



NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CCIH

Conceitos

Infecção Hospitalar:

- Qualquer infecção adquirida após a internação do paciente, que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares
- Toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;



MS - Portaria 2616/1998



Infecção Hospitalar

É a mais frequente e grave complicaçāo que acontece em pacientes hospitalizados;

Uma infecção hospitalar (IH) acrescenta em média 5 a 10 dias ao período de internação;

Eleva os custos;

Importante causa de morte durante a hospitalização.

1,7 milhão de IH/anos nos EUA;

4,5 IH para cada 100 altas;

99.000 mortes/ano;

Custo anual de US\$ 5-10 bilhões

Um breve histórico no mundo

330 a.C.

Construção do 1º hospital urbano – Possuía caráter social, não curativa. Para doentes pobres, peregrinos e inválidos



A IH surge devido a precária condição de assistência.

Inserção dos médicos, segregação de doentes por patologia – primeiras medidas básicas para a prevenção da IH



Final do século XVIII

Mudança do paradigma caritativo-assistencial para curativo

Século XIX

Ações de prevenção de IH
Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale



Um breve histórico no Brasil

1983

Divulgação de IH pela imprensa
Publicação da portaria MS 196 – recomenda a criação de CCIH

1992

Substituição da portaria MS 196/1983 pela 930 – obriga a implantação do PCIH

1998

Substituição da portaria MS 930/1992 pela 2616/1998 – obriga implantação do SCIH e estabelece normas para prevenção e controle de IH.

1985

Morte do presidente Tancredo Neves – sepse secundária infecção pós cirúrgica (diverticulite)

Criação de associações de profissionais (ABIH, APECIH, AMECIH)

1997

Lei 9431 – obriga a manutenção do PCIH

Portaria 2616

MEMBROS CONSULTORES - CCIH

- Administração
- Médico
- Enfermagem
- Laboratório de Microbiologia
- Farmácia
- “Outros”

MEMBROS EXECUTORES- SCIH

- Enfermeiro
- Médico, preferência infectologista.



CREMEB

Portaria 2616

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Anexo 1: Organização e Competências

Anexo 2: Conceitos e Critérios Diagnósticos IH

Anexo 3: Vigilância Epidemiológica e indicadores das IHs

Anexo 4: Lavagem das Mão

Anexo 5: Recomendações Gerais

Portaria 2616

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.
2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), **órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição (DIREÇÃO)** e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

Portaria 2616

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde de nível superior:

- Até 70 leitos: 1 médico e 1 enfermeiro(a)
- > 70 leitos: médico, enfermagem, farmácia, microbiologia e administração

Mínimo de 2 membros executores / 200 leitos ou fração, sendo enfermeiro (6 h/d) e demais categorias (4 h/d)

A CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais ou ter um aumento da carga (2 horas) / 10 leitos caso hajam leitos de **pacientes críticos**: UTI; berçário de alto risco; queimados; transplante; AIDS; hemato-oncológicos

Atualidade

- Proliferação de leitos de UTI (rede privada) e de procedimentos de alta complexidade (SUS) para manter viabilidade econômica das instituições;
- Ingresso das Instituições nas Certificações de Qualidade;
- Emergência de MDROs;
- Aumento tarefas;
- Maior tempo dedicado a treinamento de profissionais;
- Maior tempo gasto em documentação, notificações, monitorização, relatórios, evidências.

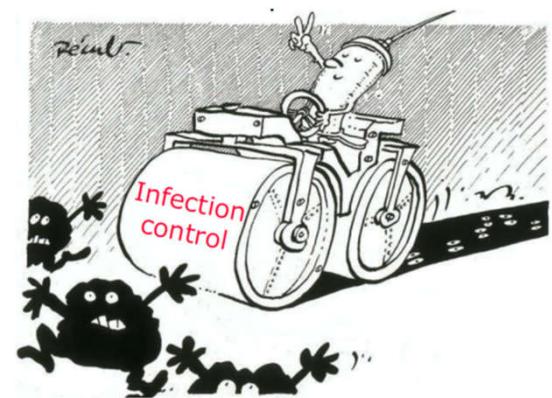
Portaria 2616/1998

Objetivo principal:

- Garantir a segurança dos pacientes que são atendidos para a realização de procedimentos médicos ou para internação hospitalar, reduzindo o risco de transmissão de doenças infecciosas entre pacientes, profissionais e visitantes

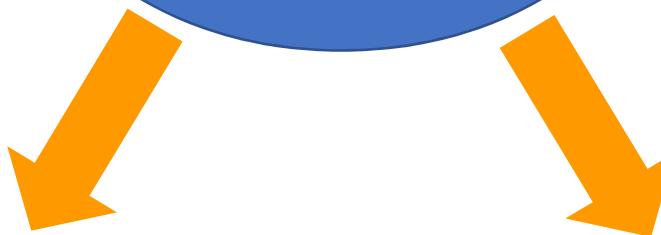
A CCIH é responsável por:

- Planejar, organizar, gerenciar e avaliar o PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR





Ações planejadas e efetivas



Assegurar a adesão dos profissionais às recomendações e normatizações para prevenção e controle de Ihs

Cumprimento das normas para pacientes, visitantes e acompanhantes

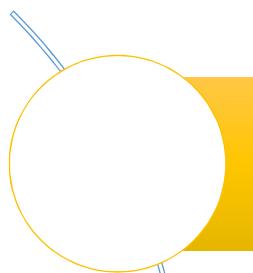
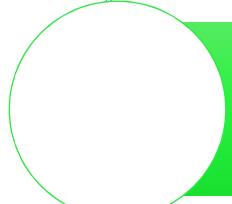
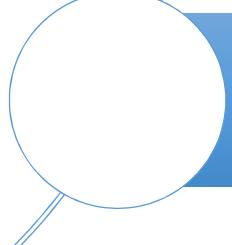
Existe taxa de infecção ZERO?

Não existe taxa de infecção ZERO

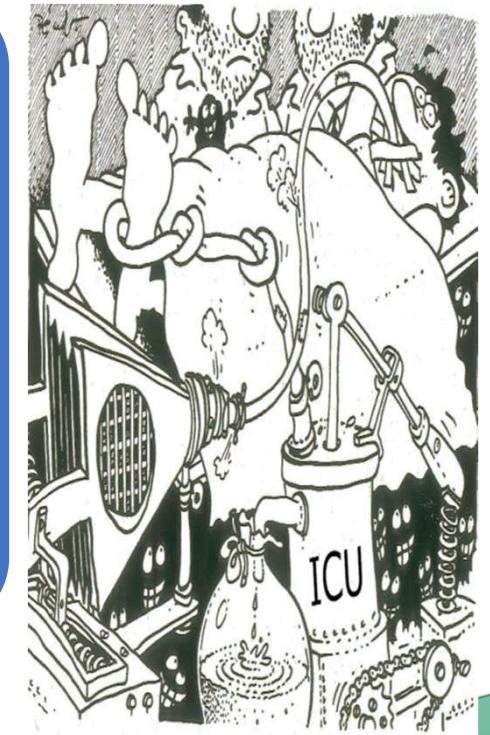
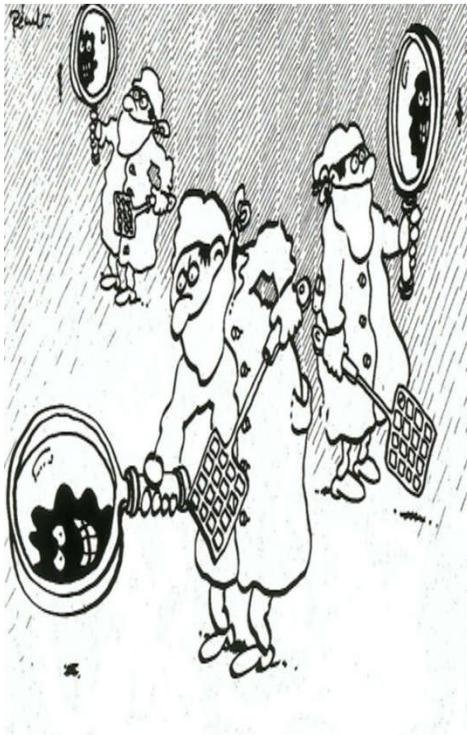
Existem infecções que não podem ser evitadas porque dependem do estado de saúde do paciente.

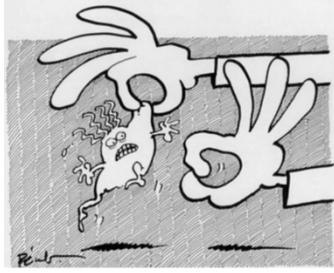
Existem infecções que podem ser evitadas através de medidas de prevenção e controle e do trabalho da CCIH.

Posso comparar taxas de infecção entre hospitais diferentes?

-  Não se compara taxas entre hospitais
-  Diferentes hospitais podem possuir taxas de infecção completamente diferentes
-  Hospitais com maior tecnologia costumam atender pacientes mais graves – podem possuir uma taxa de IH maior

Como controlar e prevenir as infecções hospitalares?





Medidas de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares



CREMEB

Higienização das mãos

Garantia da desinfecção
e esterilização dos
artigos e equipamentos

Padronização de
antimicrobianos

Higienização ambiental

Padronização de
procedimentos e
rotinas

Precações e
isolamento

Cuidados com pérfurador cortante

Uso de EPIs

Medidas específicas
para cada infecção

Principais medidas de prevenção e controle das IRAS



Atividades do SCIH



Vigilância Epidemiológica;

Gerenciamento de Isolamento;

Reunião Mensal/Divulgação de Taxas/Relatórios;

Treinamentos/Capacitação/Introdutórios/Educação Permanente;

Visitas Técnicas;

Controle de Antimicrobianos;

Implantação/Gerenciamento de Bundles;

Controle de Surtos;

Validação de Protocolos;

Participação em Comissões;

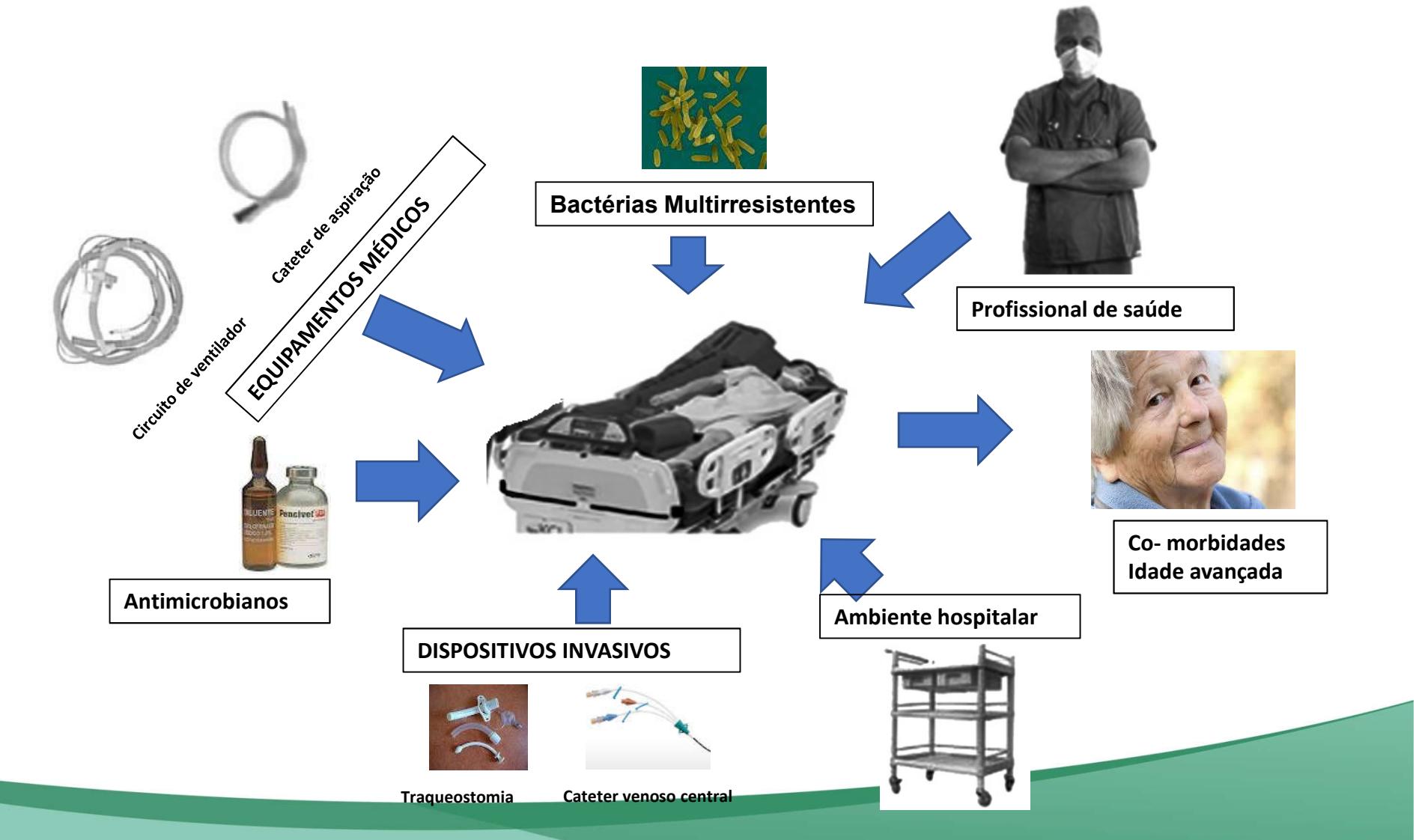
Elaboração de Parecer Técnico;

Notificações de Agravos de Comunicação Compulsória;

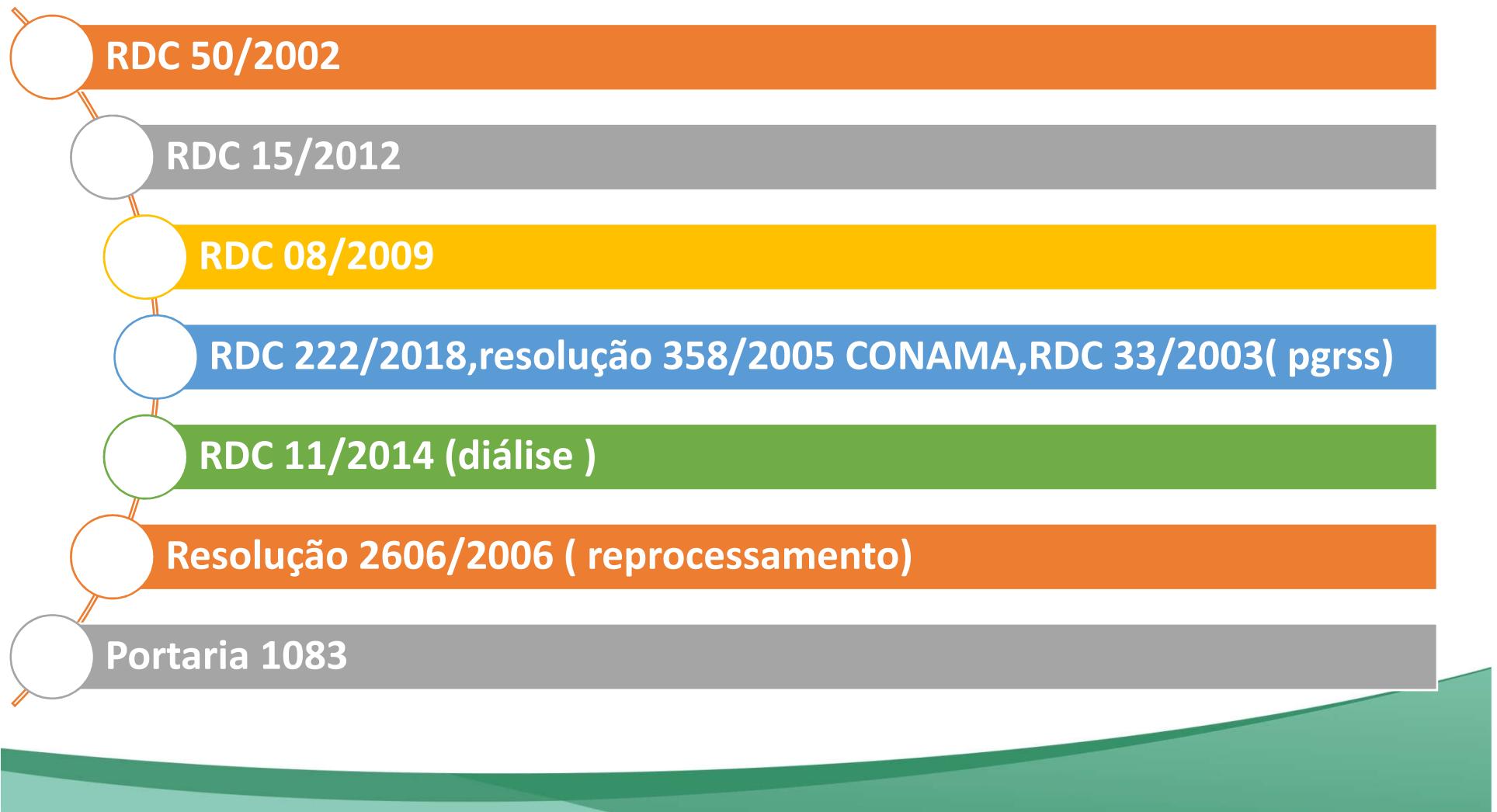
Outras.



Cenário do Hospital



Principais Legislações





Núcleo de Segurança do Paciente





Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO
DE 2013.**

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.



Objetivo

**Instituir ações para a
promoção da
segurança do paciente
e a melhoria da
qualidade nos serviços
de saúde**

Abrangência

Serviços públicos

Serviços privados e filantrópicos

Exclusão

- Consultórios individualizados
- Laboratórios clínicos
- Serviços móveis
- Atenção Domiciliar

Núcleo de Segurança do Paciente



CREMEB

Art 4 A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NPS) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder de executar as ações do Plano de Segurança do Paciente

§1 A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões , gerências , coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP

Núcleo de Segurança do Paciente



CREMEB

Art 7 compete ao NSP

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde
- Desenvolver ações para a gestão de risco no serviço de saúde
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos , medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas
- Elaborar , implantar , divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente

Núcleo de Segurança do Paciente



CREMEB

Art 7 compete ao NSP

- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar monitoramento dos seus indicadores
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde
- Desenvolver , implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde



CREMEB

Núcleo de Segurança do Paciente

Art 7 compete ao NSP

- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias



CREMEB

Plano de Segurança do Paciente

Art 8 O Plano de Segurança do Paciente (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- Identificação , análise , avaliação , monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde , de forma sistemática
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde

Plano de Segurança do Paciente

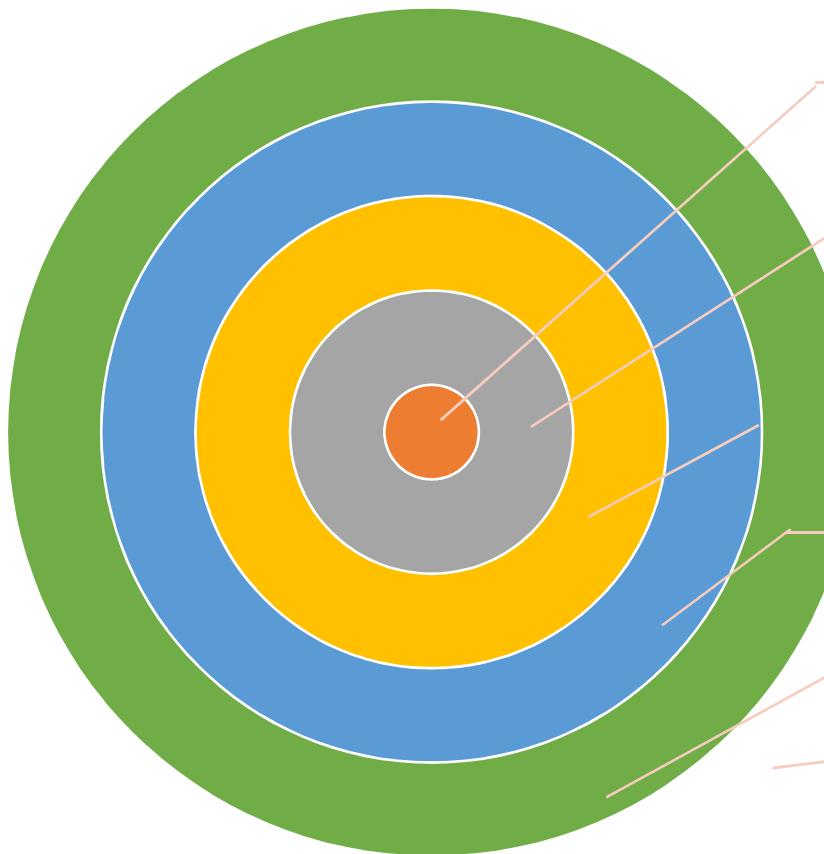


CREMEB

Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde

- Identificação do paciente
- Higiene de mãos
- Segurança cirúrgica
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- Segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes
- Segurança no uso de equipamentos e materiais
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado
- Prevenção de quedas dos pacientes
- Prevenção de úlcera de pressão

Plano de Segurança do Paciente



Prevenção e controle de eventos adversos , incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde

Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral

Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde

Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada

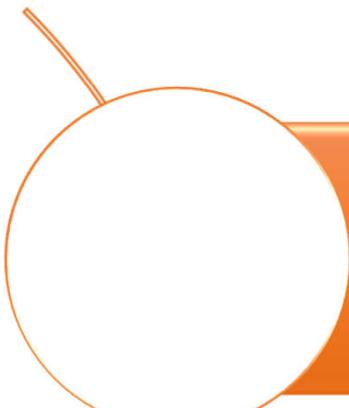
Promoção de Ambiente Seguro

Notificação de Eventos Adversos

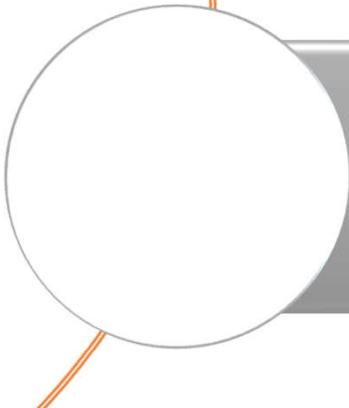
Art 10. A Notificação de eventos adversos , deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15° dia útil de cada mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa

Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72hs a partir do ocorrido

Disposições Finais



Art 12 Os serviços de saúde terão o prazo de 120 dias para a estruturação do NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos , contados a partir da data da publicação da Resolução



Art 13 o descumprimento das disposições constitui infração sanitária, nos termos da Lei n 6437 de 20 agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis



Gestão de risco e análise de eventos

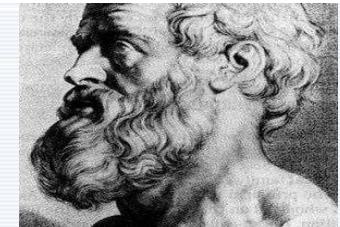


Histórico

Século IV A.C.

Juramento de Hipócrates.

Conceito de primun non nocere (primeiro não lesar).



Na Roma antiga exige-se **licença e estabelece-se regulamentação para o exercício profissional**, além de fixar-se a proporção de médicos necessários para o atendimento à população.

Desenvolve-se **conceitos de higiene e de preservação da saúde** estreitamente relacionados com o contexto cultural, filosófico e místico de cada povo. Há registros muito antigos (expressos em gravuras, estátuas, descrições etc), sobre:

- ✓ Cuidados com a saúde individual e coletiva;
- ✓ Descrição de morbidades e suas prováveis causas;
- ✓ Possíveis terapêuticas a serem empregadas;
- ✓ Além das transformações do meio ambiente para a proteção contra os agravos existentes.

Histórico

Século XIX e Florence Nightingale

Progressivamente percebe-se a necessidade de estabelecer paradigmas adequados de qualidade, eficiência e eficácia, deixando de apenas avaliar o ato da atenção à saúde para **incorporar a análise, o seguimento, os resultados**, procurando estabelecer os possíveis nexos causais com evoluções insatisfatórias.

Os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica iniciam em 1855 durante a Guerra da Criméia com Florence Nightingale (1820-1910), que desenvolve métodos de coleta de dados, registros de arquivamento, além de medidas de higiene relacionadas a todo processo de atenção aos feridos de guerra. (Primeira relação com acreditação de hospitais). A consequência de seu sistema é a **melhora da qualidade de atendimento e a diminuição da mortalidade**, com a tentativa de estabelecer modelos de atendimento.

Conceitos da Classificação

- **Erro:** por definição são não intencionais, as violações são geralmente intencionais, embora raramente maliciosas (maldosas), e podem se tornar rotina em certas circunstâncias. Um erro é uma falha em realizar uma ação de planejamento como pretendido ou aplicação de um planejamento ou plano incorreto, podem manifestar-se pelo ato de fazer a coisa errada (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento como na fase de execução.
- **Evento:** algo que acontece ou envolve um paciente.



Conceitos da Classificação

- **Evento Sentinel**: para a OMS o evento Sentinel é um incidente inesperado envolvendo a morte ou danos físicos e/ou psicológicos graves, ou o risco do mesmo. Ferimentos graves incluem especificamente a perda de membro ou função. A frase ou risco do mesmo inclui qualquer variação do processo para o qual a reincidência levaria a uma chance significativa de um resultado adverso grave. Tais eventos são chamados de "sentinel", porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediata. Sentinel fala sobre a dimensão do problema, a urgência de resolução do incidente, a gravidade e severidade do risco contido naquela circunstância.



Conceitos Segurança do Paciente

- **Incidente sem Dano:** é um evento que alcançou o paciente, mas nenhum dano foi observado.
- **Reação Adversa:** dano inesperado resultante de uma ação justificada, onde o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu.
- **Segurança do Paciente:** a redução do risco de danos desnecessários durante a Assistência em Saúde ao (nível/grau) mínimo aceitável.



Classificação



Classificação de incidentes e eventos (ONA)



Em todos os países se multiplicam notícias de eventos adversos

- Inquérito apura aborto por engano de gêmeo saudável na Austrália

Grávida de gêmeos opta por abortar feto de 32 semanas com problema congênito, mas funcionários realizam o procedimento no bebê sadio.

- Auxiliar de enfermagem depõem sobre bebê que teria recebido leite na veia

- Erro em hospital causa paralisia britânica de 14 anos

Menina foi operada para retirar pedra na vesícula e acabou paralisada da cintura para baixo

- Morte de aposentada que recebeu glicerina na veia em vez de soro é investigada

Adolescente de 12 anos morreu após ter vaselina injetada no lugar de soro



Um bebê de 16 dias teve a perna direita amputada após ter sofrido uma queimadura durante uma cirurgia



Qual a importância dos Eventos Adversos?

A importância dos Eventos Adversos reside na indicação de falhas na Segurança do Paciente, refletindo o marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal.

Quanto é este mínimo aceitável?

O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento.

* The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

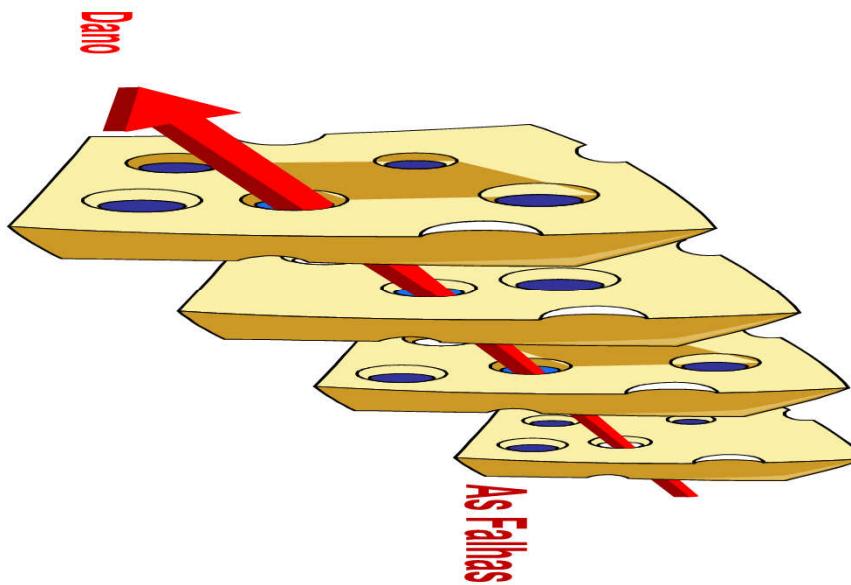


CREMEB

Incidentes – fatores sistêmicos

Adaptado de James Reason, 2000

Hospital
Síndromes



Incidente - Fatores sistêmicos

A ocorrência de eventos adversos tem impacto em diferentes níveis:

- **Econômico** - aumento dos custos, variando na razão direta dos “danos” e da quantidade dos mesmo
- **Clínico** - os resultados (*Outcomes*) em saúde afastam-se do esperado, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados.
- **Social** - Tema muito valorizado pela sociedade e tratado com sensacionalismo pela comunicação social. Podem contribuir para a perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais por parte dos pacientes;

Não há mitigação de EAs sem um programa de qualidade no hospital

Um programa deve ter:

- Comitê de qualidade
- Sistema de notificação de eventos sentinelas
- Cultura de segurança
- Métodos de avaliação retrospectiva - ex: *Root Cause Analysis*.
- Métodos de avaliação prospectiva - ex: *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA)
- Integração das ações da gestão de risco, comissão de análise de óbitos, da comissão de prontuários/processos clínicos, de comissão de farmácia e terapêutica e da comissão de infecção hospitalar
- Diretrizes clínicas
- Dose unitária de medicamentos e prescrição eletrônica, validação pelo farmacêutico
- Programas de educação do paciente – Empowerment
- Outras iniciativas



“Medicine used to be simple, ineffective and relatively safe. Now, it is complex, effective, but potentially dangerous”. (Sir Cyril Chantler)

Um a cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes dos mesmos

→ EVENTOS ADVERSOS (Jha *et al.*, 2010)

Principais eventos adversos evitáveis:



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

Mendes et al., 2013

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 Chassin & Loeb (2011)



As 10 Principais Causas dos Eventos Sentinelas

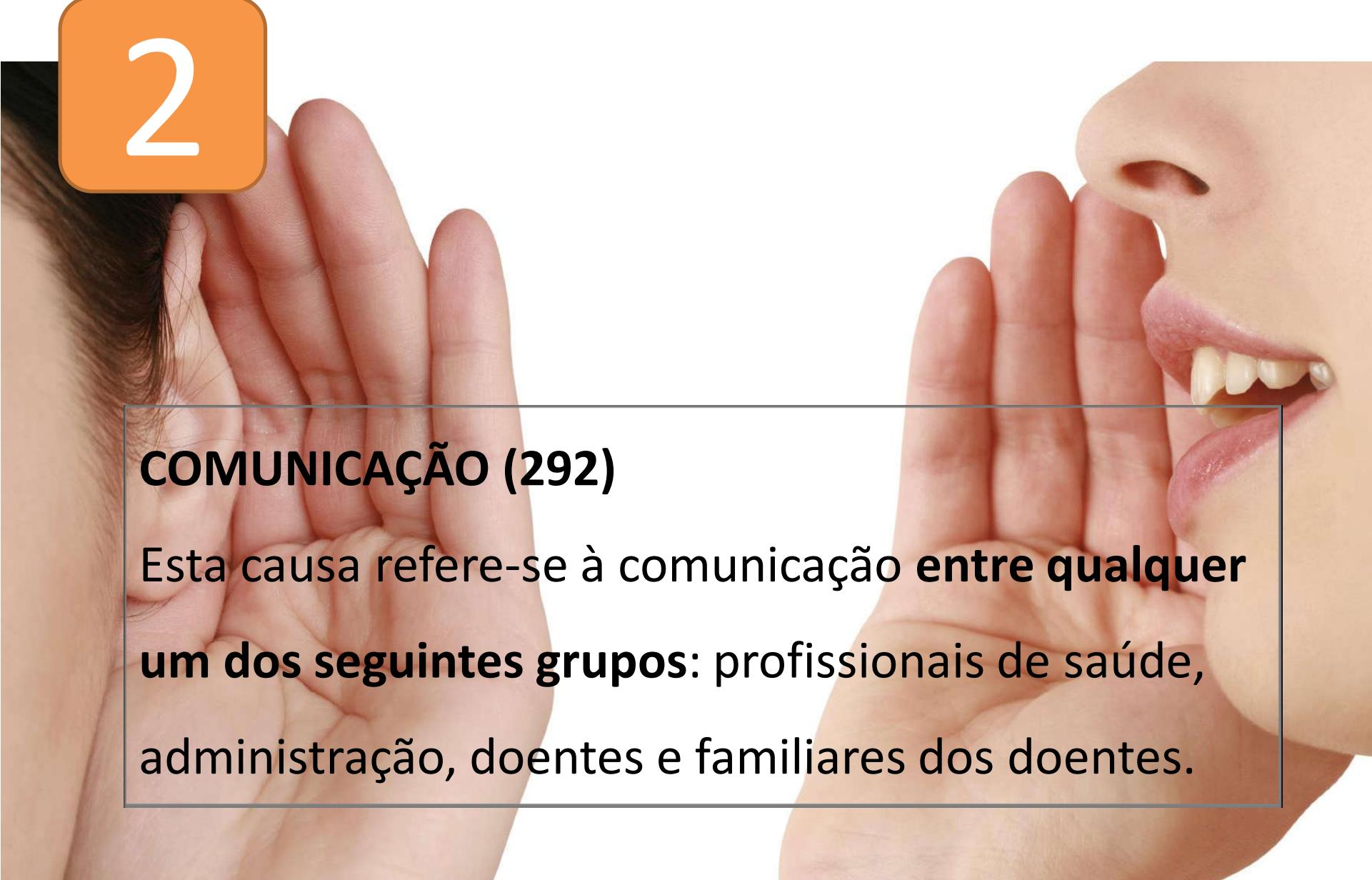


A “Joint Commission” identificou as **10 principais causas dos Eventos Sentinelas** notificados de Janeiro a Junho de 2013.

1

FATORES HUMANOS (314)

A categoria de fatores humanos relaciona-se com os **níveis de pessoal (dotações seguras)** e diferentes **níveis de experiencia** dos seus elementos, revisão por pares e outros fatores relativos ao pessoal, tais como **fadiga e complacência**.



2

COMUNICAÇÃO (292)

Esta causa refere-se à comunicação **entre qualquer um dos seguintes grupos:** profissionais de saúde, administração, doentes e familiares dos doentes.

3

LIDERANÇA (276)

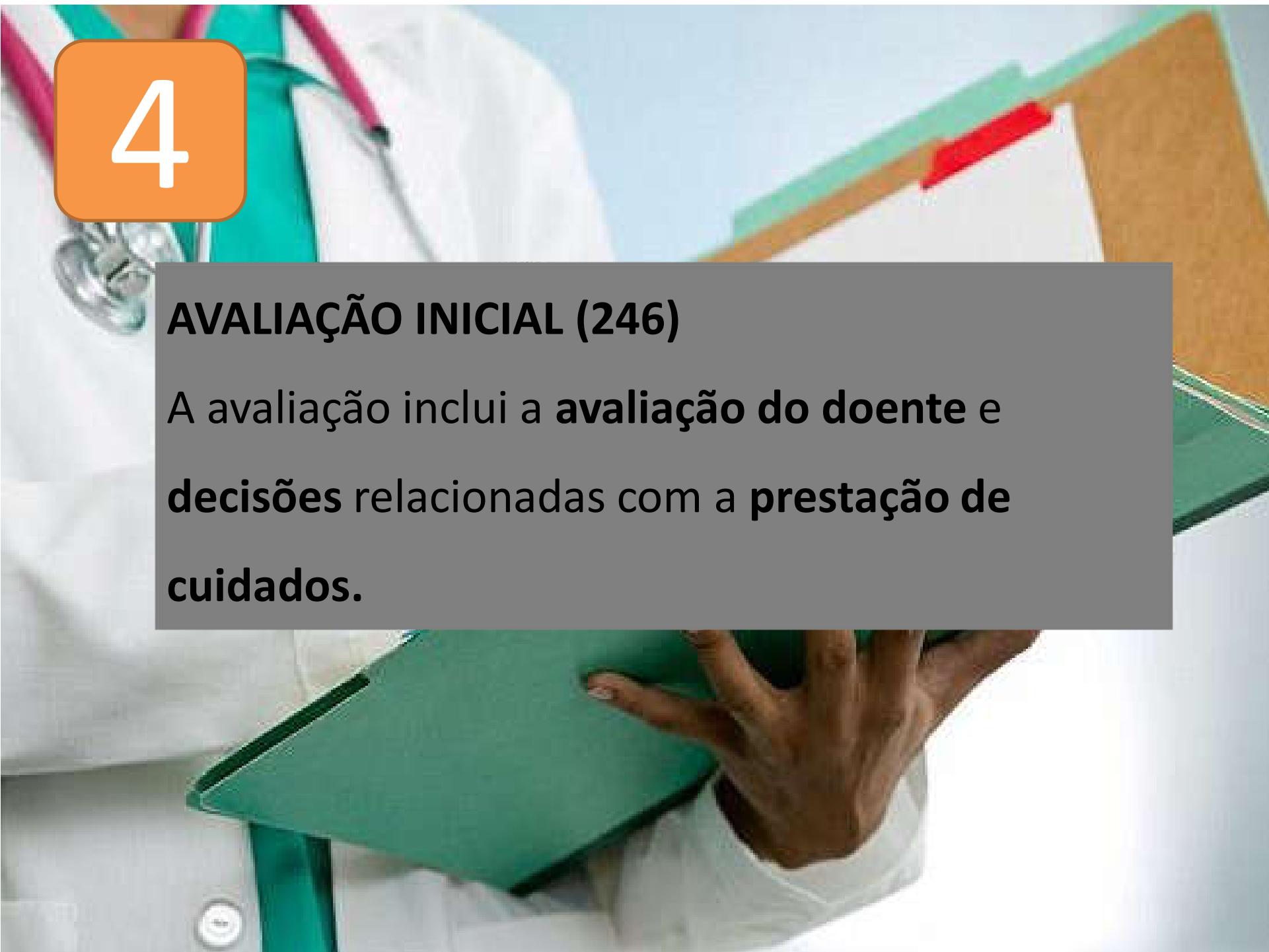
Planeamento organizacional, cultura e liderança
são incluídos nesta categoria.

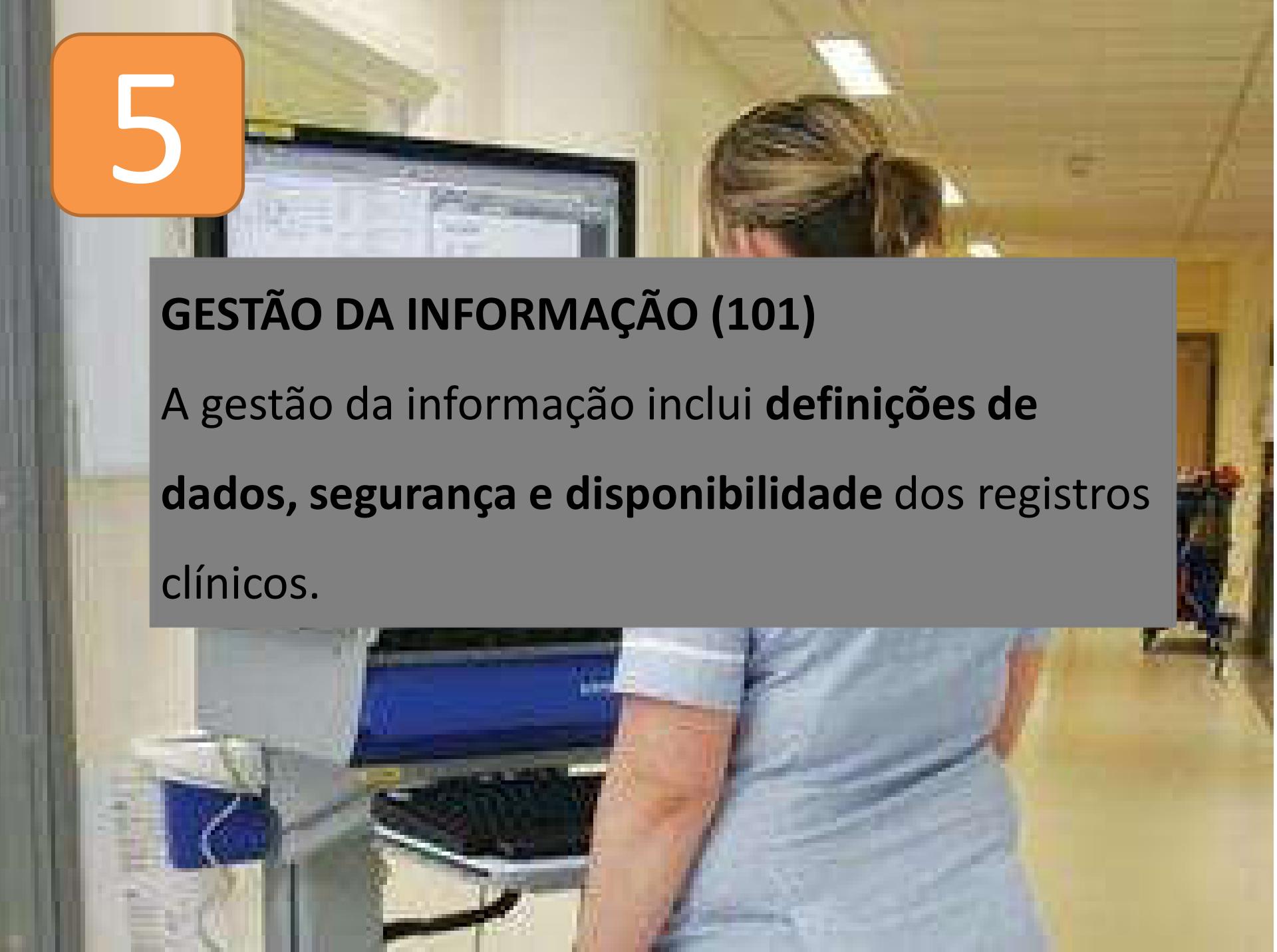


4

AVALIAÇÃO INICIAL (246)

A avaliação inclui a **avaliação do doente** e
decisões relacionadas com a **prestação de**
cuidados.





5

GESTÃO DA INFORMAÇÃO (101)

A gestão da informação inclui **definições de dados, segurança e disponibilidade** dos registros clínicos.

5

GESTÃO DA INFORMAÇÃO (101)

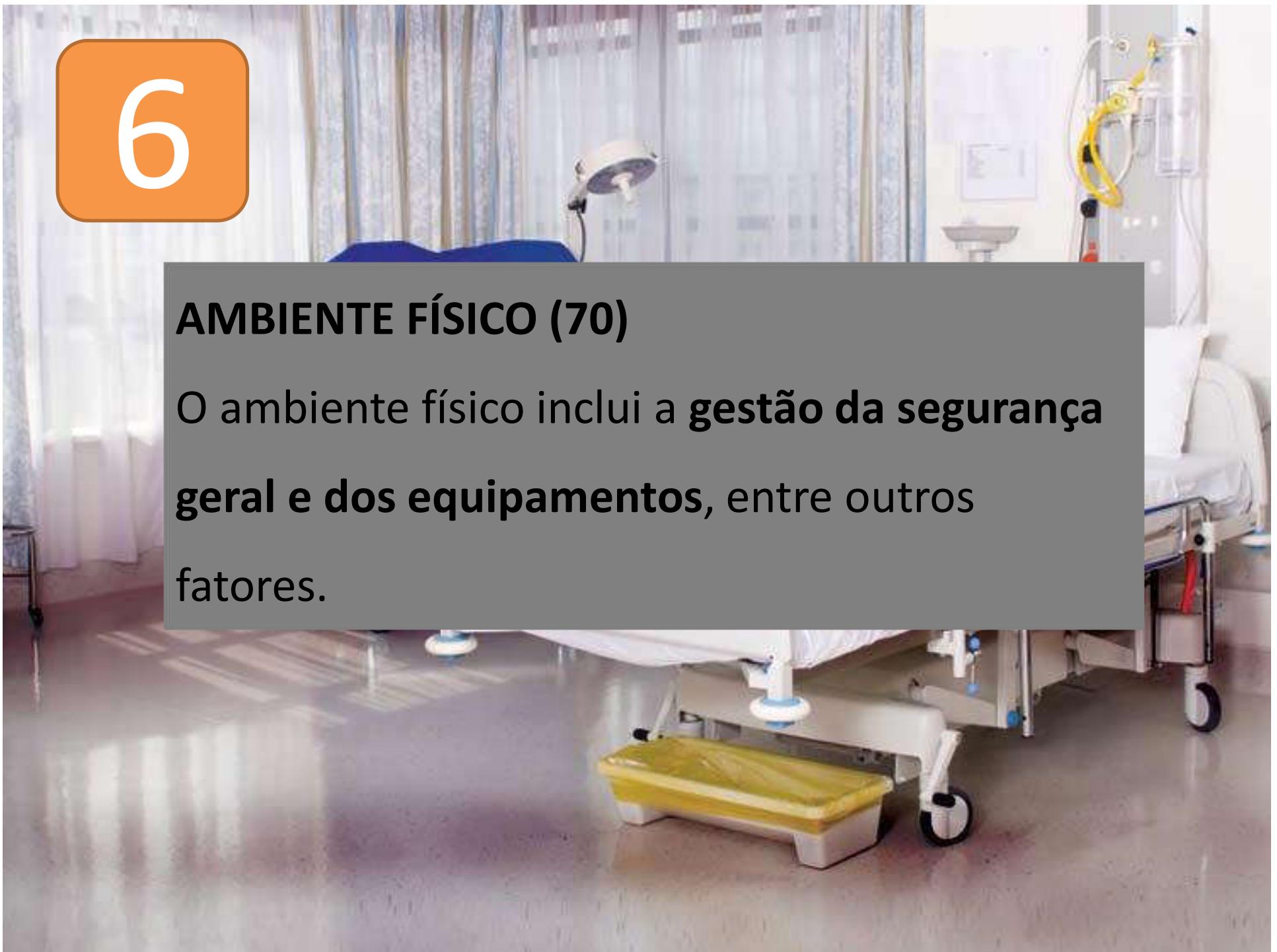
A gestão da informação inclui **definições de dados, segurança e disponibilidade** dos registros clínicos.

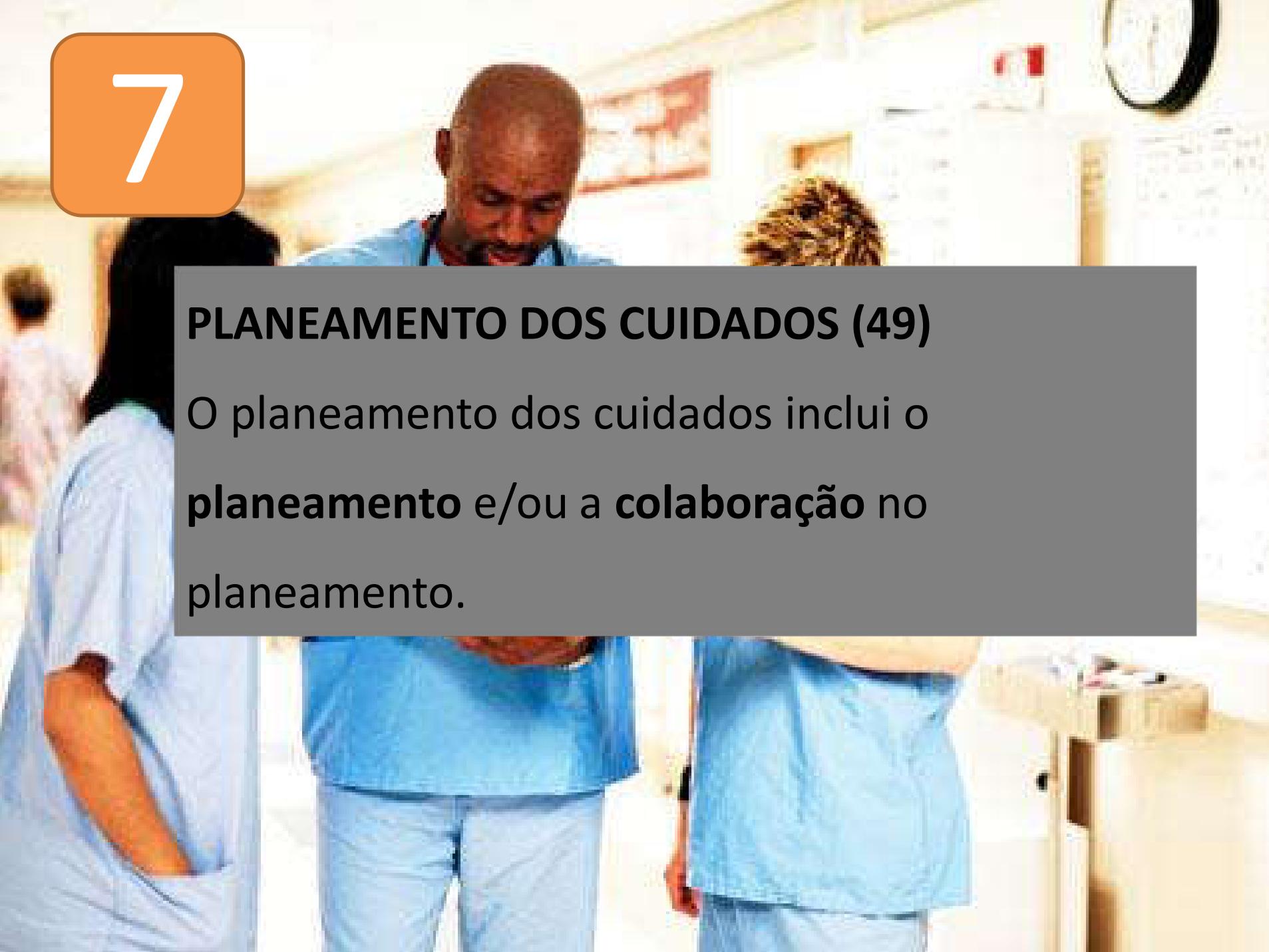


6

AMBIENTE FÍSICO (70)

O ambiente físico inclui a **gestão da segurança geral e dos equipamentos**, entre outros fatores.





7

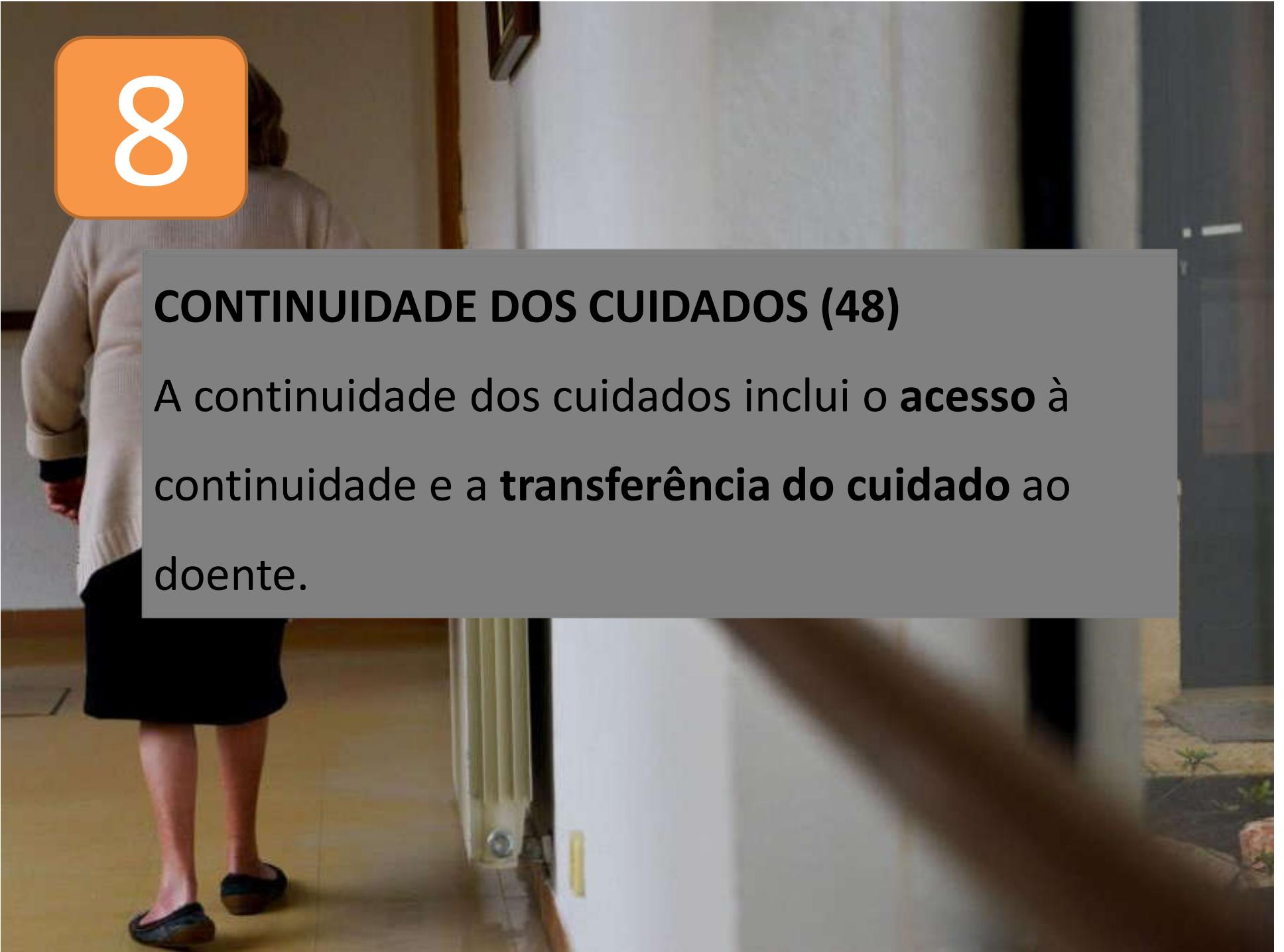
PLANEAMENTO DOS CUIDADOS (49)

O planeamento dos cuidados inclui o **planeamento e/ou a colaboração no planeamento.**

8

CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (48)

A continuidade dos cuidados inclui o **acesso à continuidade e a transferência do cuidado ao doente.**



9

Uso de Medicação (48)

O uso de medicação inclui **controlo e armazenamento** dos medicamentos, **pedidos, administração** e outras tarefas relacionadas com a medicação.

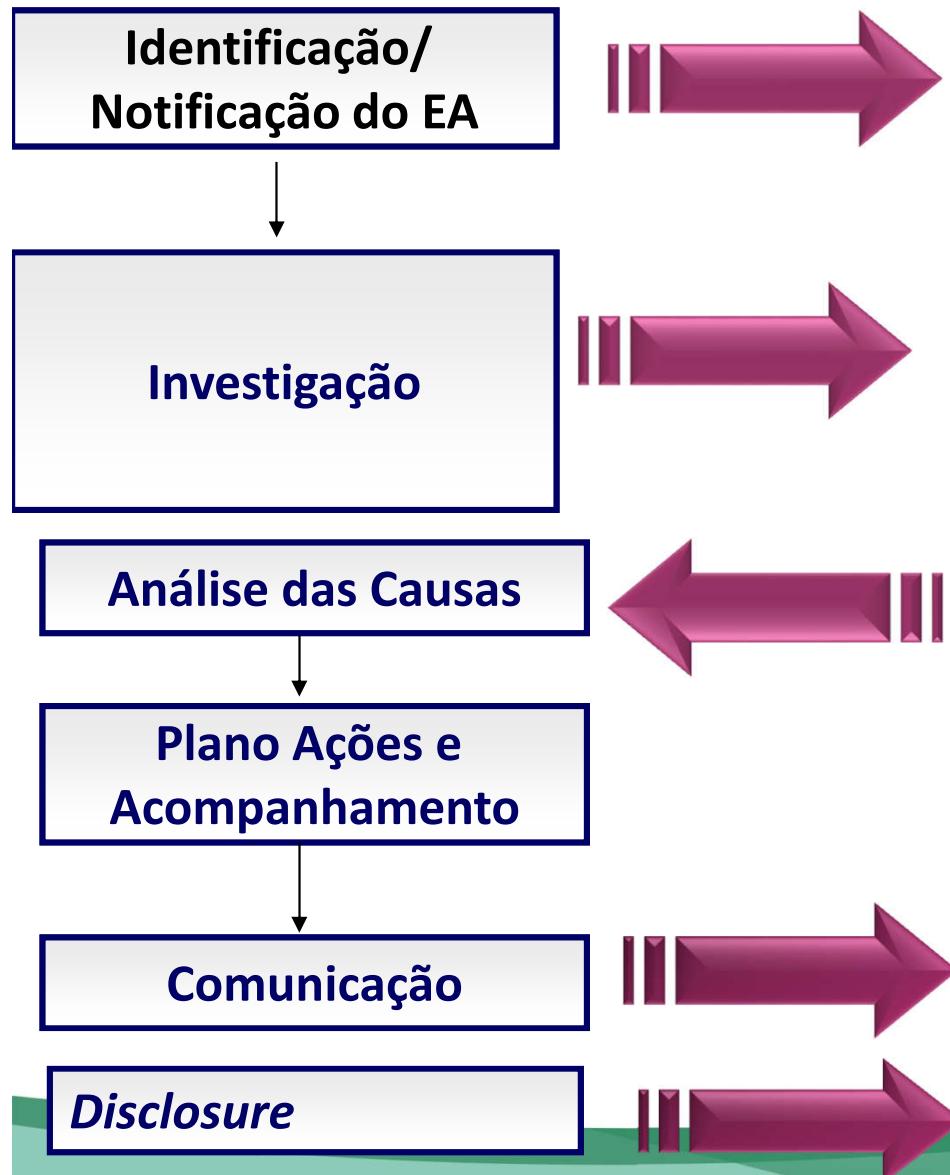
10

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (45)

A prestação de cuidados inclui o **planeamento, uso de sangue e/ou monitorização de doentes.**



EVENTOS ADVERSOS – PANORAMA GERAL

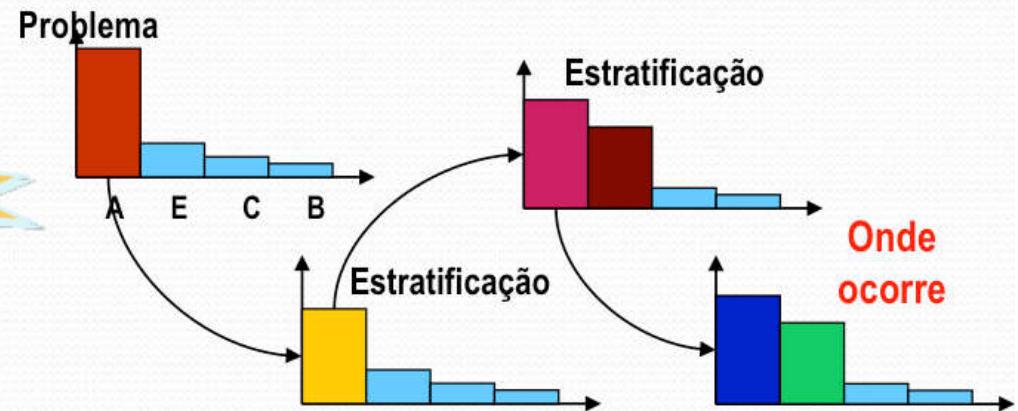


- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultura da Segurança <ul style="list-style-type: none"> • Compromisso Liderança • Ambiente Não-punitivo 2. Sistema Notificação: <ul style="list-style-type: none"> • Eletrônico | <p>Ferramentas Qualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DEPOSE • Brainstorming • Regra dos Porquês • Ishikawa/Espinha Peixe • Pareto • Matriz Causa Efeito • Matriz Esforço Impacto • Pokayoke • 5W2H • ACR (VA, JCI, TRIPOD) <p>Recursos tecnológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circuito interno de TV • Registros no prontuário • Laudos de exames • Pareceres de “especialistas” e laudos técnicos (equipamentos) • Controles farmácia (dispensação/pyxes, farmácia clínica) |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Corporativa <ul style="list-style-type: none"> • Boletim • Reuniões Líderes • Treinamentos (case, cenário) 2. Local (Áreas) <ul style="list-style-type: none"> • Mural • Reuniões | <ul style="list-style-type: none"> • Envolve paciente/família e médico titular |

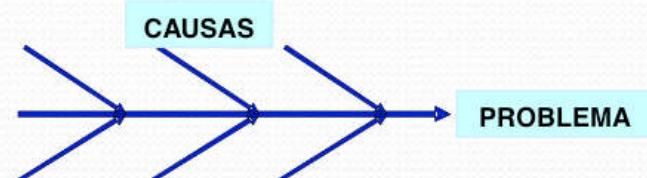
PDCA - EVENTOS



**ESTRATIFICAR O
DESVIO
Onde ocorre**



**ANÁLISE DAS CAUSAS
Por que Ocorre**



PLANO DE AÇÃO

Donde	Causa	Acción	Responsable	Plazo	Impacto \$
Desviación total: \$1.808 millones. Equivalente a 1.000 Ton. papel/899 por transporte en camión sin la causa	92% del incremento se debe a carbón suelto (Precio, subsidio y flete carbón)	Ver recomendación para plan de acción.	J. F. Arancí C. Holguín R. Martínez	Diciembre 31/14	\$1.320 millones

ok? →

**PADRONIZAÇÃO
Para que não volte a
ocorrer**

PRINCÍPIOS DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A notificação deve ser:

- sempre estimulada pela liderança
- anônima e de caráter não punitivo
- notificada por qualquer profissional que identificar condições inseguras ou falhas em processos
- investigada e analisada por um grupo qualificado, para gerar melhorias que minimizem ou eliminem os riscos

POR QUE INVESTIGAR?

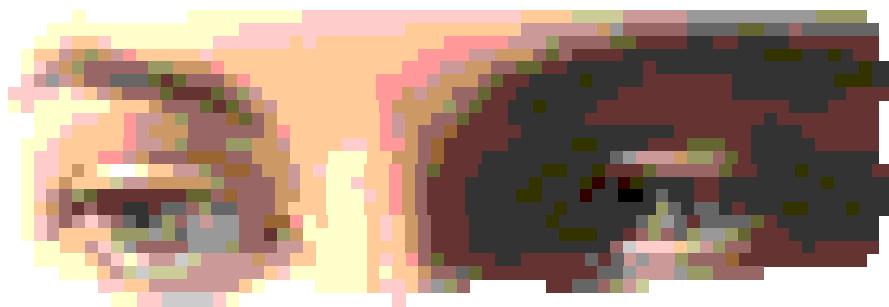
|| Não causamos ou
sofremos
acidentes por uma
causa única!

Só podemos evitar
os eventos se os
entendermos,
através de
investigação e
análise.

POR QUE INVESTIGAR?



“Porque somente uma investigação bem conduzida permitirá a identificação da causa raiz.”



“Nenhuma técnica de análise de causa raiz nos levará a bons resultados ou ações eficazes se a investigação disponível for pobre em detalhes ou, ainda, se for realizada de forma subjetiva.”

DICAS ESSENCIAIS PARA A INVESTIGAÇÃO



Dispensar tempo para se obter uma “rica” investigação.

Identificar os “especialistas” que auxiliarão nas respostas ao evento, principalmente os que dominem o assunto.

Superar as barreiras da “cultura punitiva” dos envolvidos.

Capacidade do “investigador” de moldar seu perfil, com foco:

- no processo e não nas pessoas ou cargos;
- saber ouvir as “partes” e construir o “todo”.



CONSTRUINDO UMA CULTURA DE SEGURANÇA



A Análise de um Evento Adverso Grave é composta de:

- Investigação
- Identificação e Análise de fatores causais
- Identificação de oportunidades de melhoria
- Propostas de ações de melhoria abrangentes
- Acompanhamento dos Planos de Ação

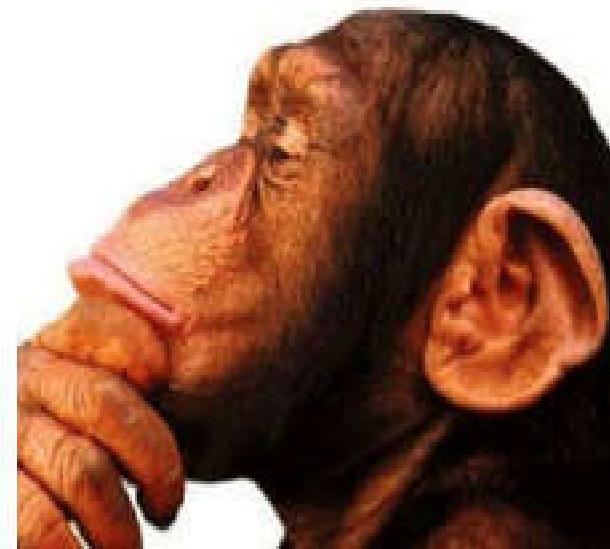


Dicas essenciais para uma investigação de sucesso

- ✓ “Congelar a cena”;
- ✓ Fazer busca documental exaustiva;
- ✓ Entrevistar o mais cedo possível;
- ✓ Explicar objetivos: busca das causas e da prevenção;
- ✓ Ouvir com atenção, principalmente a narrativa inicial;
- ✓ Realizar perguntas objetivas;
- ✓ Não induzir as respostas;
- ✓ Não negociar nada, como: oferecer “imunidade” em troca de informações;
- ✓ Analisar resultado e esclarecer dúvidas/contradições.



**Pessoas inteligentes aprendem com o próprio erro,
Pessoas sábias aprendem com o erro dos outros**





OBRIGADA!

camila.barcia@cremeb.org.br