos de entidades que acorparam o problema, o avanço das denúncias revela, em parte, que os brasileiros estão mais conscientes de seus direitos. O Conselho Nacional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) admite, porém, que a formação profissional dos médicos e a falta de condições de trabalho também estão por trás das estatísticas.

Ligia Bahia, médica e vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), do cargo de dizer que a na incidência de erros médicos da população está mais consciente não aumentaram, o registro, e isso é possível dizer que a sociedade "transparente", avaliando o sistema mais sobre o médico e o Brasil sempre foi um médico "acima de tudo ideal, de 2 e 3, e a realidade é a realidade.

Erro de medicação pode ter matado 5 bebês em hospital

Segundo chefe de pediatria, houve "vazamento de frasco", polêmica investiga queixo com
Erro de medicação pode ter matado 5 bebês em hospital
Um erro de medicação em um hospital de São Paulo pode ter matado cinco bebês. Segundo o chefe de pediatria, houve "vazamento de frasco", polêmica investiga queixo com



Um erro de medicação em um hospital de São Paulo pode ter matado cinco bebês. Segundo o chefe de pediatria, houve "vazamento de frasco", polêmica investiga queixo com

Segurança do Paciente - Porque eventos adversos ocorrem?

- Medicina Moderna: inúmeras drogas e equipamentos avançados
- Novas tecnologias, novos procedimentos e novos achados de pesquisa
- Ausência de preparo profissional para trabalhar como um time bem integrado
- Acúmulo de formulários e papéis pode dar espaço a falhas de comunicação a cada plantão
- Cultura de segurança mais frágil na saúde em comparação com outras indústrias de alto risco
- Diagnosticar e tratar pacientes são processos complexos e frequentemente ocorrem sob pressão de tempo e/ou com informações insuficientes
- Equipe de saúde cuidando de um número alto de pacientes
- Distrações frequentes
- Prioridades que competem entre si

Segurança do Paciente - Porque eventos adversos ocorrem?



*“Todo sistema é
perfeitamente desenhado
para obter os resultados
que obtém.”*

-Paul Batalden

Segurança do Paciente - Porque eventos adversos ocorrem?

Abordagem centrada nos processos

- Baseada na premissa de que as pessoas são falíveis e que a ocorrência de erros deve ser esperada, mesmo em situações ideais.
- Os eventos e acidentes seriam, então, decorrentes de falhas existentes no sistema e nos processos.



Já que não é possível mudar a natureza humana, mudar as condições nas quais os humanos trabalham.


Investigação de Eventos Adversos em Saúde



Controle

A hierarquia de controle





Investigação de Eventos Adversos em Saúde

O que ganhamos com uma investigação?

- Entendimento de como ocorreu o problema;
- Identificação de falhas nos controles dos riscos;
- Envolvimento das pessoas que realizam as atividades;
- Oportunidade de aprendizado e crescimento;
- Redução de riscos futuros;
- Melhores resultados para os pacientes.

Investigação de Eventos Adversos em Saúde

Quem devemos envolver em uma investigação?



Investigação de Eventos Adversos em Saúde

Quando começar?



**NEVER
EVENTS**

Quais eventos adversos altamente evitáveis mais ocorrem no Brasil?

Lista disponibilizada pela **Amvsa** aponta que a maior parte das notificações diz respeito a lesões por pressão.

ENTRE OS INCIDENTES MAIS RELATADOS TAMBÉM ESTÃO:

- Retenção não intencional de corpo estranho em paciente após a cirurgia
- Suicídio de paciente
- Tentativa de suicídio
- Dano autoinfligido

Fonte: Instituto Brasileiro de Qualidade e Segurança em Saúde - Associação de Multiprofissionais Especialistas em Saúde - Brasil (2015)

IBSP



Investigação de Eventos Adversos em Saúde

Quando começar?

| Likelihood of recurrence | Potential worst consequence of adverse event | | | |
|--------------------------|--|---------|--------|-------|
| | Minor | Serious | Major | Fatal |
| Certain | Yellow | Orange | Red | Red |
| Likely | Yellow | Orange | Red | Red |
| Possible | Yellow | Orange | Red | Red |
| Unlikely | Blue | Yellow | Orange | Red |
| Rare | Blue | Yellow | Orange | Red |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa

Webtickets

Registro de Ocorrências



HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

- 01. Infraestrutura e Segurança *i*
 - Ambiente e Segurança
- 02. Cirúrgico *i*
 - Risco Cirúrgico
- 03. Controle de Infecção *i*
 - Controle de Infecção
 - Flebite
- 04. Hemovigilância *i*
 - Hemovigilância
- 05. Processo Material Médico *i*
 - Material Médico Hospitalar

Finalizar Sessão

Classificação *i*

Data da Ocorrência: *

Turno da ocorrência: *

Setor da Ocorrência: *

Atendimento: *

Paciente: *

Data de Nascimento: *

Idade: *

Sexo: *

Unidade de Internação: *

Quarto/Leito:

Relacionados a Cirurgia: *

Não relacionados a Cirurgia: *

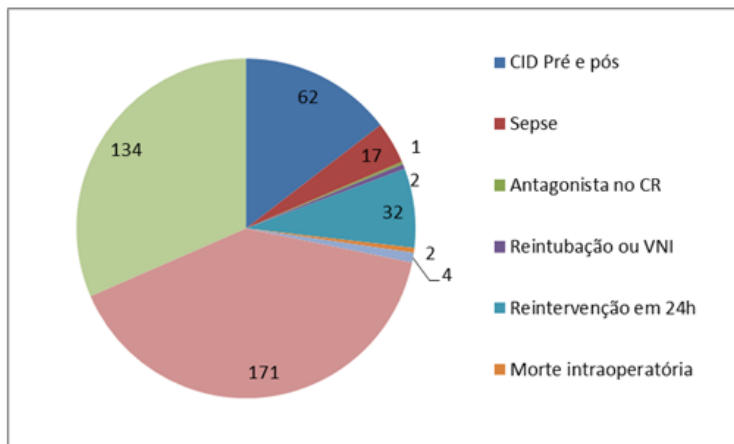
Ações imediatas: *

Setor responsável pelo registro: *

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa

IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events

Second Edition



- 1 Diferença CID pré e pós operatório
- 2 Sepsis
- 3 Reinternação em menos de 30 dias
- 4 Uso de antagonistas no CR
- 5 Reintubação ou uso de VMNI no CR
- 6 Reintervenção cirúrgica em 24h
- 7 Morte intraoperatória ou no pós imediato
- 8 Reintervenção pos parto/cesárea
- 9 Internação materna em UTI
- 10 Morte materna
- 11 PCR ou atendimento TRR
- 12 Ruptura uterina
- 13 Trauma fetal no parto
- 14 Apgar ao nascer menor que 7
- 15 Laceração de 3 ou 4 grau

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



IDENTIFICAÇÃO DO
PACIENTE

COMUNICAÇÃO

MEDICAMENTOS

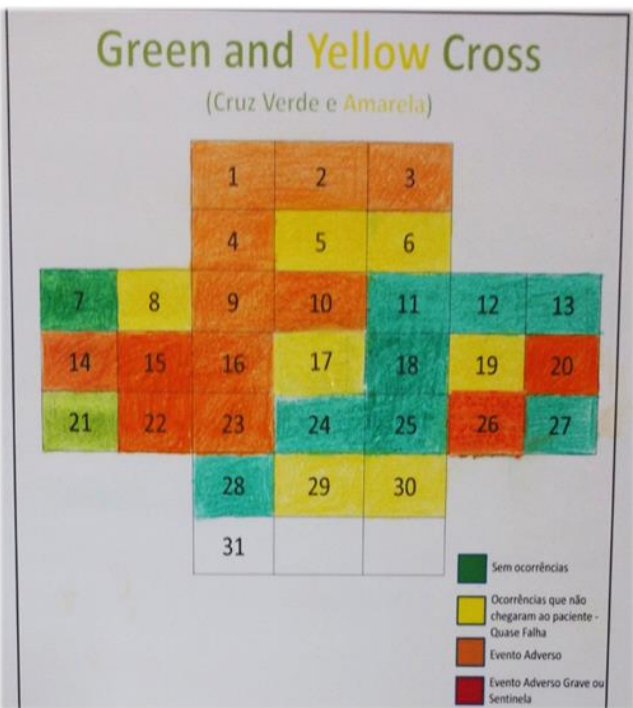
CIRURGIA SEGURA

REDUÇÃO INFECCÇÕES

QUEDA E LESÃO

Dias de prevalência - Coleta de dados em tempo real - Intervenção

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



MINIMIZAR DANOS DECORRENTES DO CUIDADO



Sem ocorrências



Near Misses – não chegaram ao paciente



Evento adverso



Evento adverso grave
Evento sentinela

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



Dados Gerais - Dezembro/2021



290 Quase Falhas

360 Eventos Adversos

01 Evento Adverso Grave

01 Evento Sentinela

Total de ocorrências
Mensal: 652 registros
Anual: 9895 registros

**No ano de 2021 registramos 12 eventos adversos graves e
13 eventos sentinela na instituição.**

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa

Infecções

(Total ano 1312 registros)

FLEBITE
(254 registros no ano)



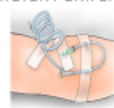
01 Flebite Infecçiosa
11 Flebites Químicas
Zero Flebite Mecânica

CATETER CENTRAL



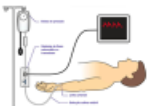
06 CLABSI
02 CTIA | 01 UTINEO
02 Uls Adulto | 01 Diálise
02 MBI LCBI
01 Onco hemato | 01 CTIA

CATETER PERIFÉRICO



01 PLABSI
01 CTIA

PAM



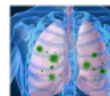
Zero PAM

PNEUMONIA



07 PAV
07 CTIA

INFEÇÃO RESPIRATÓRIA



16 INFEÇÕES
RESPIRATÓRIAS
16 CTIA
01 Traqueobronquite UTIP



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

Transparência

Metas Claras

Processos
Confiáveis



Cultura
Organizacional

Equipes de Alta
Performance

Aprendizado
Contínuo

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



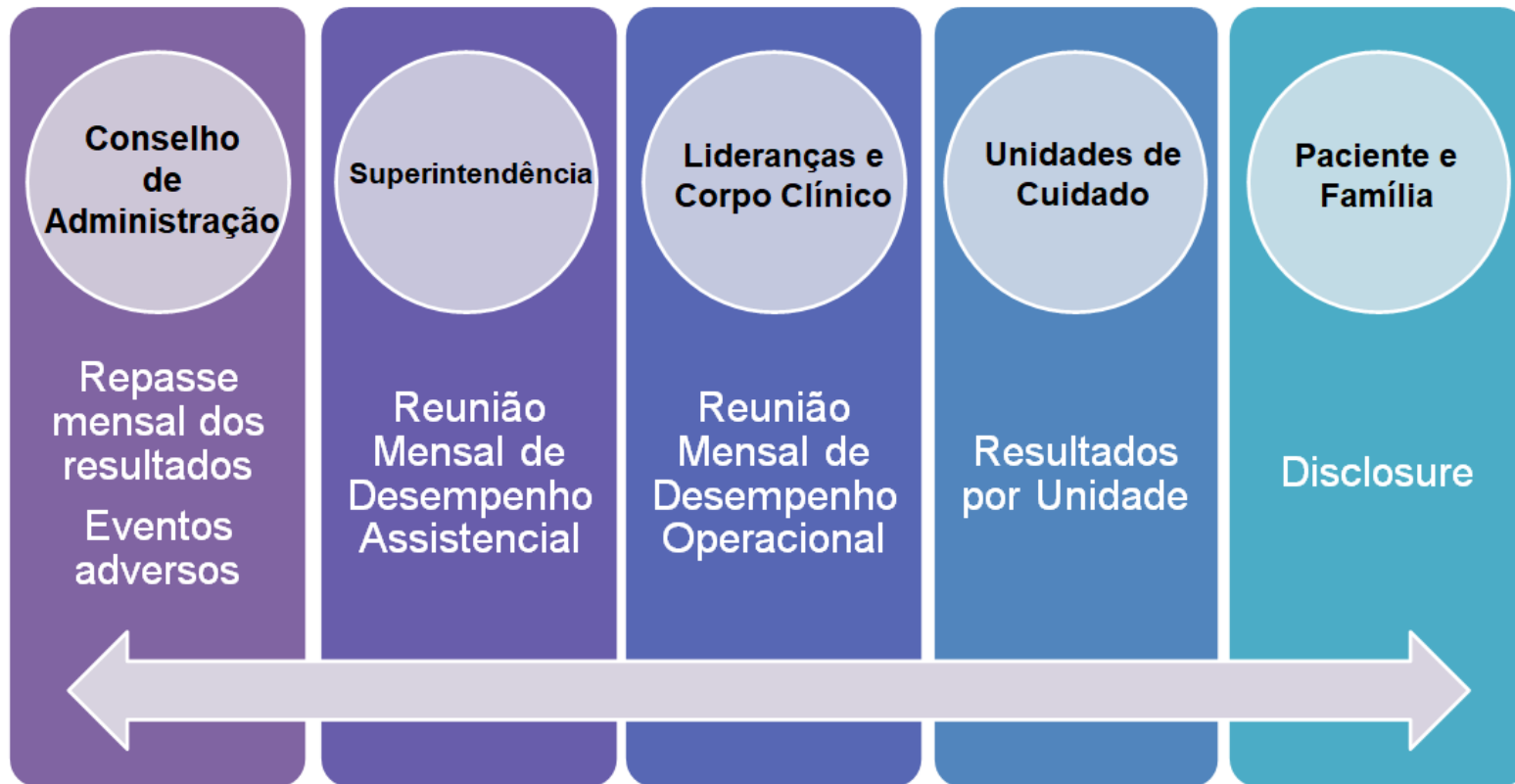
Declaração da alta direção da priorização da Qualidade e Segurança do Paciente

Auto avaliação do Conselho de Administração – tempo dedicado para a discussão da segurança do paciente, recursos, etc.

Repasse mensal dos resultados médico assistenciais e dos eventos adversos

Comunicação para alta direção dos eventos e envolvimento das análises de eventos graves

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



Walk Rounds

Personalizado
Envolver a equipe
Reforçar metas institucionais

Que Orgulho

ver o reconhecimento acontecer

Confira os resultados do Programa Que Orgulho no 2º semestre de 2016:

| | | |
|--|---|---|
| COLABORADOR RECONHECIDO: Enfermeira Andrela Silva de Miranda (Volantes de Enfermagem - Liderança Noite) | COLABORADORES QUE OFERECERAM RECONHECIMENTOS: Enfermeiras Ingeborg Kuhne Zeller (Volantes de Enfermagem) e Karina de Mattos Clausen (E3) | ÁREA EM DESTAQUE NESSE SEMESTRE Unidades de Internação, atingindo 42% dos elogios do período |
|--|---|---|

O Programa Que Orgulho promove a troca de elogios entre colegas e equipes, destacando a importância do reconhecimento na nossa cultura.

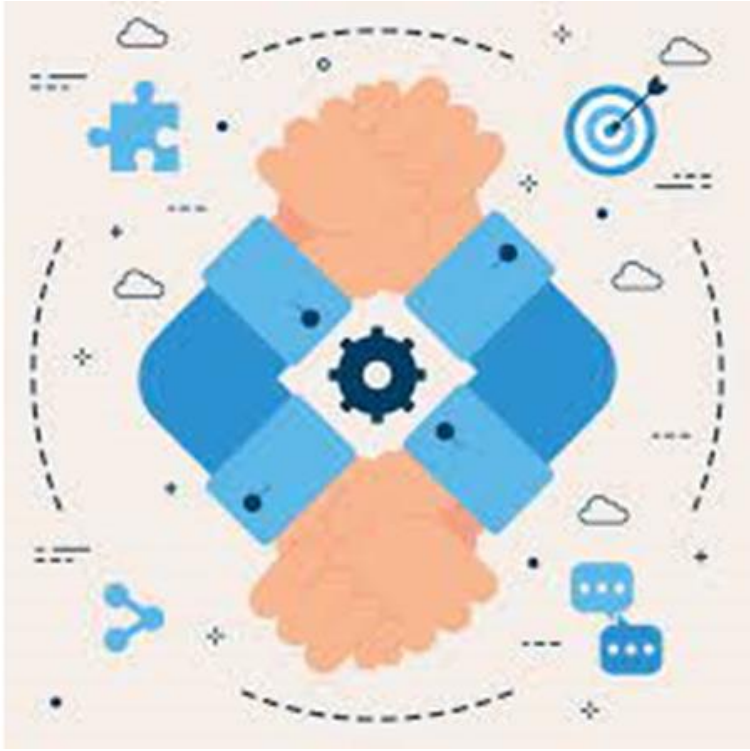
PARABÉNS A TODOS QUE RECEBERAM E ENTREGARAM ELOGIOS!

Continue participando para tornar nosso clima organizacional cada vez mais positivo. Use os cupons sempre que desejar. É só preencher os dados, entregar a primeira via para o colega elogiado e depositar a segunda via na urna.

Essa é o **NOSSO JEITO** de compartilhar elogios

HOSPITAL MUNICIPAL DE VENTURA

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

CULTURA JUSTA

Ela **aumenta a transparência** e ajuda a **diminuir erros - e danos** . Mas pode ser difícil de aplicar na prática. Um modelo racional para facilitar o reconhecimento de cada situação na vida real

| COMPORTAMENTO | ERRO HUMANO | COMPORTAMENTO DE RISCO | COMPORTAMENTO NEGLIGENTE |
|------------------|---|--|---|
| COMO DIFERENCIAR | Produto do sistema | Não-intencional | Intencional |
| COMO RESPONDER | Consolar | Treinar | Disciplinar |
| TIPOS DE AÇÕES | Exige mudanças de: <ul style="list-style-type: none"> processos procedimentos treinamento design ambiente | <ul style="list-style-type: none"> Remover incentivos para atitudes de risco Criar incentivos para ações saudáveis Aumentar consciência situacional | <ul style="list-style-type: none"> Remediar o problema Tomar ação disciplinar |

Fonte: Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives / David Marx (2001)



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

Table 1: Behavior Classification

| Normal Error (Human Error) | At-risk Behavior | Reckless Behavior |
|---|---|---|
| <p>Inadvertent action such as a slip, lapse, or mistake</p> <p>Manage by changing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Processes ■ Procedures ■ Design ■ Environment | <p>Individual is not educated about potential risk and sees no value in established policies to prevent it</p> <p>Manage by:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Removing incentives for at-risk behaviors ■ Creating incentives for positive behaviors ■ Educate about potential risks ■ Redesign of system factors | <p>Conscious and deliberate violations of procedures and policies</p> <p>Manage through:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Remedial action ■ Punitive action |
| Support | Coach | Sanction |

Adapted from: Marx D., New York, NY, Columbia University, *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*, 2001

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

O SILÊNCIO ACERCA DO ERRO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pilotos de Aviação X Médicos e Enfermeiros

| % Respostas Positivas | Pilotos | Médicos e Enfermeiros |
|---|---------|-----------------------|
| O cansaço tem impacto negativo no seu desempenho? | 74% | 30% |
| Você desconsidera avisos de profissionais mais novos? | 3% | 45% |
| Você acha que você erra? | 100% | 30% |
| É fácil discutir e analisar seus erros? | 100% | 56% |
| A análise dos erros é baseado nos sistemas e processos? | 100% | 30% |

Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ.2000; (320)7237: 745-49

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

AVALIAÇÃO CULTURA DE SEGURANÇA – SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*)

DESTAQUE DE RESULTADOS POSITIVOS

| QUESTÃO | Favorabilidade |
|---|-----------------------|
| 1. As sugestões do(a) enfermeiro são bem recebidas nesta área. | 608 (95,4) |
| 5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem. | 604 (94,8) |
| 9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área. | 600 (94,2) |
| 15. Eu gosto do meu trabalho. | 630 (98,9) |
| 17. Este é um bom lugar para trabalhar. | 623 (97,8) |
| 18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área. | 625 (98,1) |
| 28. A administração do hospital está fazendo um bom trabalho. | 578 (90,7) |
| 29. A administração da minha unidade está fazendo um bom trabalho. | 584 (91,7) |
| 38. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) desta área. | 604 (94,8) |
| | |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Investigação

2°

Avaliação Inicial



“As informações obtidas e as lições aprendidas, são as únicas coisas positivas que podem ser extraídas de um evento adverso”

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Investigação



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Investigação

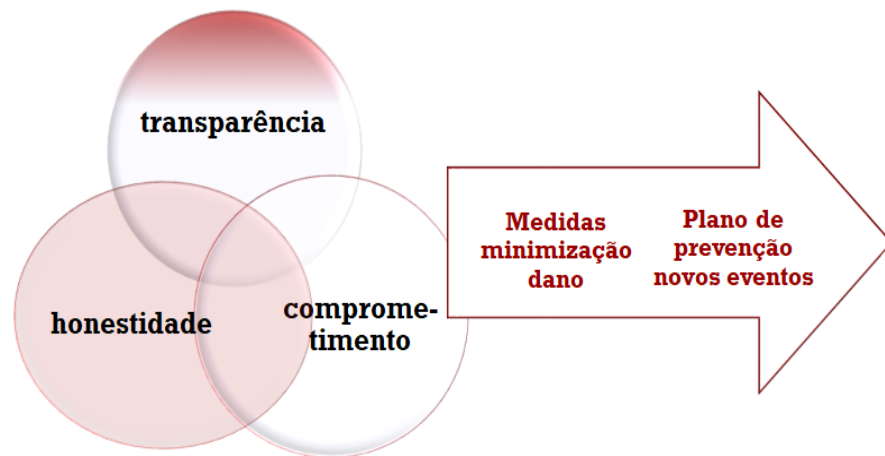


família

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Disclosure



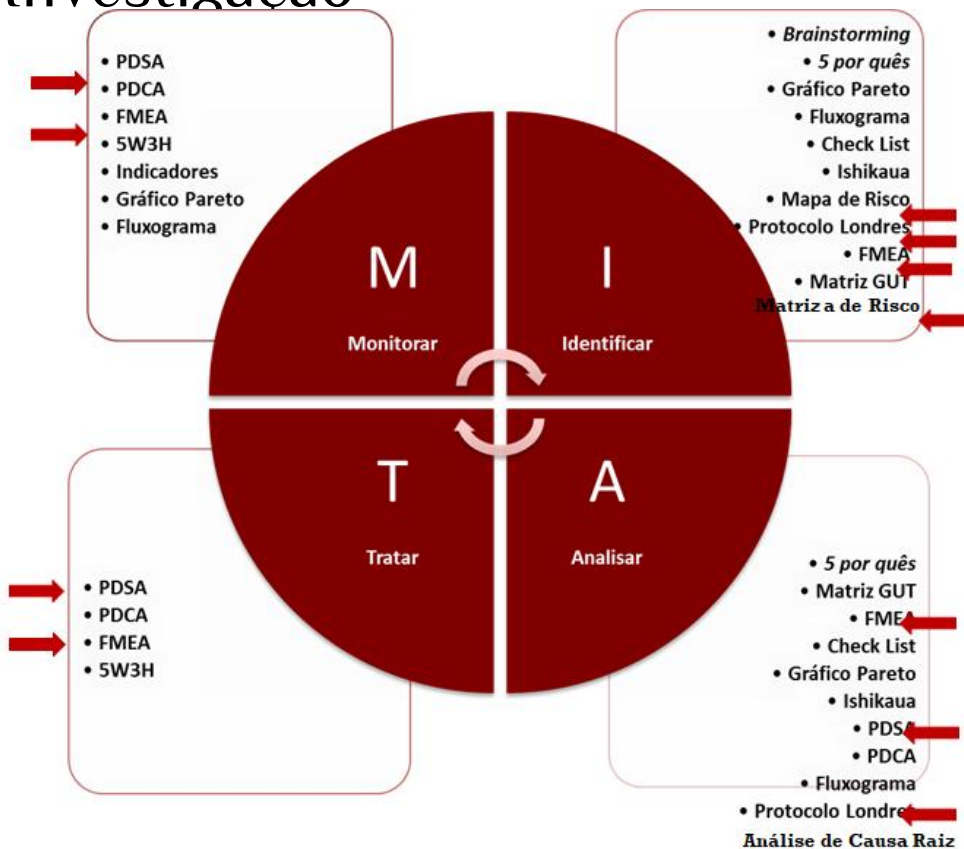
*Revelação é o processo que **identifica e informa** ao paciente que houve um evento adverso.*



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Disclosure



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Ferramentas de Investigação



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Ferramentas de Investigação



- Análise de causa raiz;
- Protocolo de Londres;
- Brainstorm;
- Fluxograma;
- 5 Porquês;
- Ishikawa.

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

Ferramentas para ACR

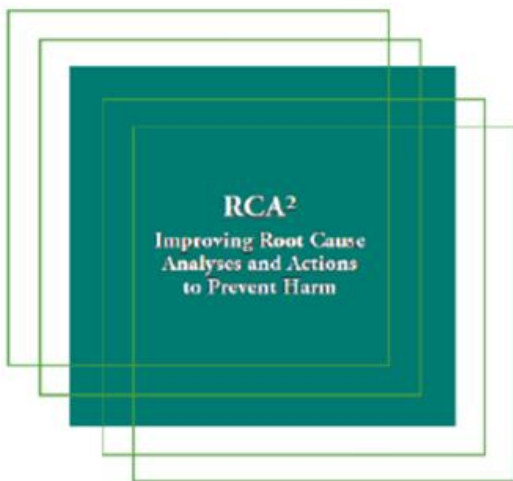
São técnicas que podem ser utilizadas para analisar e apresentar as possíveis causas de um determinado evento.

Devem levar a respostas e discussões para as seguintes perguntas:

- ✓ Quais as causas para a ocorrência do evento?
- ✓ Quais os fatores contribuintes?
- ✓ Quais ações podem ser tomadas para evitar reincidência?

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

Ferramentas para ACR



Version 2, January 2016

 NPSF National Patient Safety Foundation
200 Summer Street | Boston, MA 02210 | 617.391.9900 | www.npsf.org

Até pouco tempo, o uso da análise de causa raiz era uma estratégia exclusiva de gerenciamento de risco **reativo**, visto que, historicamente, era usada para investigar eventos sentinelas.

Atualmente, a análise de causa raiz tem sido evidenciada como uma “promessa” de ferramenta **pró-ativa**.

Na proposta de RCA² a ferramenta é aplicável não só aos eventos com dano, mas também aos potenciais de dano grave e os *near miss*.

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz



Transparência

*Falta de Transparência
(não é somente anti-ética):*

Faz com que não se aprenda com os erros

Destrói a confiança mútua

Induz à mentira (por nós e para nós)

Enfraquece a gestão

Aumenta o risco jurídico

Destrói valores como honestidade e integridade

Ernest Amory Codman



Born 30 December 1881
Boston, Massachusetts
Died 23 November 1940 (aged 70)
Ponkapog, Massachusetts
Nationality United States
Fields *Medicine, Surgery*
Institutions Massachusetts General Hospital
Harvard University
Alma mater Harvard University
Known for Establishing end results based
medical care.

Em 1910, Codman já defendia que as informações sobre resultados deveriam ser públicas para orientar os pacientes nas suas escolhas de médicos e hospitais

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

DEFINIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Fase muito importante do processo de análise dos EAs, envolve:

- Identificar **estratégias** para a **redução de riscos** ou **redução do dano**.
- Definir **prioridades** e objetivos de melhoria
- Definir formas de **medir a efetividade** das ações adotadas.



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

CUIDADOS A SEREM TOMADOS NA ESCOLHA DAS AÇÕES

As ações de melhoria devem:

- Considerar os **fatores contribuintes** do evento
- **Prevenir** a ocorrência de eventos similares, **minimizar o dano**
- Contar com a anuência do **líder da área**
- Devem ser **“SMART”**

SPECIFIC

MEASURABLE

ACCOUNTABLE

REALISTIC

**TIME
RELATED**

Ser
Específica

Ser
Mensurável

Ter
1 Responsável

Ser
Viável

Ter
Prazo
definido

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

CUIDADOS A SEREM TOMADOS NA ESCOLHA DAS AÇÕES

A **FORÇA** de uma ação é diretamente proporcional à sua **EFETIVIDADE**



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

| AÇÕES FORTES | |
|---|---|
| CATEGORIA DA AÇÃO | EXEMPLOS |
| Mudanças estruturais, físicas/arquitetônicas | Substituir <u>portas giratórias</u> da entrada principal de pacientes por <u>portas basculantes ou motorizadas</u> , para reduzir quedas. |
| Dispositivos novos testados antes da compra\implantação | Realizar <u>testes</u> em várias <u>fitas de glicemia e glicosímetros</u> e selecionar o que é <u>mais adequados</u> para a população atendida. |
| Controle de engenharia “funções forçadas” | Utilizar <u>tubo extensor específico</u> para administração de nutrição enteral, que não permita conexão ao Acesso Venoso. |
| Simplificação de processos: remover etapas desnecessárias | Função do CERNER: integração da leitura dos sinais vitais via prontuário (<u>o Enfermeiro não precisa mais registrar a informação</u>) |
| Padronização de equipamentos\processos | <u>Padronizar marca e modelo</u> das bombas de medicação em toda instituição. Usar <u>código de barras</u> para a administração de medicação. |
| Envolvimento tangível da liderança | <u>Participação da liderança</u> nas avaliações de segurança do paciente, apoiando o processo de ACR; garantir a compra dos equipamentos necessários; assegurar que o quadro de pessoal e carga de trabalho estejam adequadas, incentivar e acompanhar a implantação de processos de qualidade e segurança (cirurgia segura, por exemplo). |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

| AÇÕES INTERMEDIÁRIAS | |
|---|--|
| CATEGORIA DA AÇÃO | EXEMPLO |
| Redundância | <i>2 <u>Enfermeiros</u> p/ calcular, independentemente, a dose de medicação de alto risco</i> |
| Aumento do quadro de pessoal\ Redução da jornada de trabalho | <i>Disponibilizar o <u>pessoal de cobertura</u> p/auxiliar quando a carga de trabalho for máxima durante o dia</i> |
| Aprimoramento ou modificação em Software | <i>Utilizar <u>alertas no computador</u> para interação entre drogas</i> |
| Eliminação ou redução de distrações | <i><u>Remover distrações</u> quando a enfermagem estiver programando bombas de medicação: prover salas silenciosas para programação de bombas de PCA.</i> |
| Treinamento baseado em simulação (atualização periódica) | <i>Conduzir a <u>passagem de plantão em um ambiente de simulação</u>, com discussão posterior e debriefing</i> |
| Checklist\ ajuda cognitiva | <i>Uso de <u>checklist cirúrgico</u>, por exemplo.</i> |
| Eliminação de “Aparência” e “Sons parecidos” | <i>Cuidados com a identificação e armazenamento de medicamentos com nome ou aparência semelhantes.</i> |
| Ferramentas de comunicação padronizadas | <i>Utilizar “Read Back” para todos os valores críticos do laboratório. Utilizar “Read Back” ou “Repeat Back” para toda ordem verbal de medicamentos. Utilizar um formulário padronizado para “Passagem de Plantão” do paciente.</i> |
| Melhoria em documentação, comunicação | <i><u>Destacar o nome e a dose</u> de medicação em bolsa de infusão intravenosa.</i> |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

| AÇÕES FRACAS | |
|--|--|
| CATEGORIA DA AÇÃO | EXEMPLO |
| Dupla verificação | Uma pessoa calcula a dose de medicamento e a outra <u>revisa o cálculo</u> |
| Avisos | Adicionar <u>alarmes sonoros</u> ou <u>etiquetas de advertência</u> |
| Novo procedimento\ memorando\ política | Verificar os sitios de punção IV <u>a cada 2 hs</u> |
| Treinamento | <u>Demonstrar</u> o uso correto de equipamentos médicos difíceis de usar |

Estas ações requerem uma maior confiança de que as pessoas irão se lembrar de realizar a tarefa corretamente

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

Selecionar a opção mais adequada de tratamento do risco envolve equilibrar:



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

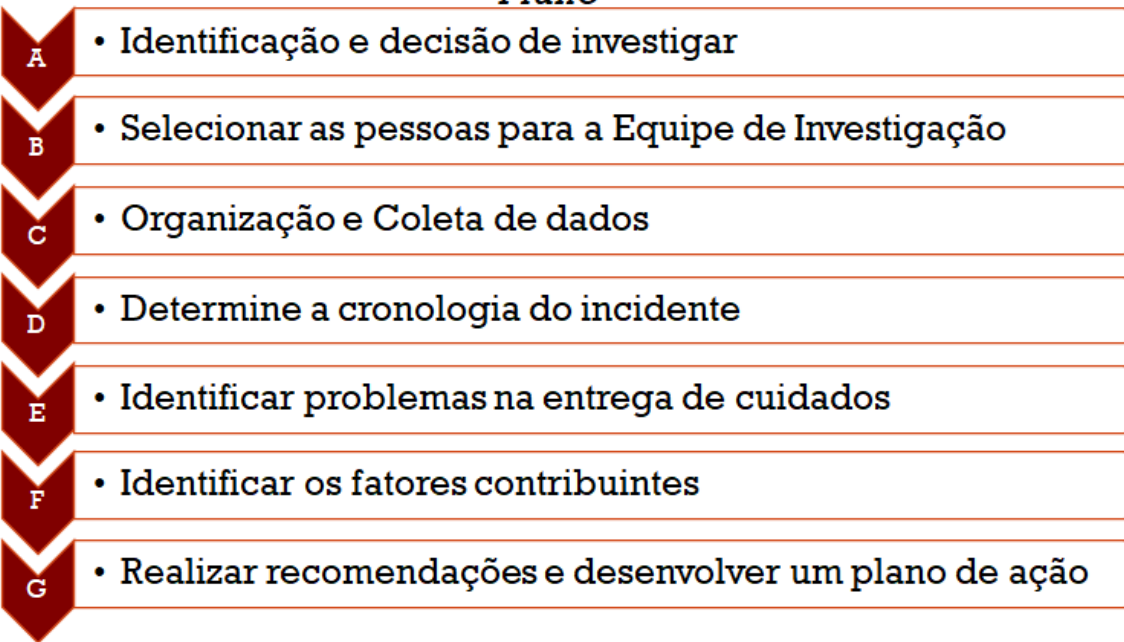
É um Protocolo para investigação e Análise
de
Incidentes Clínicos.



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

1. Como aplicar a ferramenta?

*Realizar a investigação do incidente e analisar o processo -
Fluxo⁽⁴⁾*



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

2. Como identificar os fatores contribuintes?

Incluir as possíveis causas do evento em cada fator de risco, quando existir.

| Fatores Contribuintes | | Achados |
|--------------------------------------|--|---------|
| Fatores do Paciente | Condição (complexidade e gravidade) Comunicação e linguagem Fatores sociais e de personalidade | |
| Tarefa e Tecnologia | Clareza da estrutura e desenho da tarefa Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos testes Auxílios a tomada de decisão | |
| Fatores Individuais (pessoas) | Conhecimento, Habilidade e Competência Saúde física e mental | |
| Fatores do Time (equipes) | Comunicação verbal e escrita Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc.) | |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

3. Realizar um plano de ação

| Fatores Contribuintes | Ações para abordar os fatores | Nível de recomendação (individual, equipe, diretoria, organização) | Quem | Quando | Recursos | Evidência de conclusão | Sessão de conclusão |
|-----------------------|-------------------------------|--|------|--------|----------|------------------------|---------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Descrever os fatores contribuintes identificados e preencher o plano de ação com as etapas solicitadas em cada quadro.

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

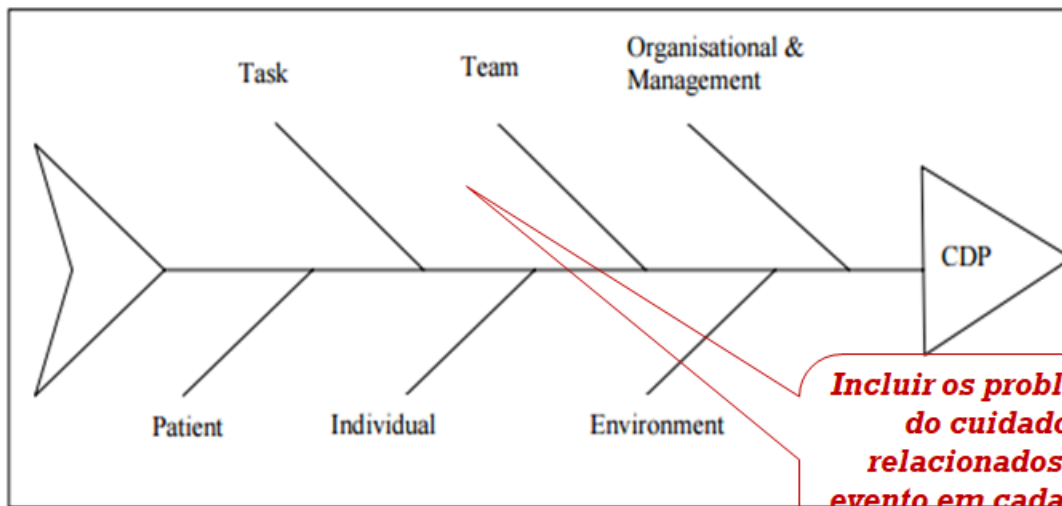
4. Mapear os problemas na entrega do cuidados e associar aos fatores contribuintes.⁽⁴⁾

| Cronologia do incidente | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Data | <i>26/09/16</i> | | |
| Hora | <i>10h</i> | <i>10:05</i> | |
| Problemas durante o cuidado | <i>Dificuldade de comunicação com a paciente</i> | <i>Não marcação do sítio cirúrgico pelo cirurgião</i> | |
| Fatores contribuintes | <i>Paciente fala apenas espanhol</i> | <i>Ausência de confirmação do sítio cirúrgico</i> | |
| Recomendações | <i>Avaliar a paciente sempre na presença de um intérprete</i> | <i>Trabalhar a adesão do checklist</i> | |

Preencher com os dados solicitados no quadro.

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

*5. Listar os problemas durante o cuidado no
Diagrama espinha de peixe. ⁽⁴⁾*



***Incluir os problemas
do cuidado
relacionados ao
evento em cada item
indicado na espinha
do peixe.***

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de Evento focada em sistemas

Event Review Process

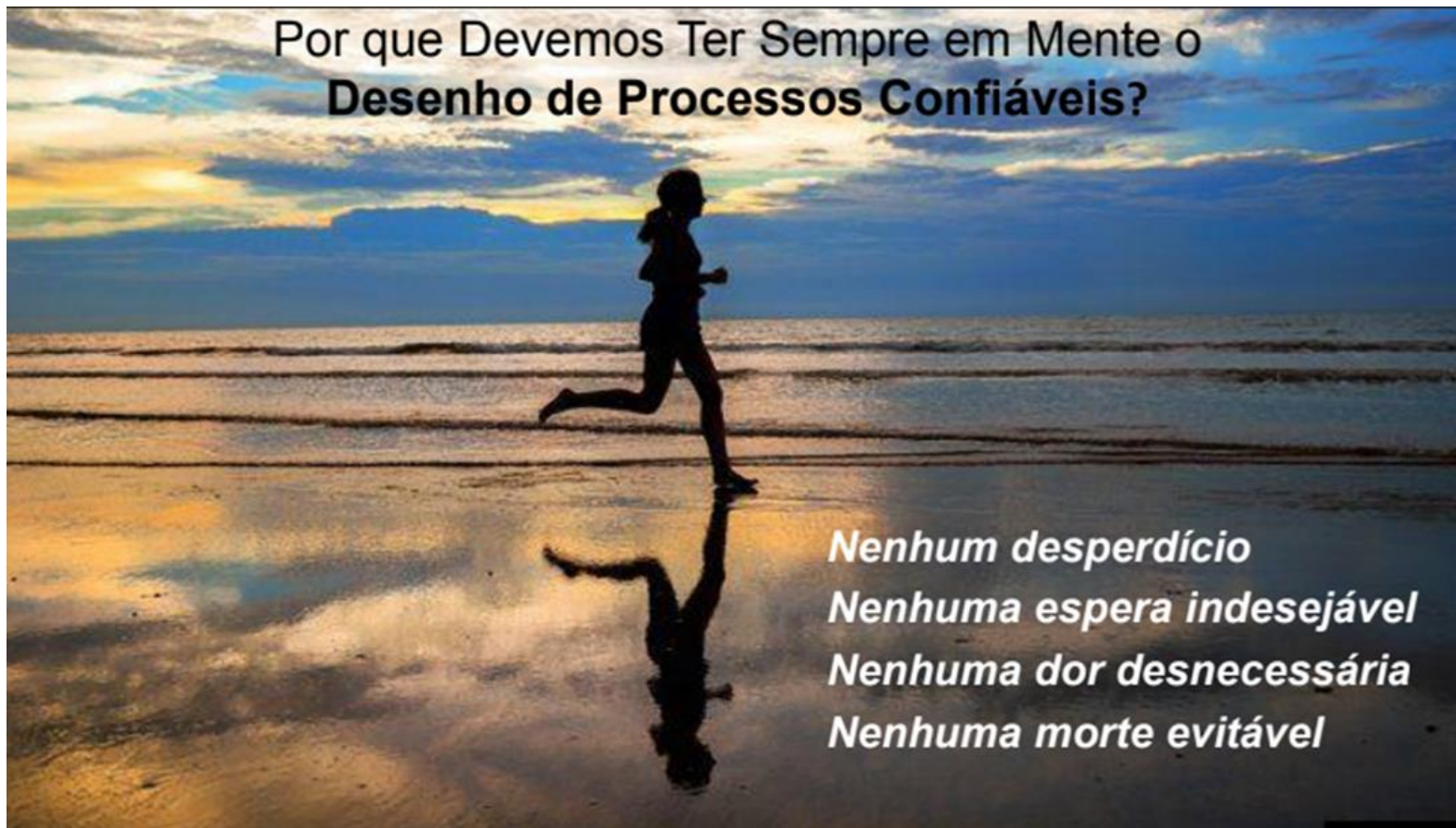


Investigação de Eventos Adversos em Saúde

**Cultura de segurança
prevalente nas OAC
e a
cultura dominante
nas organizações de
saúde**

| ORGANIZAÇÕES DE ALTA CONFIABILIDADE | ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE |
|--|--|
| Crença em que algo pode sair errado | Crença em que tudo vai dar certo |
| Foco sobre a confiabilidade do sistema | Foco sobre a eficiência do sistema |
| Humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece | Crença em que se sabe tudo o que se precisa saber |
| Comportamento que valoriza o trabalho em equipe | Presença de elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais |

Investigação de Eventos Adversos em Saúde



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz





Investigação de Eventos Adversos em Saúde

Aline Brenner

aline.brenner@hmv.org.br