



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.

2 de outubro de 1927
inaugurado o Hospital



CRESCIMENTO CONSISTENTE

2021

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

1940-1949

- O nome é alterado para Hospital Moinhos 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

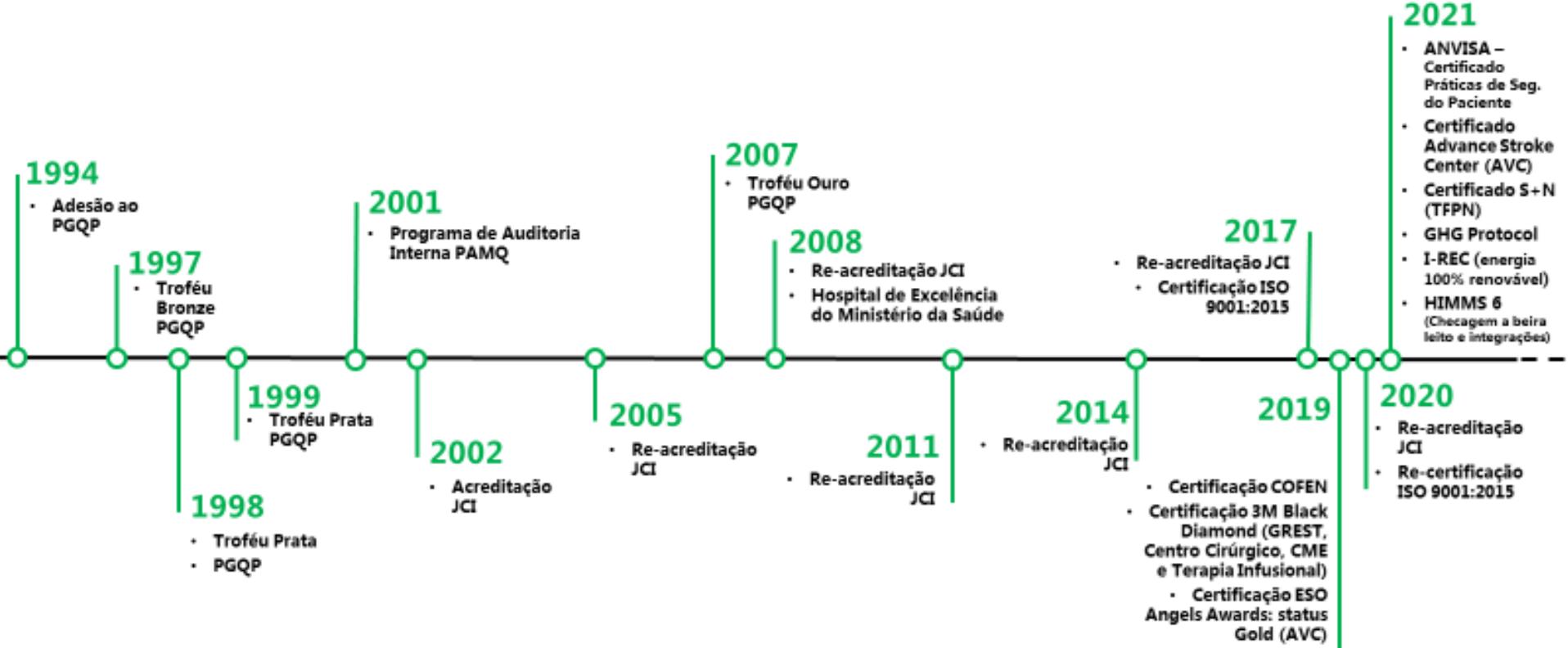
2010-2020

- Expansão: Maternidade, Endoscopia, Centro Cirúrgico, Diálise e Oncologia
- Affiliação 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



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



SALAS NO CENTRO
CIRÚRGICO
18



LEITOS DE INTERNAÇÃO
372



ÁREA OCUPADA DO
TERRENO
22.065 m²



LEITOS NO CENTRO DE
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICO
41



LEITOS DE UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO
113



ÁREA
CONSTRUÍDA
97.912 m²



SALAS NO CENTRO
OBSTÉTRICO
4



TOTAL DE LEITOS
485



ÁREA VERDE
NATIVA
3.188 m²



LEITOS NO CENTRO DE
RECUPERAÇÃO OBSTÉTRICO
7

EQUIPE



MÉDICOS
3.719



ASSISTENCIAL
2.869



ADMINISTRATIVO
1.218

RECONHECIMENTOS

CERTIFICAÇÕES

Médico - Assistencial



JOINT COMISSION
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

Gestão



ISO 9001: 2015
Administração
hospitalar e
Assistência



HIMSS
Nível 6

Ambiental



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



GHG Protocol
Gás Efeito Estufa
Selo Prata

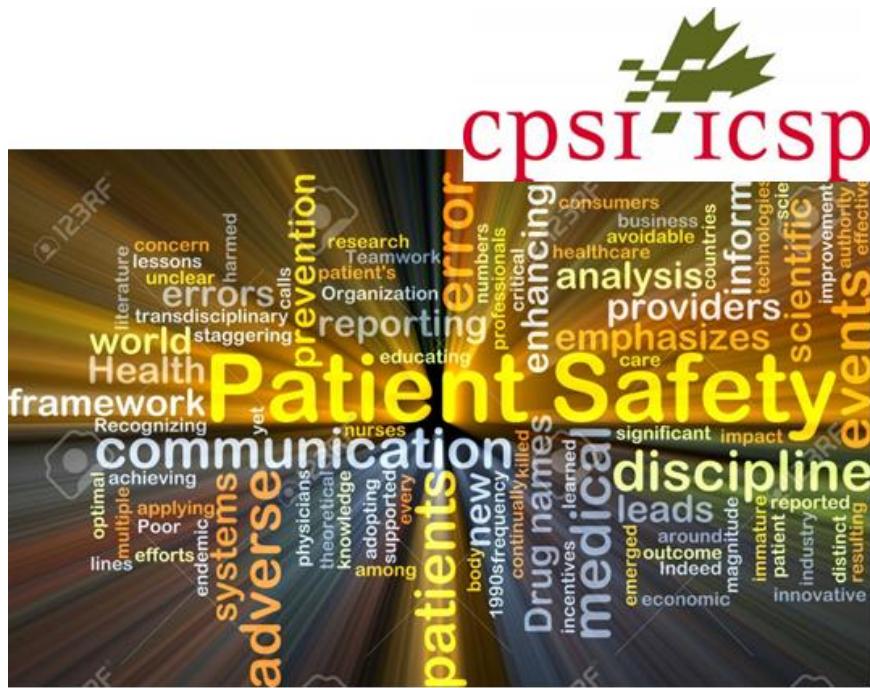


I-REC
Energia 100%
renovável

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.

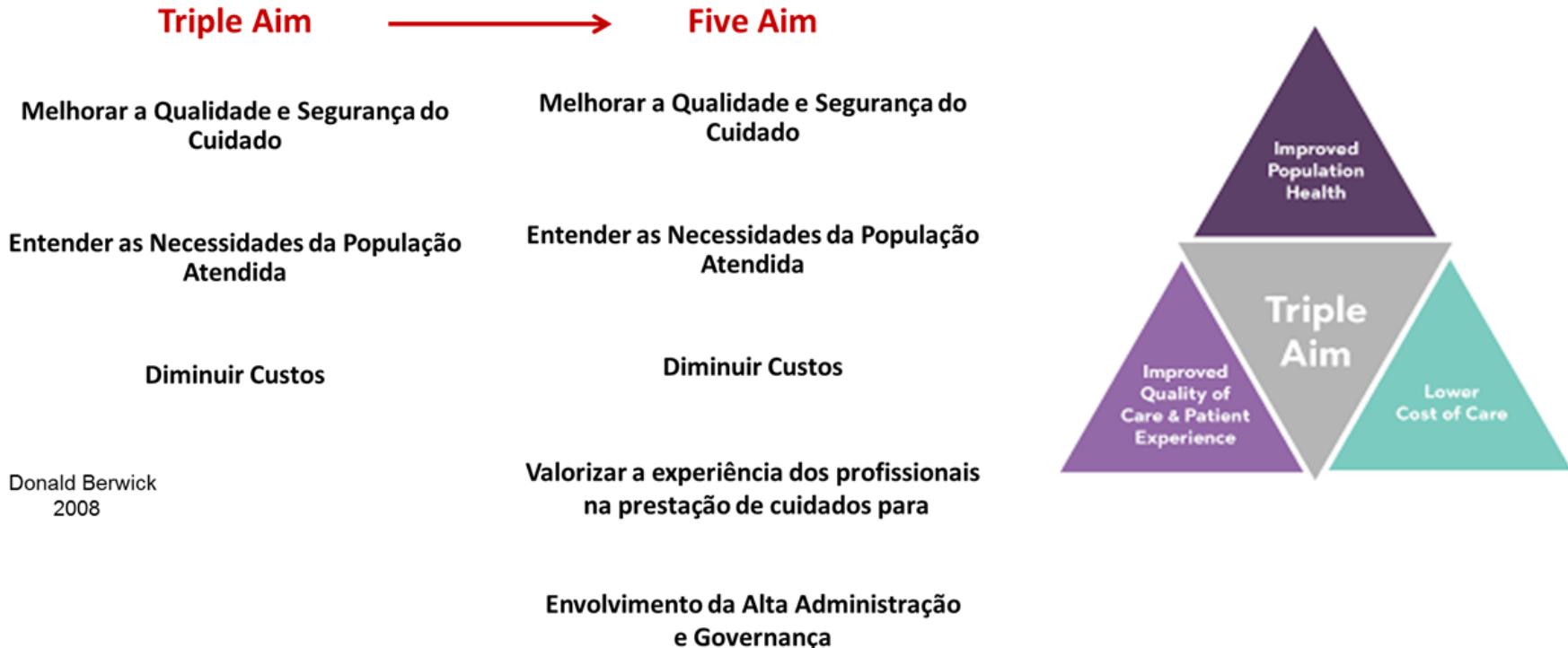
Segurança do Paciente



Link Josie King:

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

Segurança do Paciente



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

08/02/2009 - 15:09 - Agência Estado
Suposto erro no médico

Mulher morre após cirurgia no lado errado do cérebro

Tarântula de Seta | Até Agora | Anúncios | Geral | Web Rádio | Versão da Páginas | Mais Notícias

Brasil / saúde pública

16/02/2009 - 17h14 - Atualizada em 10/03/2009 - 17h04

Médicos fazem cirurgia no lado errado do cérebro e paciente sobrevive no ES

Professora é atendida por cirurgião certo mas com errado em Cachoeiro/ES

Publicado em 06/12/2010 às 21h09

Comentários | Denunciar | Apagar | +100

Hospital onde criança recebeu vaselina em lugar de soro entrega frascos semelhantes à polícia em SP

SPTV: Joaquim Petrópolis, O Globo, SPTV, Bonito São Paulo

Classificação: Pe seu voto: classificação PEIXA: 3,6

[Home](#) | [Twitter](#)



Professora guarda a caixinha (F)

SÃO PAULO - O Hospital São Luiz Gonzaga, na Zona Norte de São Paulo, onde a menina Shephanie, de 12 anos, morreu após receber vaselina na veia em vez de soro, entregou à polícia, nesta segunda-feira, frascos semelhantes utilizados para guardar o soro e a vaselina. As duas embalagens contêm líquidos incolor, mas o nome do cada produto consta na etiqueta. Quem medicou a menina Shephanie, previamente não viu e injetou vaselina na criança. Em depoimento à polícia, a mãe disse que havia notado que o frasco de vaselina era diferente dos de soro, utilizados inicialmente no tratamento da menina.

Processos por erro médico no STJ triplicam em 6 anos

O número de processos por erro médico recorrente perante o Superior Tribunal de Justiça (STJ) mais comum é de 100 mil, ultrapassando os 100 mil anuais. De 2002 até a data do estudo, eram 10 mil casos, com uma média de 1200 para 2009, 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 medicos de entidades que acompanham o problema, o avanço das demandas é, em parte, o que os novatos estão mais conscientes de seus direitos. O Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo (Cresmp) enfatiza, porém, que a formação profissional das médicas e a luta de condições de trabalho também estão por trás das estatísticas.

Можемо се съмнити във
възможността на използване
на даните със цел да се предвидят
Съществува опасност от



Erro de medicação pode ter matado 5 bebês em hospital

Cristiano Lanza da Cilento, avo de beatificação materna (Salvatore Di Natale)

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 Amisa 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: INVESTIGAÇÕES ADVERSAS DA AMISA E SEUS ASSENTOS DE NOTIFICAÇÃO ENVIADOS AO IBSP (2019).

IBSP
INSTITUTO BRASILEIRO DE
SISTEMAS DE PREVENÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS





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
Materiais Médicos Hospitalares

Finalizar Sessão

Classificação i

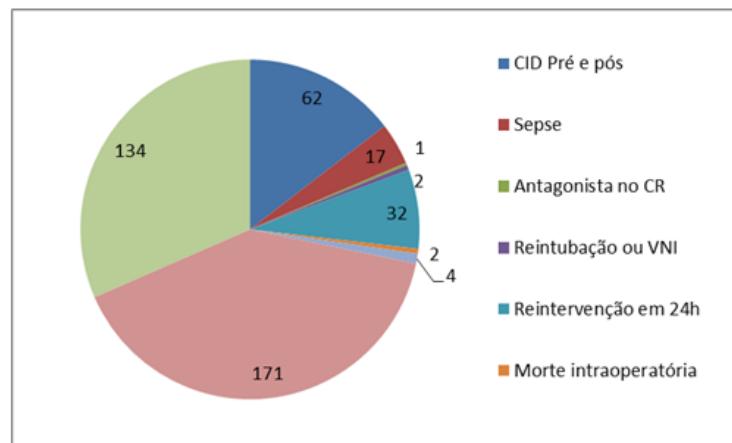
Data da Ocorrência: *	<input type="text"/>	
Turno da ocorrência: *	<input type="text"/>	
Setor da Ocorrência: *	<input type="text"/>	
Atendimento: *	<input type="text"/>	
Paciente: *	<input type="text"/>	
Data de Nascimento: *	<input type="text"/>	
Idade: *	<input type="text"/>	
Sexo: *	<input type="text"/>	
Unidade de Internação: *	<input type="text"/>	
Quarto/Leito:	<input type="text"/>	
Relacionados a Cirurgia: *	<input type="text"/>	
Não relacionados a Cirurgia: *	<input type="text"/>	
Ações imediatas: *	<input type="text"/>	
Setor responsável pelo registro: *	<input type="text"/>	



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa

IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events

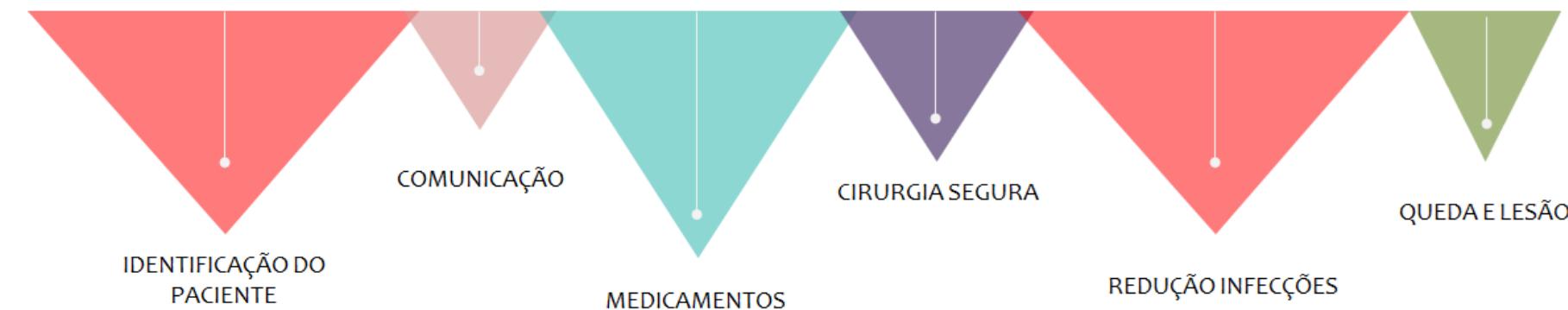
Second Edition



- 1 Diferença CID pré e pós operatório
- 2 Sepse
- 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



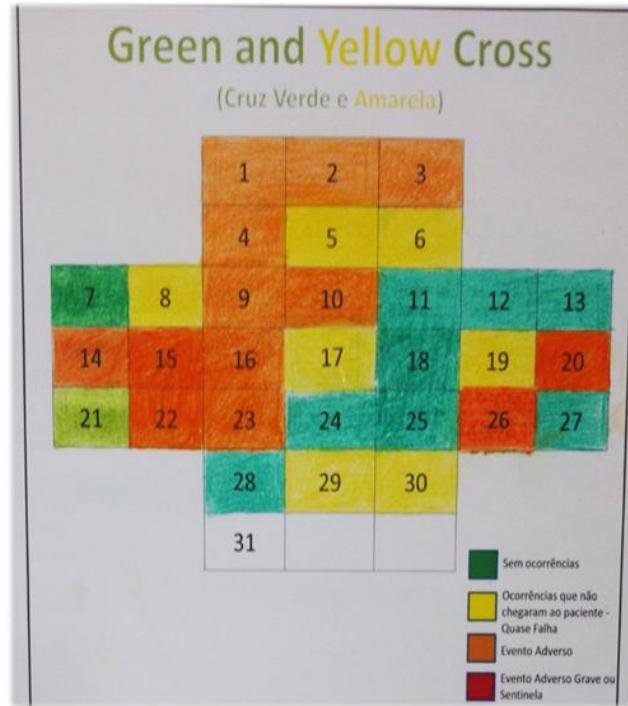
Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



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

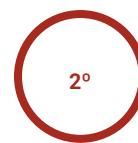
- Sem ocorrências
- Near Misses – não chegaram ao paciente
- Evento adverso
- Evento adverso grave
Evento sentinel



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa



**Notificação Espontânea,
Eletrônica ou Busca Ativa**



Avaliação Inicial



Contenção



Investigação Detalhada

Alerta automático para os
responsáveis e equipe qualidade

Atenção imediata ao paciente e
equipe

Definir ferramenta.



Dados Gerais - Dezembro/2021

Total de ocorrências
Mensal: 652 registros
Anual: 9895 registros

290 Quase Falhas

360 Eventos Adversos

01 Evento Adverso Grave

01 Evento Sentinel

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

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Notificação e busca ativa

Infecções

(Total ano 1312 registros)



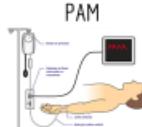
01 Flebite Infecciosa
11 Flebites Químicas
Zero Flebite Mecânica



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



01 PLABSI
01 CTIA



Zero PAM



07 PAV
07 CTIA



16 INFECÇÕES
RESPIRATÓRIAS
16 CTIA
01 Traqueobronquite UTIP



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

Transparéncia

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

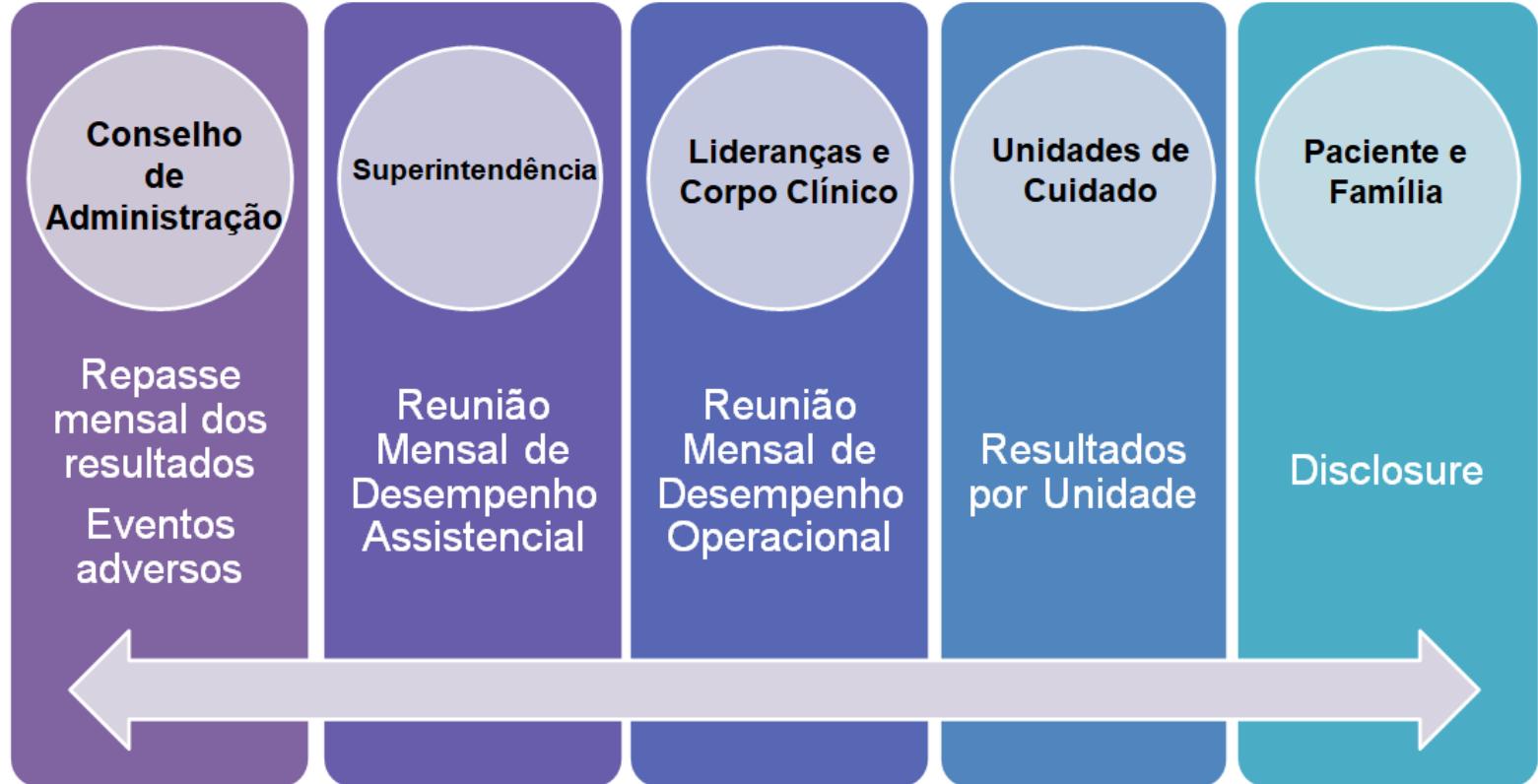
Auto avaliação do Conselho de Administração – tempo dedicado para a discussão da segurança do paciente, recursos, etc.

Repasso 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

Pessoas e Benefícios

QueOrgulho

ver o reconhecimento acontecer

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

COLABORADOR + RECONHECIDO:
Enfermeira Andreia Silva de Miranda (Volantes de Enfermagem - Liderança Note)

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.

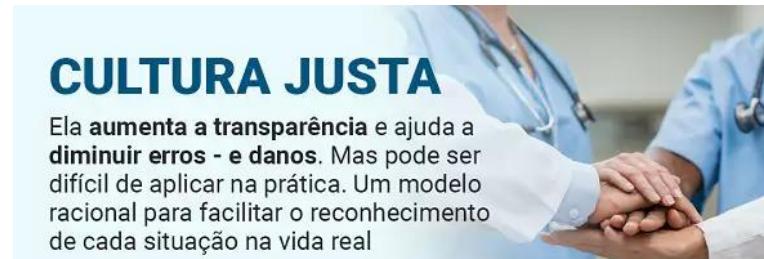
Esse é o NOSSO JEITO de compartilhar elogios

HOSPITAL MONSERRATE VENTO 90

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa



CULTURA JUSTA

Elá aumenta a transparéncia 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: • processos • procedimentos • treinamento • design • ambiente	• Remover incentivos para atitudes de risco • Criar incentivos para ações saudáveis • Aumentar consciência situacional	• Remediar o problema • Tomar ação disciplinar

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

Manual do SMS, Cap 2
(Lazzari, C. 2008)



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Cultura Justa

Table 1: Behavior Classification

Normal Error (Human Error)	At-risk Behavior	Reckless Behavior
Inadvertent action such as a slip, lapse, or mistake Manage by changing: <ul style="list-style-type: none">■ Processes■ Procedures■ Design■ Environment	Individual is not educated about potential risk and sees no value in established policies to prevent it Manage by: <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	Conscious and deliberate violations of procedures and policies Manage through: <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 SILENCIO 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



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



Adaptado de: Tree levels of RCA investigation, NHS, 2008



Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Investigação



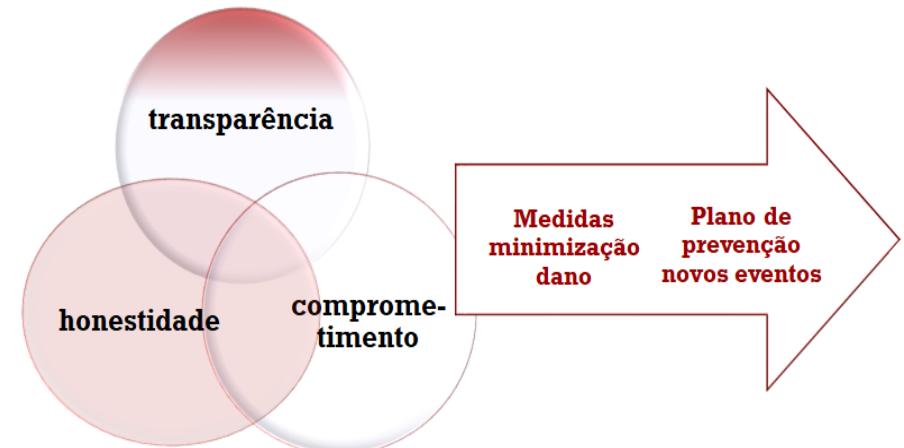
família



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

Forneça cuidado imediato e contínuo para o paciente.

Reporte o evento conforme política interna.

Forneça suporte psicológico para paciente e provedores de cuidado.

PLANEJAMENTO

Quem vai participar do *disclosure*?
O que será informado?
Quando a conversa inicial irá acontecer?
Onde o *disclosure* será realizado?
Como o *disclosure* será feito?

Quem ficará responsável por:

- Conduzir a discussão durante o encontro;
- Ser o contato para a família;
- Apoiar os provedores envolvidos no incidente; e
- Coordenar o processo de *disclosure*.

Incluir família ou pessoa de confiança indicada pelo paciente.

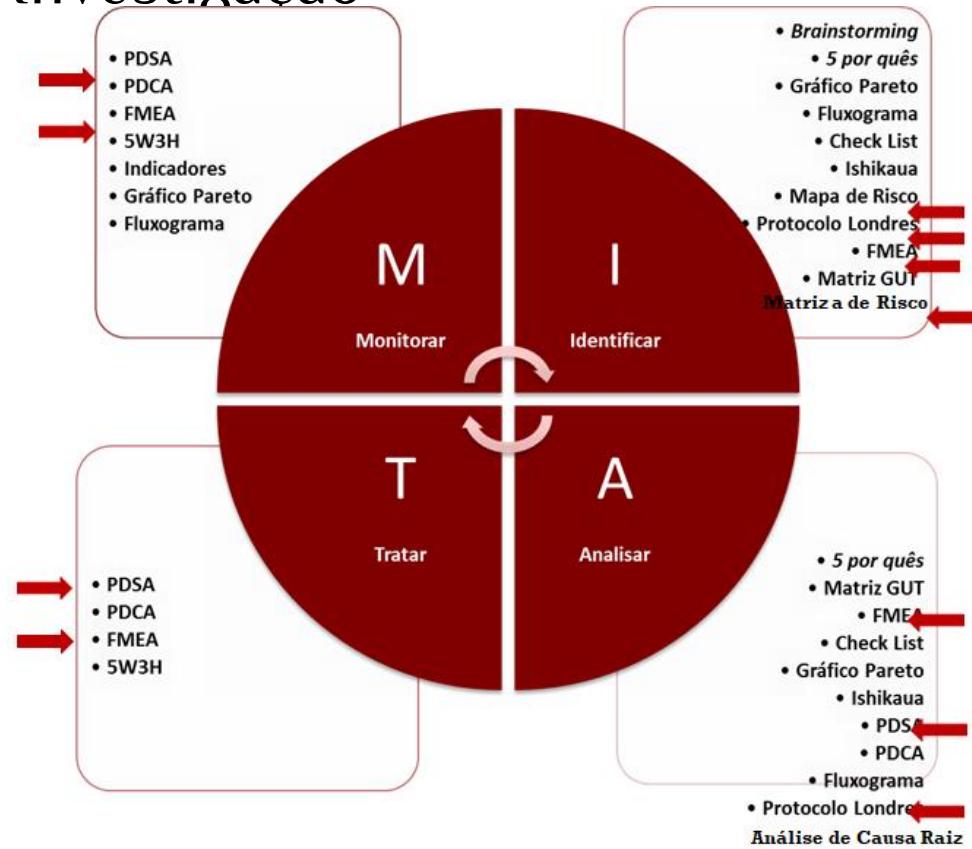
CONVERSA INICIAL

Forneça fatos
Explique o plano de cuidado
Evite suposições
Expresse arrependimento
Delineie expectativas
Providencie o monitoramento
Identifique contatos
Revise e documente o que foi dito/decidido

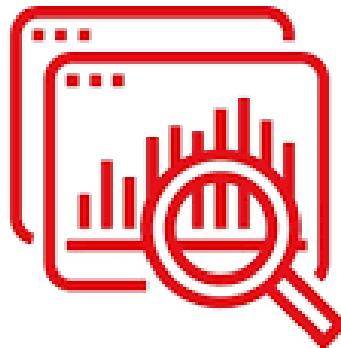
Adote linguagem clara e objetiva.
Seja solícito e sincero.
Seja empático.
Verifique se a pessoa entendeu.
Dê tempo para perguntas.

CONVERSA FINAL/DOCUMENTAÇÃO
Forneça novas informações
Peça desculpas quando apropriado
Documente o processo

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



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

Destroi a confiança mútua

Induz à mentira (por nós e para nós)

Enfraquece a gestão

Aumenta o risco jurídico

Destroi valores como honestidade e integridade

	
Born	30 December 1868 Boston, Massachusetts
Died	23 November 1940 (aged 71) 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 hospitals

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

DEFINIÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Fase muito importante do processo de análise dos EA's, 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 anuênciia 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

Adaptado: Clinical Incident Management Toolkit; Western Australian Dept.of Health, 2011



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 (<u>cirurgia segura, por exemplo</u>).

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

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

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz

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

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⁾

- A • Identificação e decisão de investigar
- B • Selecionar as pessoas para a Equipe de Investigação
- C • Organização e Coleta de dados
- D • Determine a cronologia do incidente
- E • Identificar problemas na entrega de cuidados
- F • Identificar os fatores contribuintes
- G • Realizar recomendações e desenvolver um plano de ação

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	Claridade 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⁾

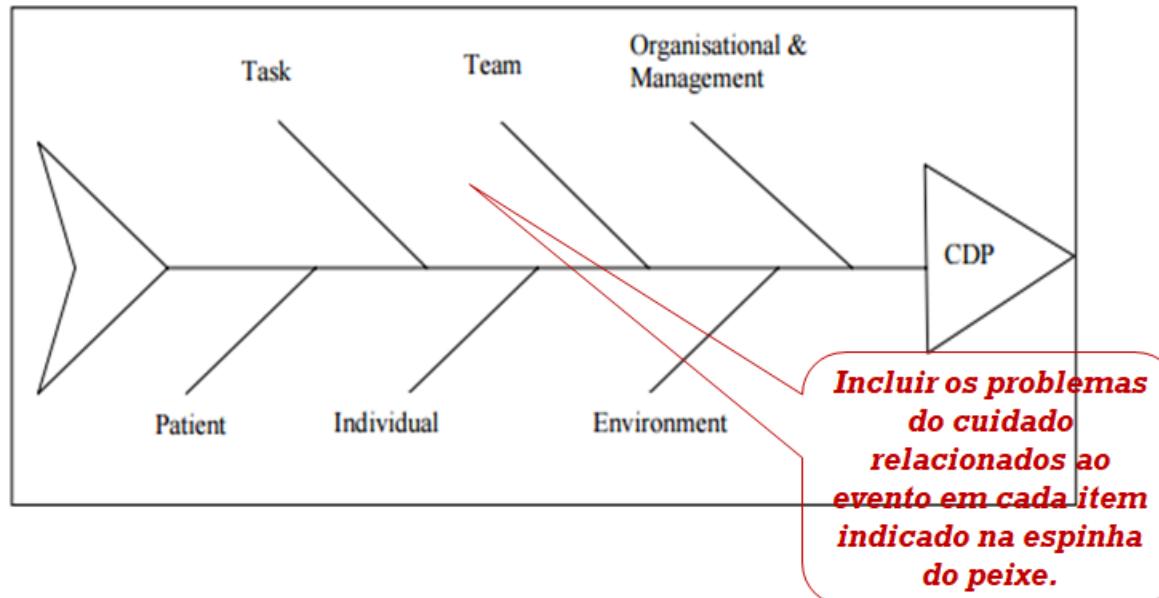
Cronologia do incidente		
Data	<i>26/09/1 6</i>	
Hora	<i>10h</i>	<i>10:05</i>
Problemas durante o cuidado	<i>Dificuldade de comunicação com a paciente</i>	<i>Não marcação do sítio cirúrgico pelo cirurgião</i>
Fatores contribuintes	<i>Paciente fala apenas espanhol</i>	<i>Ausência de confirmação do sítio 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.

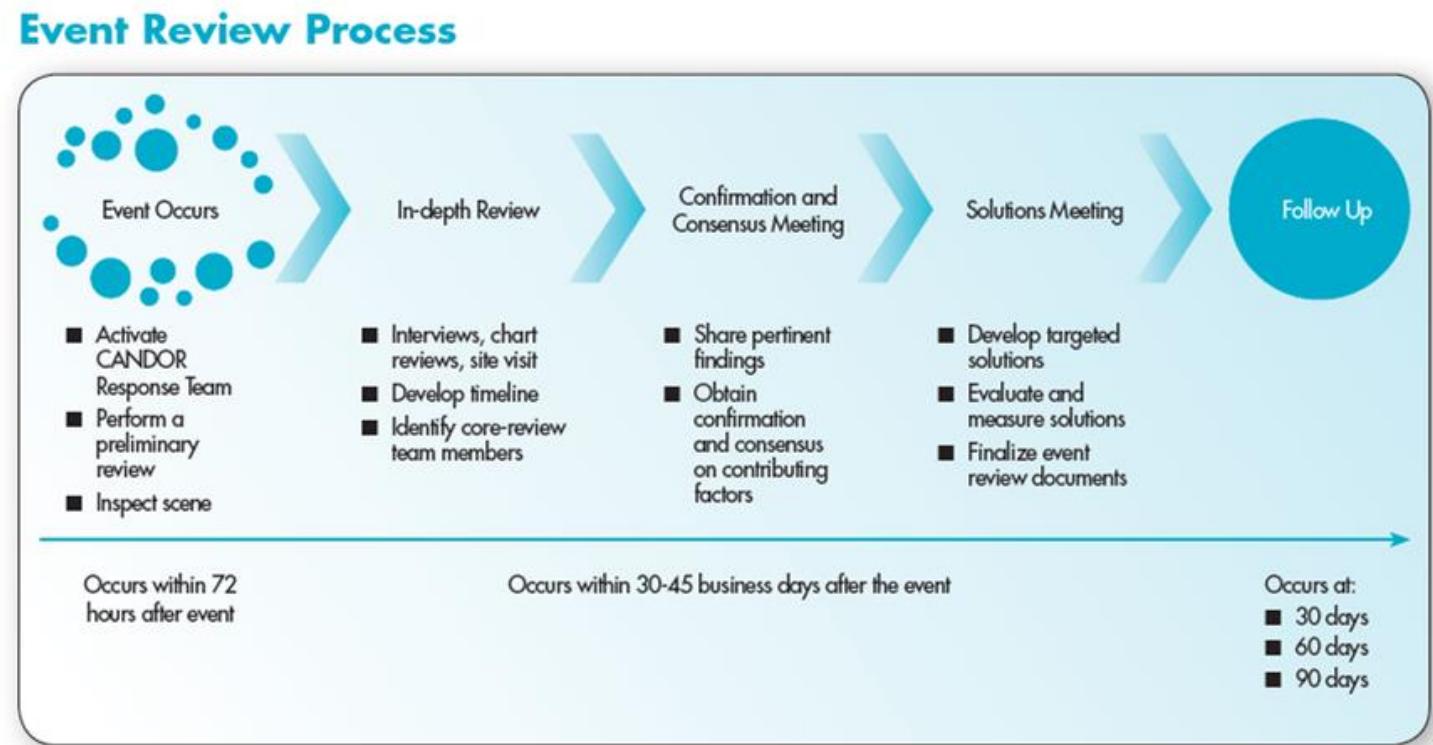


Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Protocolo de Londres

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



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



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

Por que Devemos Ter Sempre em Mente o
Desenho de Processos Confiáveis?



*Nenhum desperdício
Nenhuma espera indesejável
Nenhuma dor desnecessária
Nenhuma morte evitável*

Investigação de Eventos Adversos em Saúde - Análise de causa raiz





Investigação de Eventos Adversos em Saúde

Aline Brenner
aline.brenner@hmv.org.br