

# QUALIDADE GESTÃO DE RISCO NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS

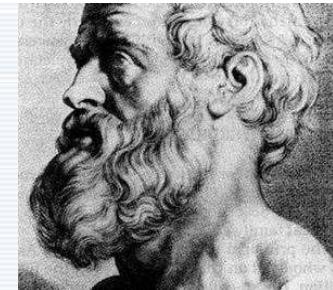
Camila Barcia

# 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.

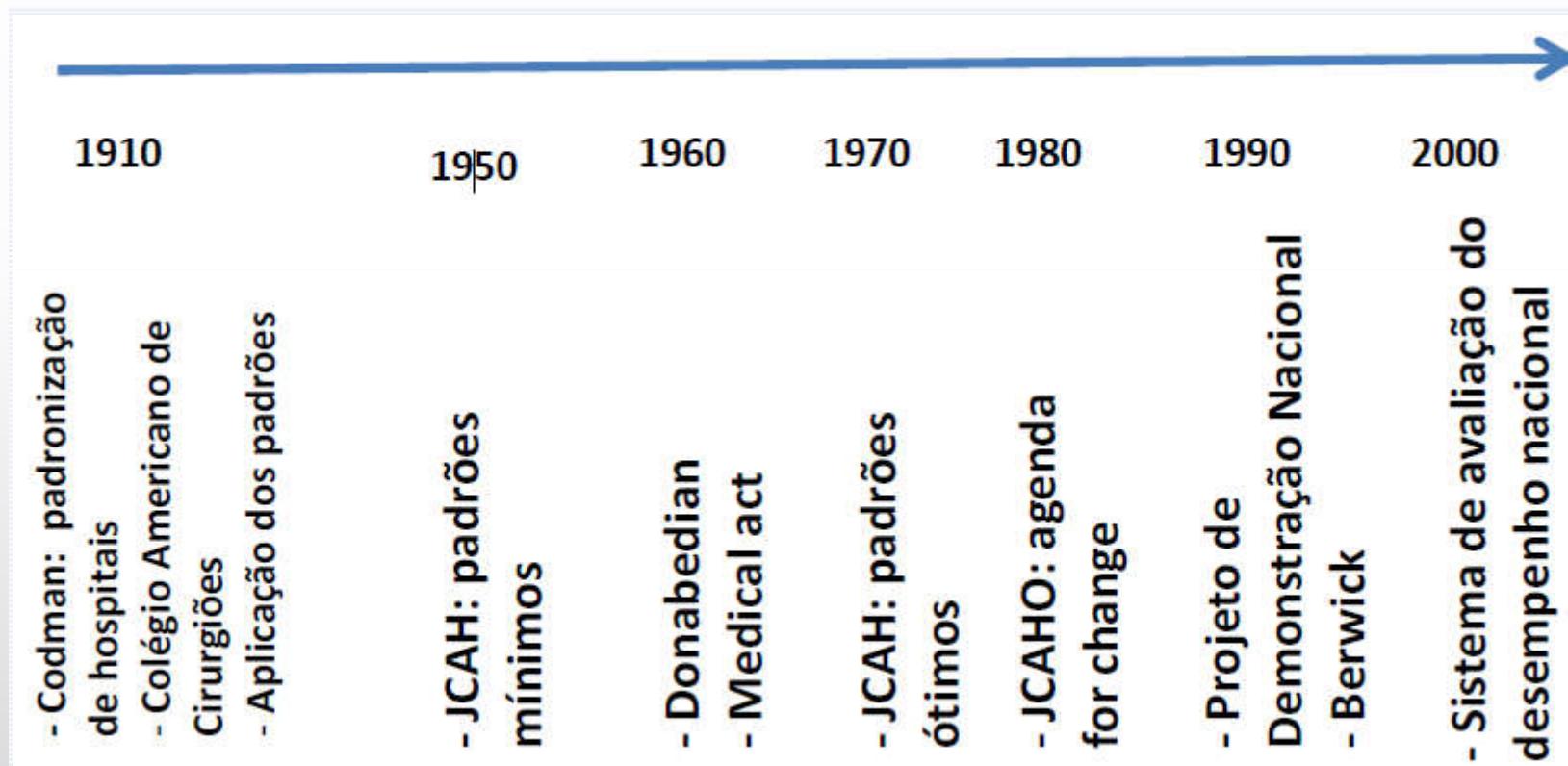
# Histórico

## 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.

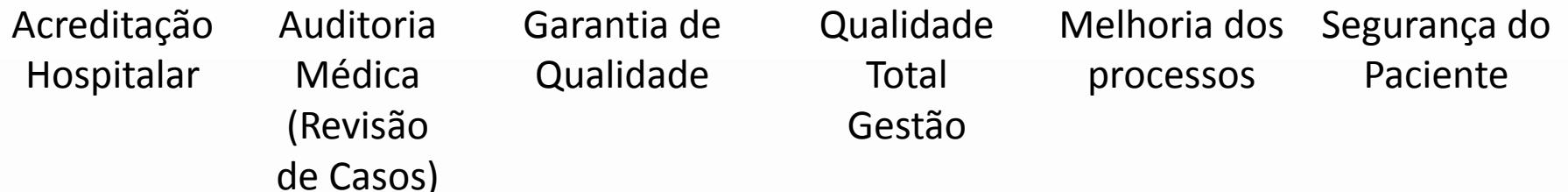
**Os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica iniciam em 1855** durante a Guerra da Criméia com Florence Nightingale (1820-1910), que desenvolve métodos de coleta de dados, registros de arquivamento, além de medidas de higiene relacionadas a todo processo de atenção 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.

# História - EUA



# Linha do Tempo - Brasil

## Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente



1950

1960-1970

1980

1990

2000

- Auditoria Médica (fraude e adesão às normas de certificação)
- Normas para licenciamento de Unidades de Saúde
- Normas federais para controle de infecção
- Normas e padrões de prática estabelecidas por Sociedades Médicas\*

- Criada a **Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde** (1994) no contexto do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

- **Diretrizes da Estratégia de Garantia de Qualidade**

- Indicadores de resultados
- Estabelecimento de um Programa Nacional de Acreditação
- Ênfase na Qualidade Total e Melhoria Contínua da Qualidade
- Estabelecimento de Diretrizes Clínicas por Sociedades Médicas
- Controle comunitário\*

- **Prêmio Nacional de Qualidade**

- **Acreditação – ONA**

- Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar - ANVISA

Próximo slide



# Linha do Tempo – Brasil (cont.)

## Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

Melhoria  
dos  
Processos

Segurança do Paciente

1990-1999

2000-2009

2010-2013

Slide anterior



- HumanizaSUS
- **Rede Sentinel/Notivisa- ANVISA** - segurança de produtos e fomento ao uso racional de medicamentos
- **Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – MS**
- **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS/MS**
- **Adesão às iniciativas da OMS** - “Higienização das Mão” e “Cirurgia Segura Salva Vidas” **ANVISA/MS**
- **PROQUALIS**

- **IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**
- **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" - PMAQ – AB (MS)**
- **Qualisus Rede (MS)**
- **Portal Saúde Baseada em Evidências (MS)**
- **Rede Cegonha (MS)**
- **SOS Emergências (MS)**
- **Qualiss (divulgação e indicadores) – ANS**
- **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)- MS - Portaria nº 529 1/4/2013(MS)**

# Definições

“Acreditar significa dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer crédito.”

(Dicionário Aurélio)

“Acreditação é um sistema de avaliação externa para verificar o cumprimento de padrões pré estabelecidos por determinadas organizações”  
(Scrivens, 1995)

# Definições

“Um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, **voluntário, periódico e reservado**. Nas experiências, brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma **organização ou agência não governamental** encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia. Em seus princípios tem um **caráter eminentemente educativo**, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, **não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.**”

(ONA)

## *Certificação/Acreditação:*

- **Metodologia de caráter voluntário, baseada no estabelecimento de padrões e ações sistematizadas, que visa objetivamente implantar e sustentar a Qualidade e Segurança no cuidado prestado ao paciente.**

# Os Princípios de Qualidade e Segurança incluem 6 Dimensões

## Assistência Focada no Paciente

- Prover assistência que atenda e respeite as preferências, necessidades e valores dos pacientes.

## Prover Assistência no Tempo Adequado

- Reduzir esperas e atrasos, por vezes prejudiciais, àqueles que recebem e prestam os cuidados.

## Eficiência

- Evitar desperdícios e mau uso de suprimentos, equipamentos, idéias e energia.

## Eqüidade

- Respeito à igualdade de direito de cada um. Prover assistência cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, condições sócio-econômicas ou localização geográfica.

## Efetividade

- Prover serviços adequados àqueles que deles se beneficiarão; Uso responsável dos recursos – evitar uso excessivo ou insuficiente.

## Segurança do Paciente

- Evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente.

# Sustentabilidade através da Qualidade



Sustentabilidade

Qualidade

# Por Que Adotar um Programa de Qualidade e Segurança na Instituição Hospitalar?

## Principais Problemas

- Déficits financeiros
- Falta de recursos
- Erros médicos e mortes evitáveis
- Infecção hospitalar
- Ineficiência
- Emergência superlotada
- Falta de leitos
- Centro cirúrgico com e hiper e subutilização
- Laboratório lento e com taxa de erros inaceitáveis
- Gargalo no fluxo dos pacientes

## Pontos críticos

- Processos de risco
- Responsabilidades não claras
- Várias equipes cuidando de um mesmo paciente
- Problemas comunicação
- Pacientes internados em qualquer unidade independente da patologia
- Falta constante de vagas
- Média do prazo de permanência elevada
- Processos não integrados que geram atrasos
- Variabilidade dos mesmos procedimentos

## Conseqüências da Não Qualidade

- Custos mais elevados
- Eventos adversos
- Retrabalho
- Insumos não adequados
- Acidentes de trabalho
- Acidentes ambientais
- Insatisfação do cliente
- Imagem comprometida
- Penalidades por descumprimento de leis e regulamentos

# Por Que Adotar uma Acreditação ou Certificação no Programa de Qualidade?

Meios que possibilitam melhoria de processos e sistemas, aumentando a percepção de segurança nos serviços de saúde para usuários, profissionais e público em geral.



Visam garantir que procedimentos assistenciais de saúde sejam realizados com qualidade e maior segurança ao paciente e aos profissionais, considerando as necessidades legais, sócio-econômicas e culturais da comunidade assistida.



Qualquer que seja a metodologia ou programa adotado, deve-se considerar a necessidade de haver um programa interno de melhoria contínua na organização.



Qualquer metodologia ou programa adotado possuirá vantagens em sua implementação quando é consequência da **diretriz estratégica da instituição e quando há envolvimento direto da alta liderança**.

# Acreditação Hospitalar

O que diferencia os programas é a forma como avaliam as organizações. A estrutura dos padrões expressa nos manuais de acreditação ou certificação sinaliza este foco.

O processo de acreditação tem a finalidade de criar uma **cultura de segurança e qualidade** dentro de uma organização que continuamente se esforça para melhorar processos de cuidado ao paciente.

Os critérios cobrem uma gama de itens, que envolve infra-estrutura do ambiente assistencial, direitos e deveres dos pacientes, tratamento e prontuário do paciente, manutenção dos equipamentos, treinamento dos profissionais, gerenciamento de catástrofes e controle de infecção hospitalar.

# Acreditação, Certificação e Critérios para a Seleção

Nenhum programa é melhor do que outro.

Todos os programas envolvem custos (diretos e indiretos)

A indicação do melhor modelo a ser seguido deve considerar alguns aspectos:

- **Missão, valores e diretrizes estratégicas da organização**
- **Escopo: implementação local (em um serviço) ou institucional (em toda a organização);**
- **Maturidade: nível de compreensão e organização da empresa sobre conceitos e processos voltados para a qualidade;**
- **Tempo: previsto ou desejado para a implementação e resultados;**
- **Recurso financeiro: previsão orçamentária compatível com o tempo desejado;**
- **Recurso humano: disponibilidade de pessoas para trabalhar na revisão e construção de novos processos.**
- **Integração de processos**
- **Foco em segurança**

# Porque Certificar?

**Visibilidade no Mercado Global e Benckmarking**

**Maior segurança para prática profissional e cuidado dos pacientes**

**Melhoria no atendimento e transparência nas relações**

**Serviços prestados de maneira confiável, a partir de um padrão previsível e homogêneo**

**Otimização dos processos com colaboração/integração entre profissionais e áreas**

**Caminho para a Melhoria continua.....**

# Acreditações e certificações

## Acreditações

- **ONA** (Organização Nacional de Acreditação)
- **JCI** (Joint Commission International)
- **AABB** (American Association of Blood Banks)
- **ACR** (American College of Radiology)
- **CAP** (College of American Pathologists)
- **PALC** (Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos)
- **CARF** (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities)
- **FACT** (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy)
- **Magnet Recognition Program**
- **Commission on Cancer**
- **NIAHO** (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations)
- Acreditação Canadense
- **PLANETREE**

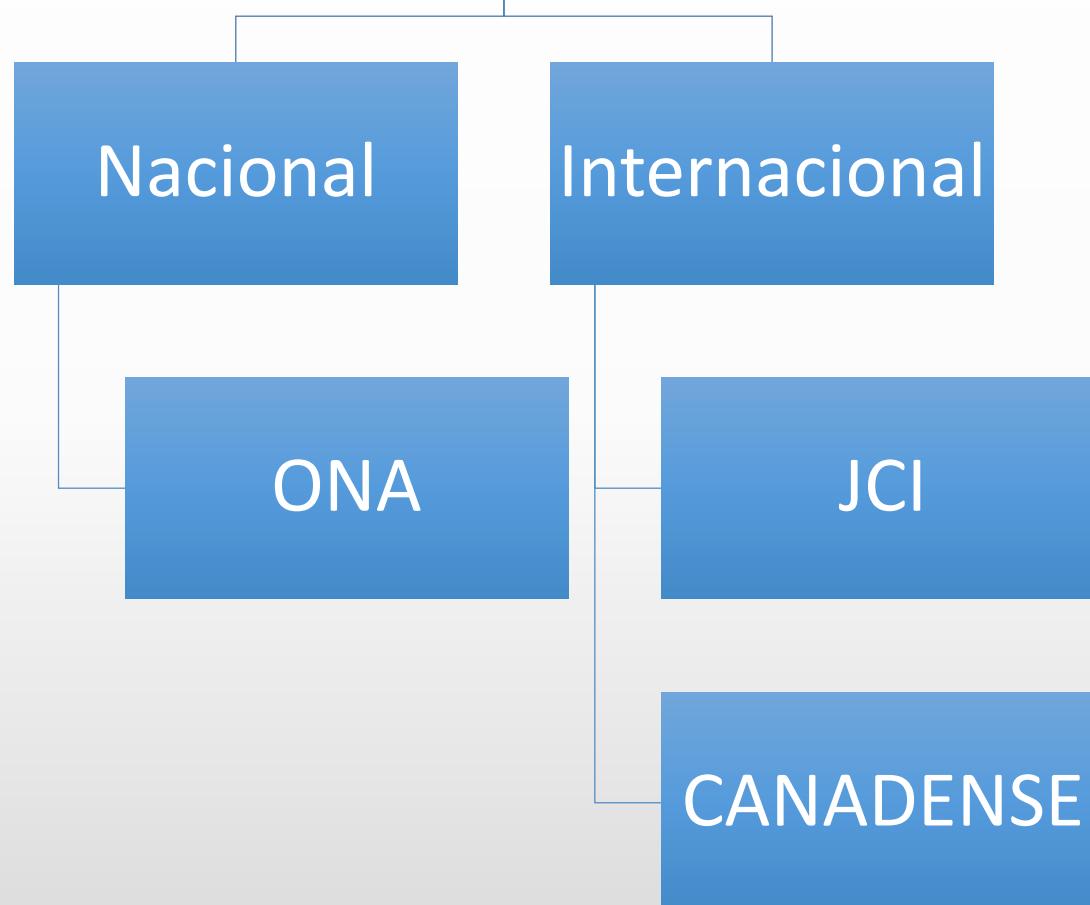
## Certificações

- ISO 9001:2008 – Gestão da Qualidade
- ISO 14001:2004 - Gestão da Qualidade e Ambiental
- ISO 22.000 - Segurança Alimentar
- OHSAS 18001 - Saúde e segurança ocupacional

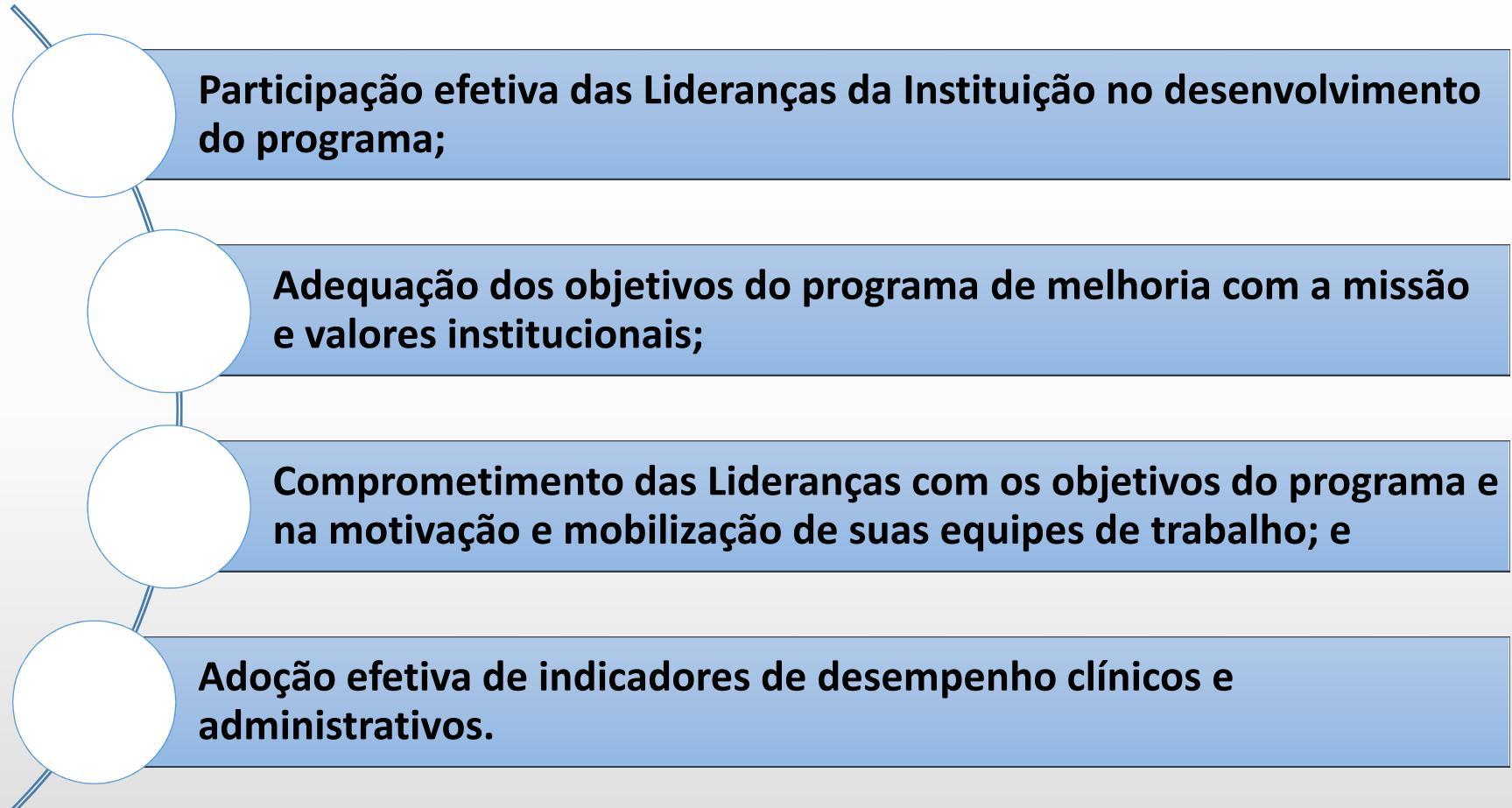
## Prêmios

- Selo CQH
- PNIGS - Prêmio Nacional da Gestão em Saúde
- PNO - Prêmio Nacional da Qualidade

## Tipos de certificação



# Fatores de Sucesso



# Diretrizes

Sensibilização Institucional

Leitura e Interpretação/Compreensão do Manual de Padrões

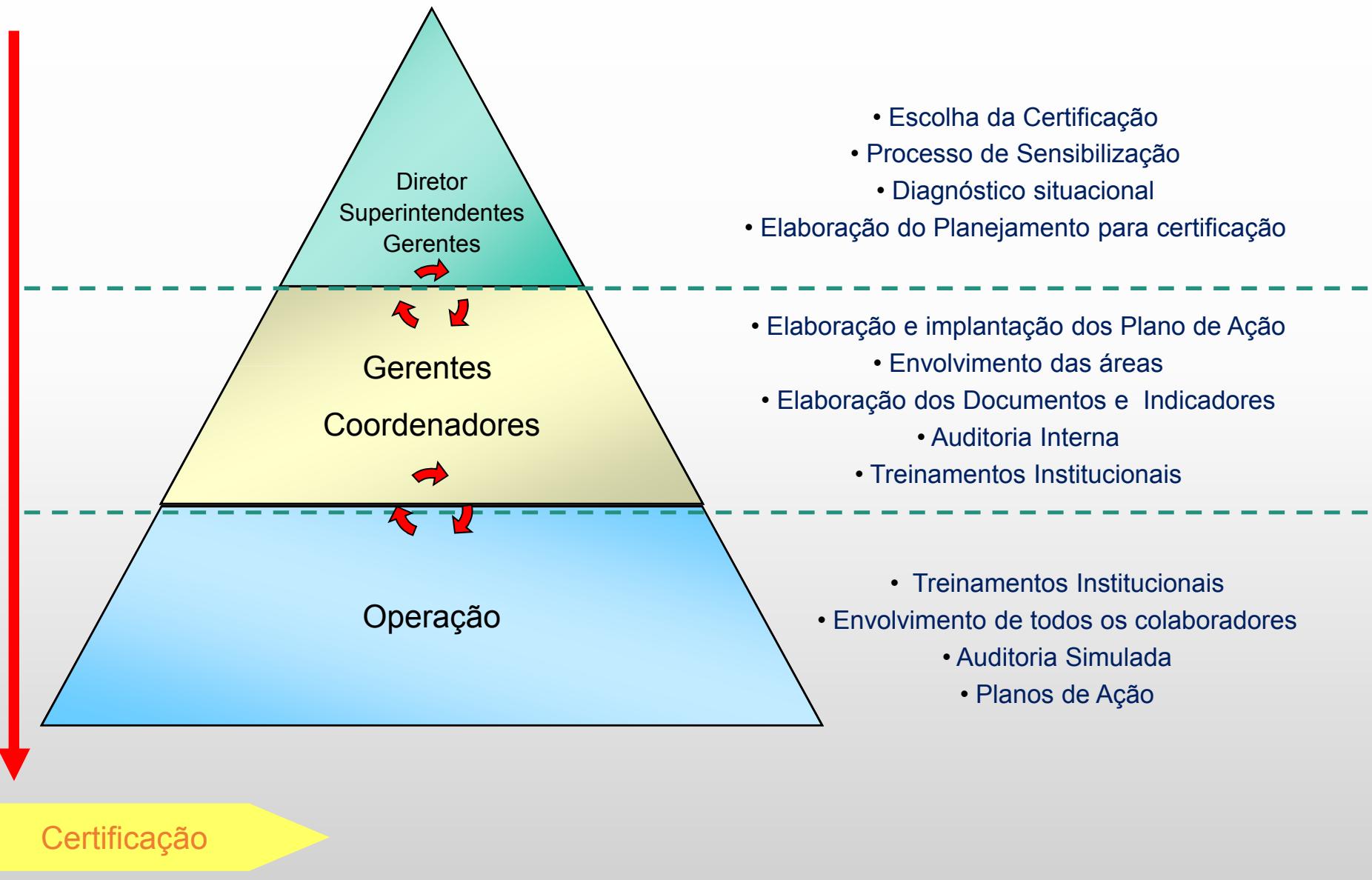
Construção do Grupo Facilitador/Times

Visita Diagnóstica

# Desafios

- **Elaboração e Implantação dos Planos e Políticas Institucionais**
- **Pesquisa Satisfação Cliente Interno / Cultura da Segurança**
- **Implantação plena do Consentimento Informado**
- **Implantação da Lista de Direitos e Deveres do Paciente**
- **Unificação, Adequação e Confidencialidade das Informações dos Prontuários**
- **Avaliação de Terceiros**
- **Padronização do Monitoramento dos Indicadores**
- **Envolvimento Corpo Clínico**
  - disseminação/sensibilização
  - avaliação de desempenho
  - registro no prontuário (completitude)

# Rumo à Certificação



# Fundamentos - ONA

## Fundamentos da Gestão em Saúde



VISÃO SISTÊMICA



LIDERANÇA



ORIENTAÇÃO POR  
PROCESSOS



DESENVOLVIMENTO  
DE PESSOAS



FOCO NO PACIENTE



FOCO NA  
SEGURANÇA



RESPONSABILIDADE  
SOCIOAMBIENTAL



CULTURA DA  
INOVAÇÃO



MELHORIA  
CONTÍNUA

# Fundamentos - ONA

## Princípios dos Níveis



# Fundamentos - ONA



## **Acreditado**

Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

**Válido por dois anos.**



## **Acreditado Pleno**

Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresentam um ambiente organizacional que ocorrendo de maneira fluida, eficiente e eficaz, promove a melhoria contínua.

**Válido por três anos.**

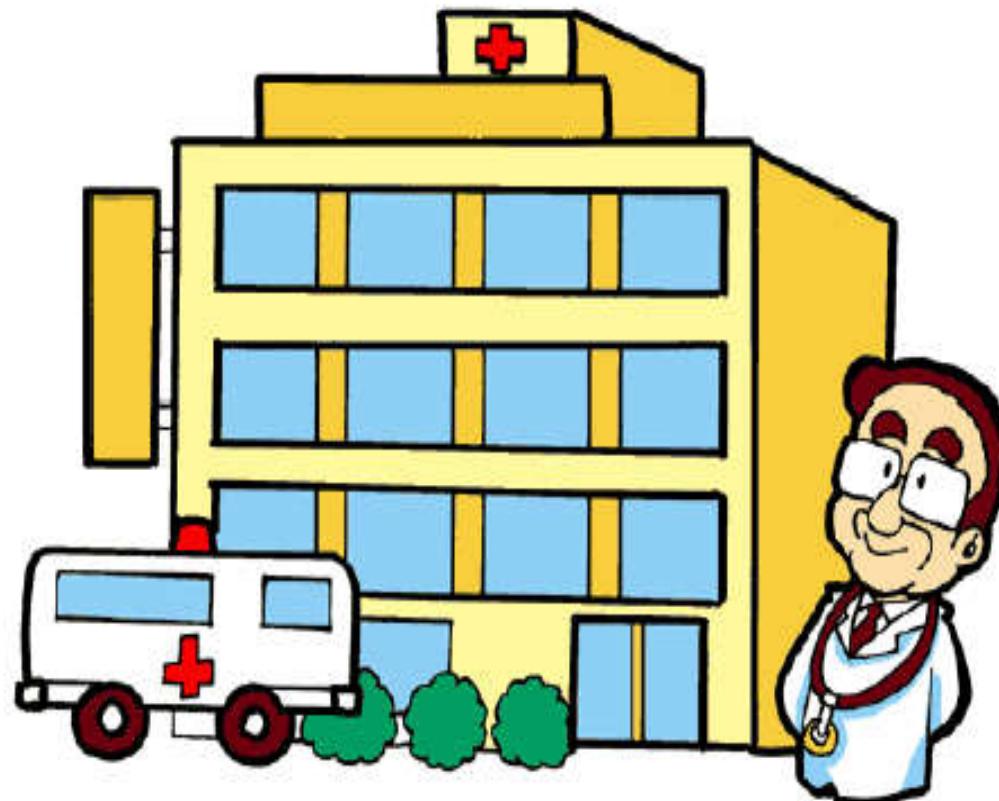


## **Acreditado com Excelência**

O princípio da excelência é o "continuum em gestão". Uma Organização ou Programa que atende ao nível 3 da excelência atende aos níveis 1 e 2, além de apresentar critérios adicionais de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

**Válido por três anos.**

# Fundamentos - ONA



Gestão e  
liderança

Atenção ao  
paciente  
/cliente

Diagnóstico e  
terapêutica

Apoio técnico

Abastecimento  
e apoio  
logístico

# Fundamentos - ONA

## Subseções do Manual



### MA 1 – GESTÃO E LIDERANÇA

MA 1/1 Liderança

MA 1/2 Gestão de Pessoas

MA 1/3 Gestão Administrativa

MA 1/4 Gestão de Suprimentos

MA 1/5 Gestão da Segurança Patrimonial

MA 1/6 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

# Fundamentos - ONA

## INTERAÇÃO

Processos voltados para a prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência com permanência na instituição ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização.

*Aplicação Obrigatória para as Organizações:* Hospitalares; de Pronto Atendimento; de Atenção Domiciliar.

*Aplicação Obrigatória Conforme Característica das Organizações:* de Ambulatório.

## Internação - NÍVEL 1

<b>Padrão</b>	Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente.	<b>Dimensões da Qualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitabilidade</li><li>• Equidade</li><li>• Integralidade</li></ul>
---------------	--	-------------------------------	---

### Requisitos do Padrão

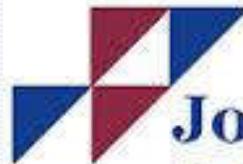
- Profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial.
- Profissionais dimensionados de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas.
- Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
- Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a metrologia legal e a calibração.
- Estabelece critérios e fluxo de atendimento aos pacientes críticos.



**The Joint Commission**



**Joint Commission  
Resources**



**Joint Commission  
International**

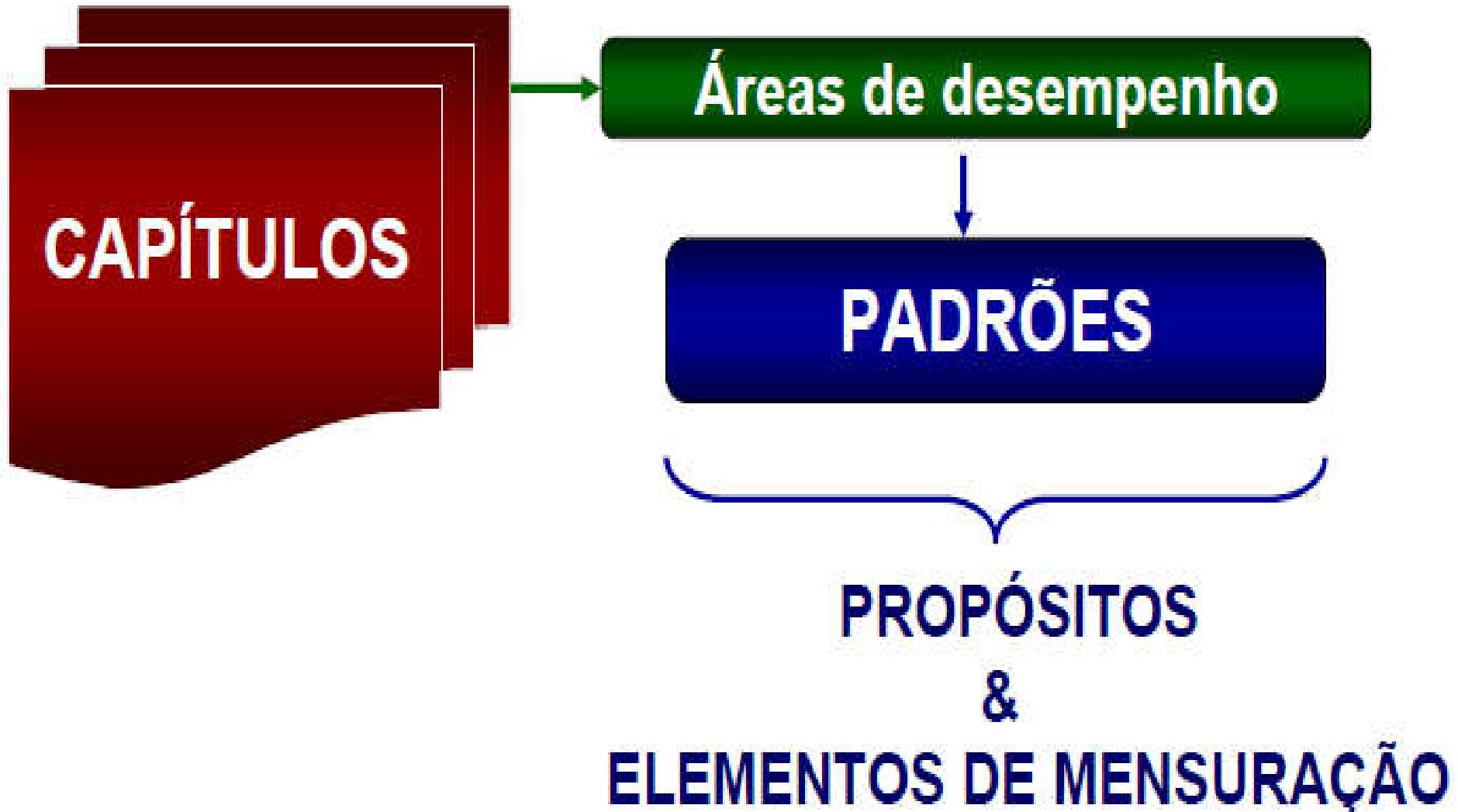
# Fundamentos – CBA/JCI



A [Joint Commission International](#) foi criada em 1999, como um desdobramento da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), para melhorar a qualidade da assistência à saúde internacionalmente. No Brasil a JCI está representada pelo [Consórcio Brasileiro de Acreditação](#).



# Fundamentos - JCI



# Fundamentos - JCI

## Seção I – Requerimentos para Participação na Acreditação

### Seção II – Padrões com Foco no Paciente

- Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG)
- Acesso ao Cuidado e Continuidade dos Cuidados (ACC)
- Direitos dos Paciente e Familiares (PFR)
- Avaliação de Pacientes (AOP)
- Cuidado de Pacientes (COP)
- Cuidados de Anestesia e Cirurgia (ASC)
- Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU)
- Educação de Paciente e Família (PFE)

### Seção III – Padrões com Foco na Administração

- Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS)
- Prevenção e Controle de Infecções (PCI)
- Governo, Liderança e Direção (GLD)
- Gerenciamento e Segurança das Instalações (FMS)
- Educação e Qualificação de Profissionais (SQE)
- Gerenciamento da Informação (MOI)

### Seção IV – Padrões para Centros Hospitalares Médicos Acadêmicos

- Educação Médica Profissional (MPE)
- Programas de Pesquisa com Seres Humanos (HRP)

# Fundamentos - JCI

## Metas, Padrões, Propósitos e Elementos de Mensuração

### ***IPSG 1: Identificar os Pacientes Corretamente***

#### **Padrão IPSG 1**

A instituição desenvolve uma abordagem para melhorar a precisão da identificação do paciente.

##### **Propósito de IPSG 1**

Os erros de identificação de pacientes podem ocorrer em praticamente todos os aspectos do diagnóstico e tratamento. Os pacientes podem estar sedados, desorientados ou não totalmente alertas; podem mudar de leitos, quartos ou setores dentro do hospital; podem ter deficiências sensoriais; ou podem estar sujeitos a outras situações que possam levar a erros de identificação. O propósito desta meta é duplo: em primeiro lugar, identificar de modo confiável o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento; em segundo lugar, assegurar o devido serviço ou tratamento àquele indivíduo.

Políticas e/ou procedimentos são desenvolvidos de forma colaborativa de modo a melhorar os processos de identificação, em particular os processos utilizados para se identificar um paciente ao administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados; coletar sangue ou outras amostras para exames clínicos; ou administrar quaisquer outros tratamentos ou procedimentos. As políticas e/ou procedimentos exigem ao menos duas formas de identificação do paciente, tais como seu nome, número de identificação, data de nascimento, uma pulseira com código de barras, ou outros tipos de identificação. O número do quarto ou a localização do paciente não podem ser utilizados para identificação. As políticas e/ou procedimentos indicam claramente o uso de duas formas diferentes de identificação em locais distintos da instituição, como no cuidado ambulatorial ou outros serviços de atendimento a pacientes externos, departamento de emergência ou no centro cirúrgico. A identificação de pacientes comatosos sem qualquer identificação também está incluída. Um processo colaborativo é utilizado no desenvolvimento das políticas e/ou procedimentos para assegurar que eles abranjam todas as situações possíveis de identificação.

##### **Elementos de Mensuração de IPSG 1**

- 1. Os pacientes são identificados através de dois identificadores, não incluindo o número do quarto ou localização do paciente.
- 2. Os pacientes são identificados antes de se administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados.
- 3. Os pacientes são identificados antes da coleta de sangue e de outras amostras para exame.  
(ver também AOP.5.6, EM2)
- 4. Os pacientes são identificados antes da administração de tratamentos e da realização de procedimentos.
- 5. Políticas e procedimentos apóiam de forma consistente a prática em todas as situações e locais.



*Qmentum*

*“Momento da Qualidade”*



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA  
INTERNATIONAL

*Driving Quality Health Services  
Force motrice de la qualité des services de santé*

# Fundamentos - QMENTUM

## Triple Aim

Melhorar a Qualidade e Segurança do Cuidado

Entender as necessidades da população atendida

Diminuir custos

# Fundamentos - QMENTUM

A organização e a gestão dos processos de trabalho, em especial do trabalho em Time, constituem um dos eixos centrais da reordenação do método de avaliação do Qmentum.

Diante dessa organização, a avaliação tem que responder aos seguintes objetivos:

- Compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a inter-relação dos seus elementos.
- Identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas.
- Perceber o funcionamento do processo de trabalho numa perspectiva dinâmica e reiterativa.
- Compreender a importância da avaliação constante no processo de trabalho.

# Fundamentos - QMENTUM

**Ouro:** Trata de estruturas e processos básicos ligados aos elementos fundamentais da segurança e da melhoria da qualidade.

**Platina:** mantém e desenvolve os elementos fundamentais da segurança e da melhoria da qualidade, e enfatiza os elementos práticos e a participação centrada no paciente.

**Diamante:** Concebe e implementa a melhoria da qualidade monitorando os desfechos, utilizando evidências e melhores práticas para aprimorar serviços, e fazendo benchmarking com instituições pares.

## ANS publica normas para reajustes de contratos entre operadoras e hospitais acreditados

A Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta segunda-feira (07) normas para reajustes a serem aplicados aos contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e hospitais. A base de cálculo definida é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ao qual será aplicado um **Fator de Qualidade**, estabelecido pela ANS para se chegar ao percentual de reajuste. Definidas pela [Lei 13.003](#), em dezembro de 2014, as regras valem somente para a falha na negociação entre as empresas (pessoas jurídicas). E apenas quando não houver um índice previsto no contrato ou acordo entre as partes na livre negociação de reajustes.



**15**  
anos

*A agência reguladora de  
planos de saúde do Brasil*

"A lei 13003 trouxe para a ANS a obrigação de estabelecer um índice de reajuste para prestadores, caso a negociação não seja efetiva. O que queremos agora é incluir a questão da qualidade dos serviços na formação da rede de atendimento ao consumidor e estimular o debate sobre sua importância, ainda tão pouco debatida no nosso país", afirma a diretora de Desenvolvimento Setorial, Martha Oliveira.

Para os hospitais, as normas já valem a partir de 2016. Para este tipo de estabelecimento de saúde, o Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos da seguinte forma: **105% do IPCA para os estabelecimentos acreditados**, ou seja, com certificação de qualidade; 100% para hospitais não acreditados, mas que participem e cumpram critérios estabelecidos nos projetos da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), como o Projeto Parto Adequado, em prol do parto normal na saúde suplementar e outros indicadores de qualidade; e de 85% para unidades que não atenderem nenhum desses critérios.

# Gestão de risco e análise de eventos

## 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.**

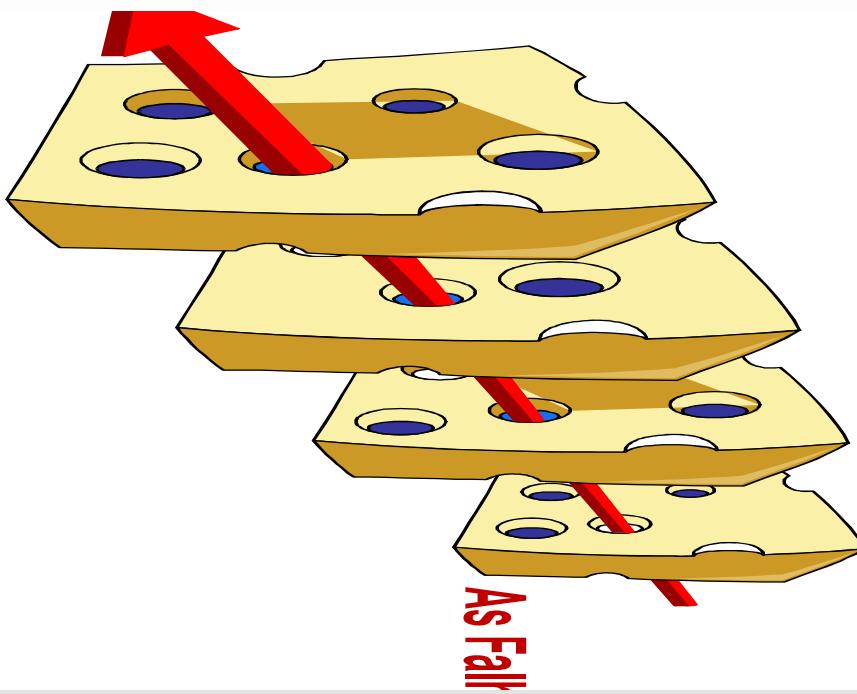
## Quanto é este mínimo aceitável?

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/>

# Incidentes – fatores sistêmicos

## Incidente - Fatores sistêmicos



de James Reason, 2000

HO  
Sino

## **A ocorrência de eventos adversos tem impacto/impacte 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 sentinelâ
- 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)



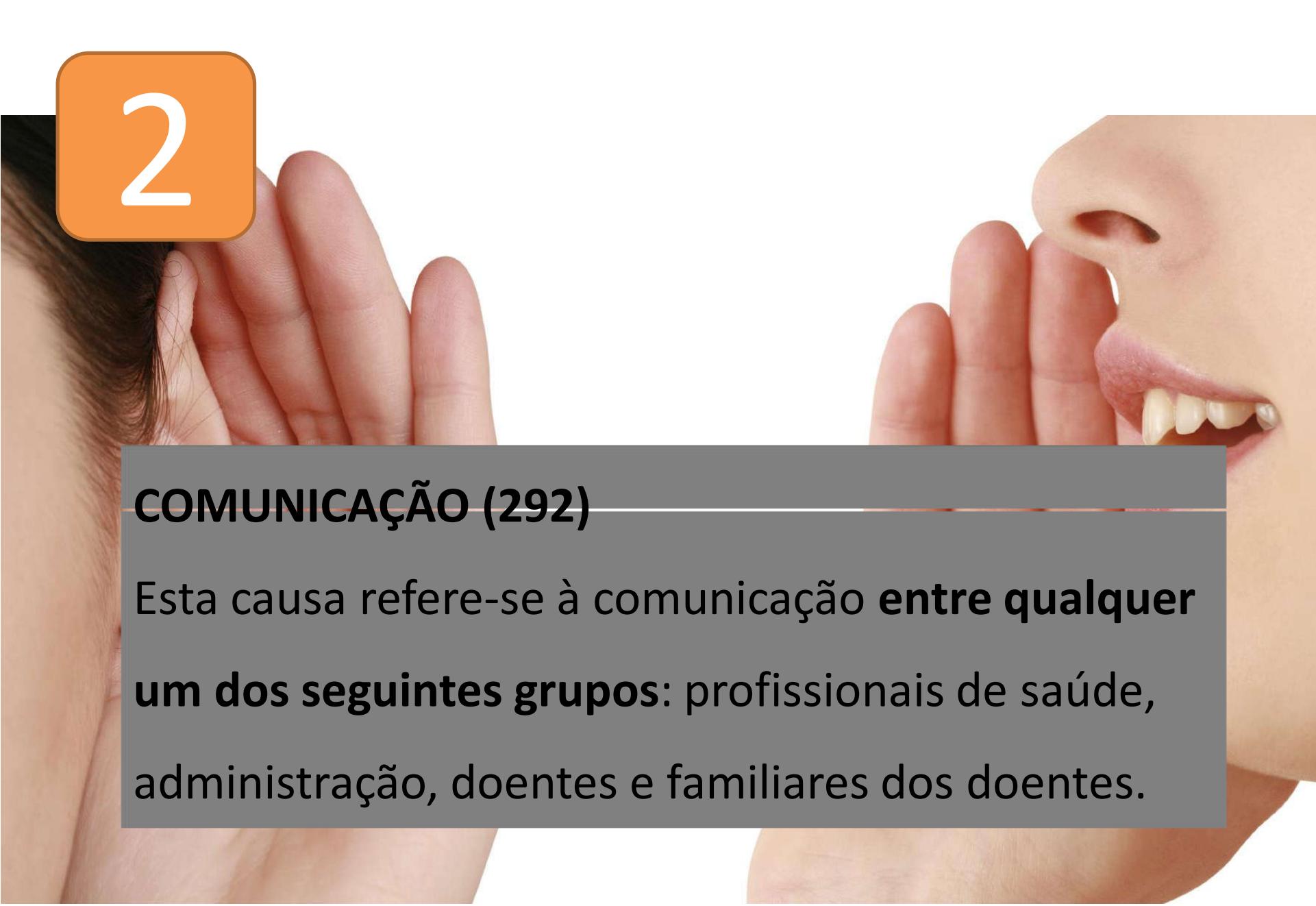
# As 10 Principais Causas dos Eventos Sentinelas

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**

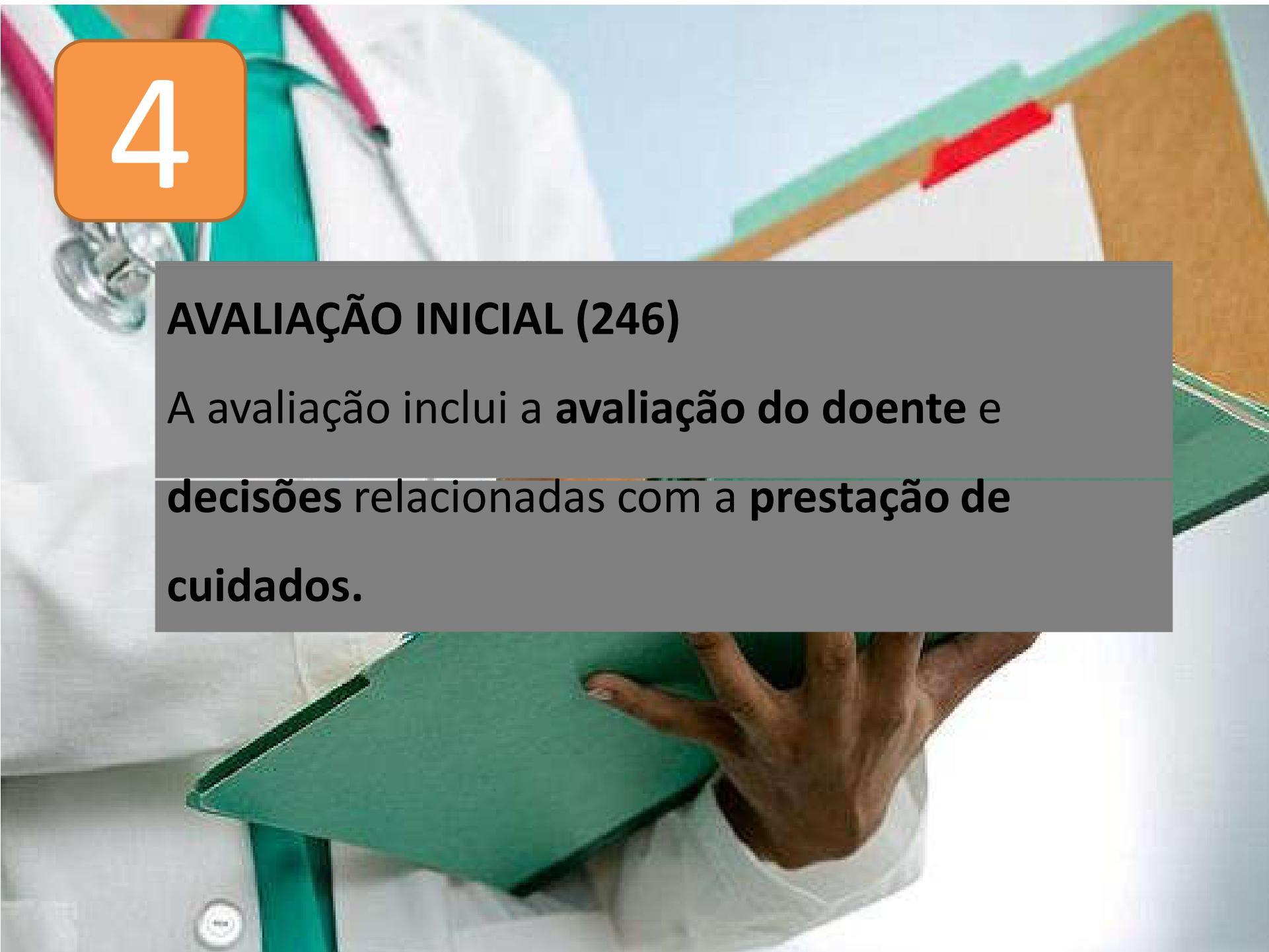
são incluídos nesta categoria.



# 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)**

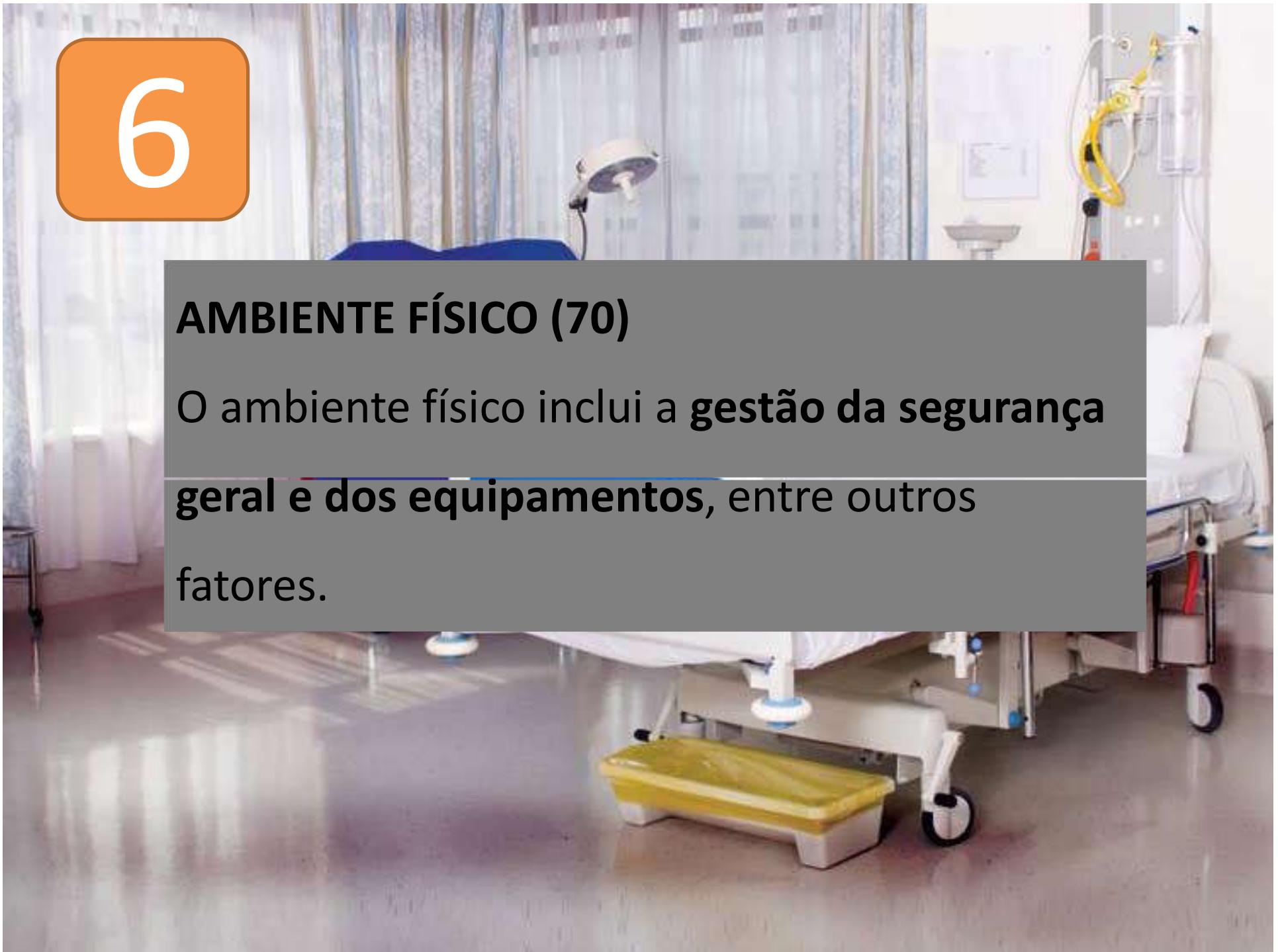
A gestão da informação inclui **definições de dados, segurança e disponibilidade** dos registros clínicos.

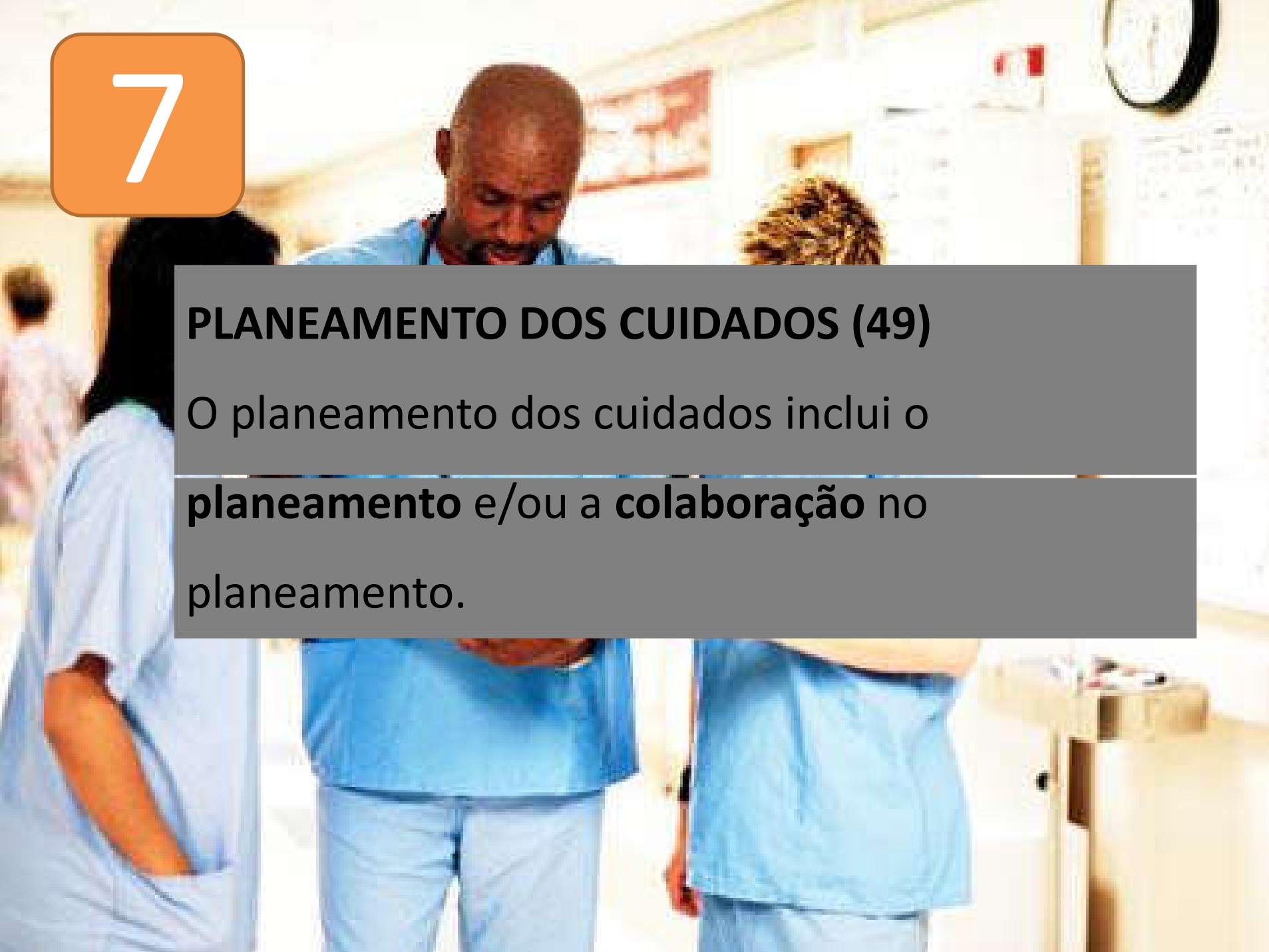


# 6

## AMBIENTE FÍSICO (70)

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





7

## PLANEAMENTO DOS CUIDADOS (49)

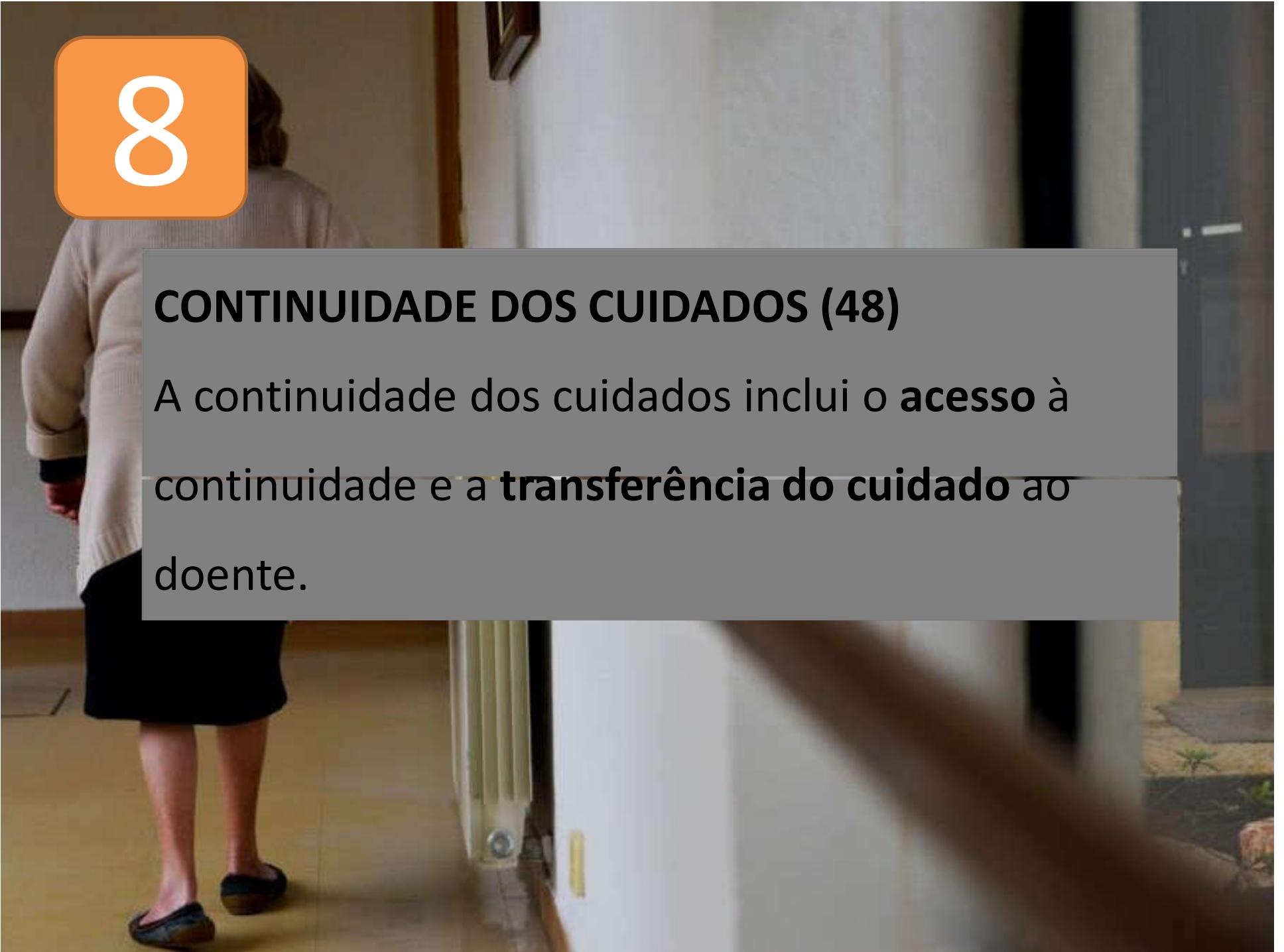
O planeamento dos cuidados inclui o

**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.

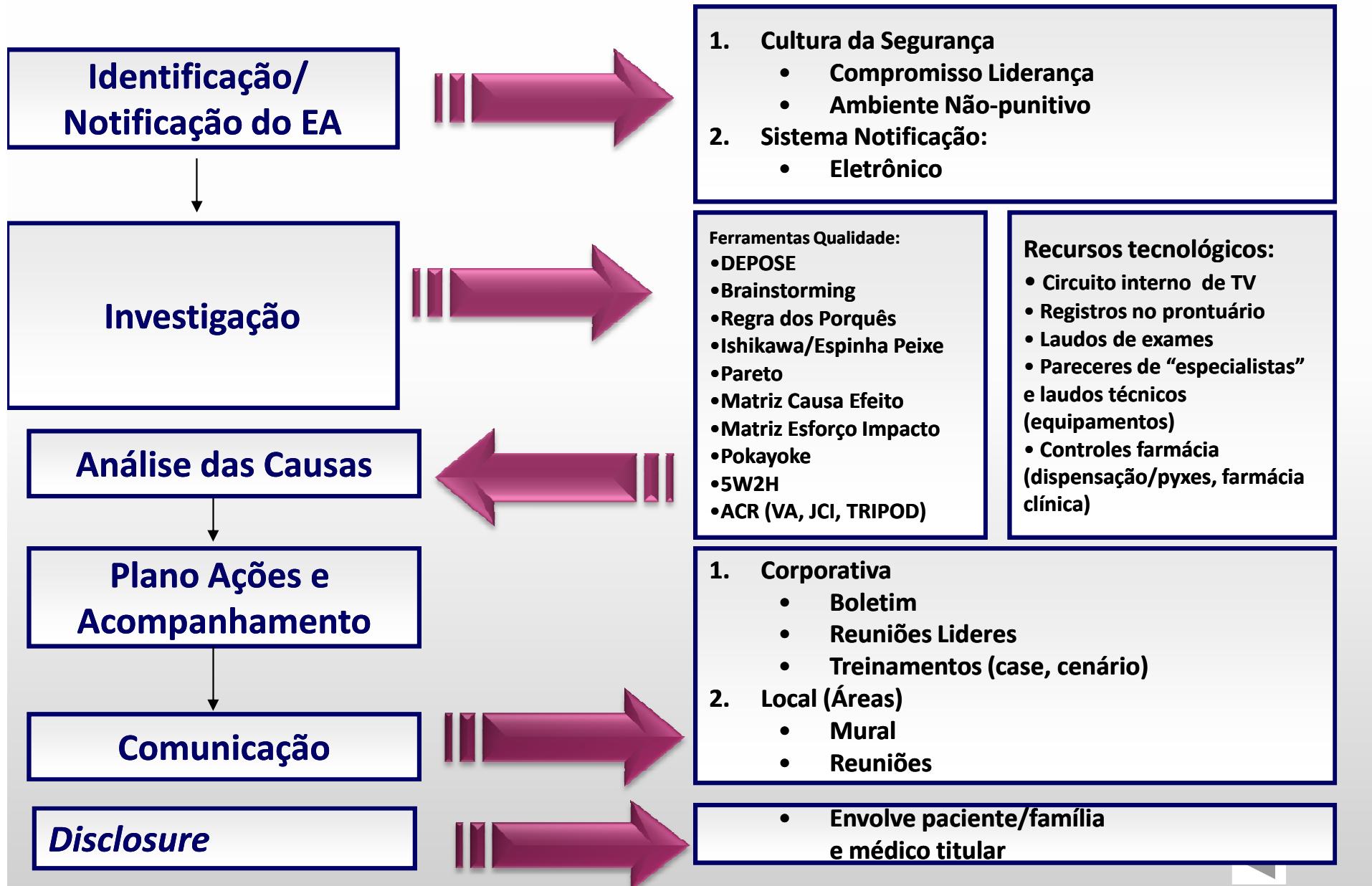
# 10

## PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (45)

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

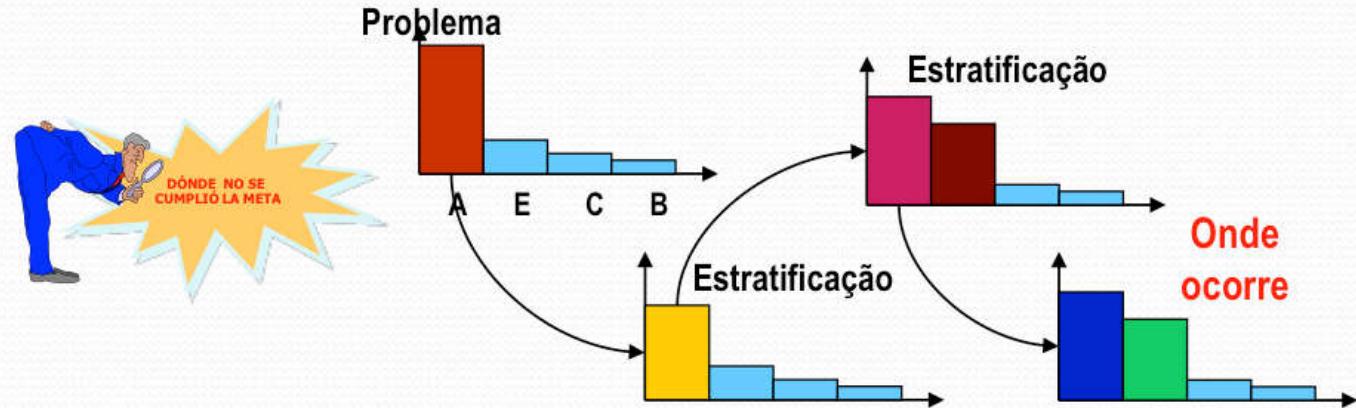


# EVENTOS ADVERSOS – PANORAMA GERAL



# PDCA - EVENTOS

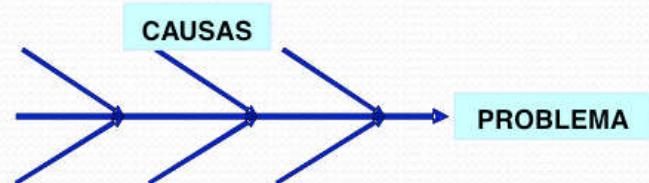
## ESTRATIFICAR O DESVIO Onde ocorre



## ANÁLISE DAS CAUSAS Por que Ocorre

POR QUÉ ??????????????  
POR QUÉ ??????????????  
POR QUÉ ??????????????  
POR QUÉ ??????????????  
POR QUÉ ??????????????

CAUSA FUNDAMENTAL



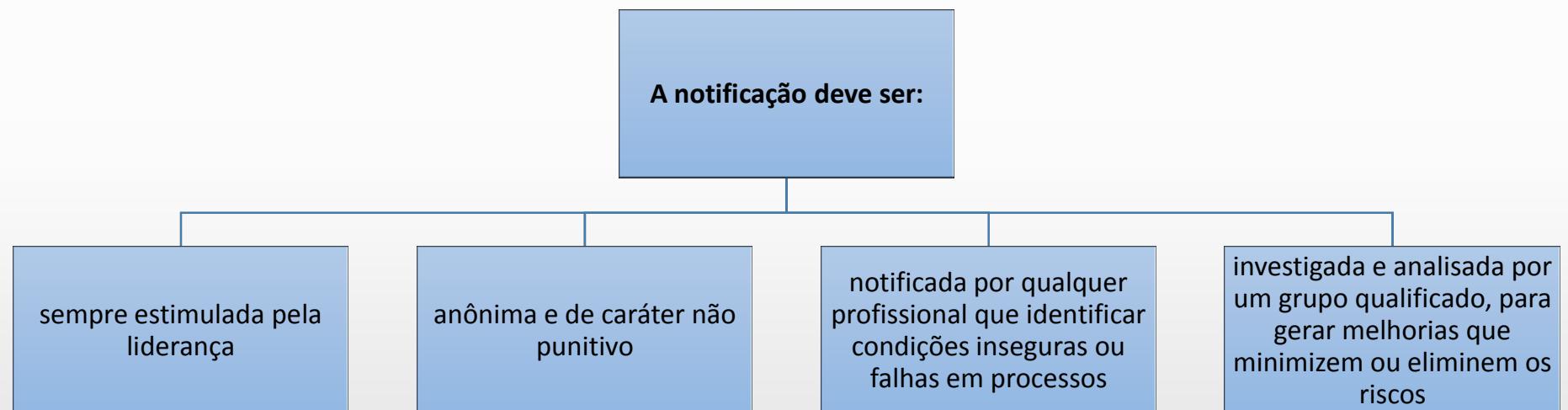
## PLANO DE AÇÃO

Donde	Causa	Acción	Responsable	Plazo	Impacto \$
Desviación total: \$1,808 millones (Precio, subsidio y flete carbón) millones. Equivalente a 1% también se presenta aumento en costo \$38,623 Ton. (papel 0%) por transporte en consumo social a causa	93% del incremento se debe a carbón	<a href="#">Ver recomendación para plan de acción</a>	J. F. Arias O. Holguin R. Márquez	Diciembre 31 / 04	\$1,308 millones

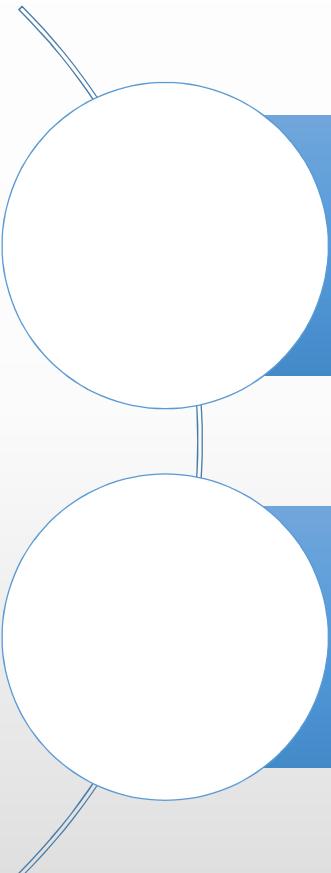
ok? →

## PADRONIZAÇÃO Para que não volte a ocorrer

# PRINCÍPIOS DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



# POR QUE INVESTIGAR?

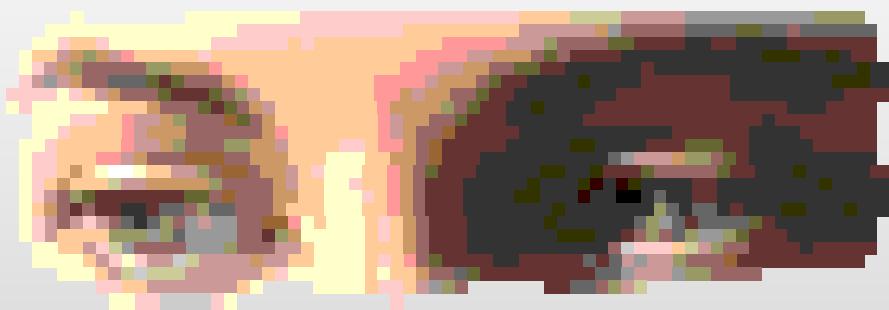


Não causamos ou sofremos acidentes por uma causa única!

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.”

Dispensar tempo para se obter uma “rica” investigação.

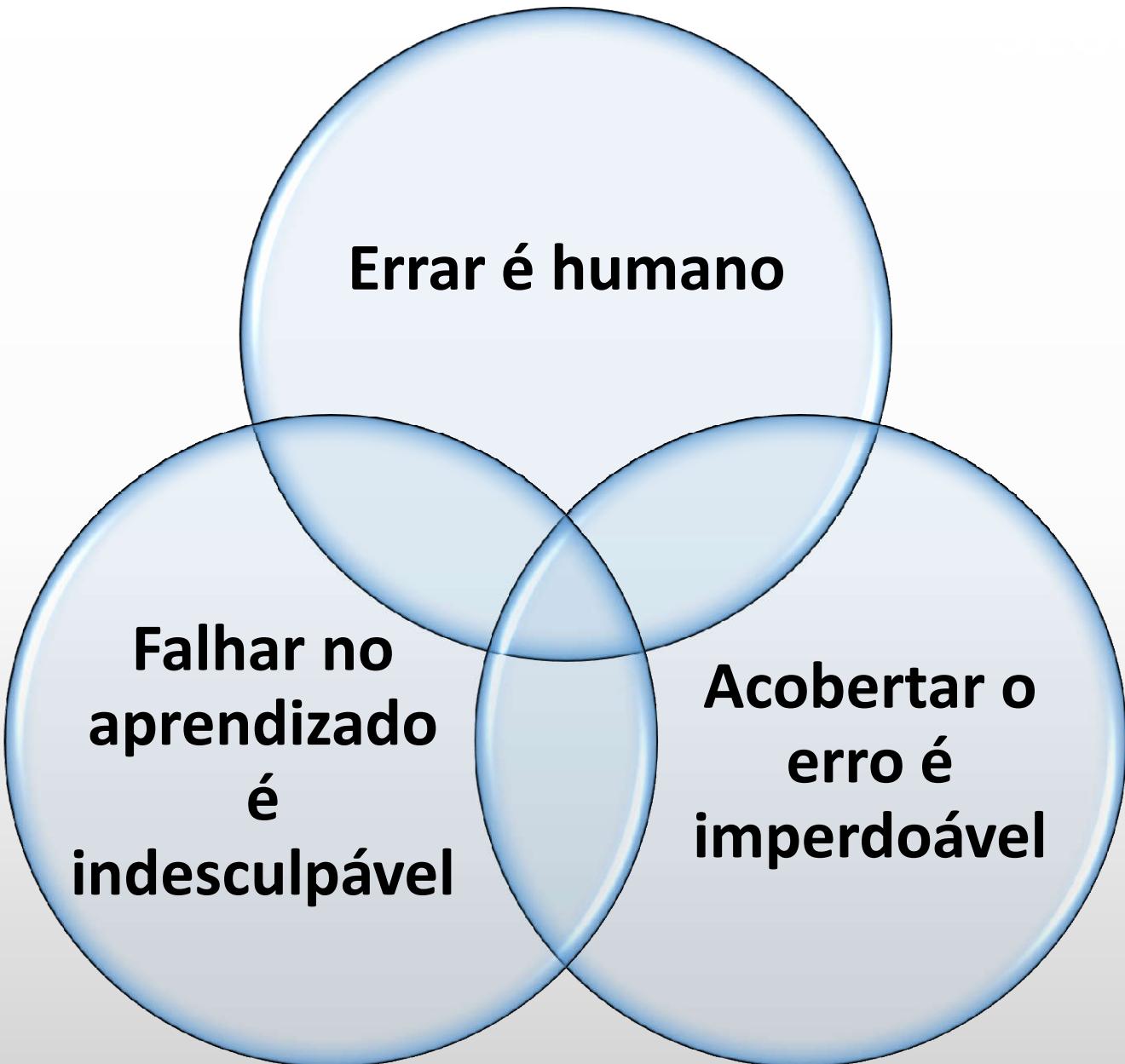
Identificar os “especialistas” que auxiliarão nas respostas ao evento, principalmente os que dominem o assunto.

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”.





**Errar é humano**

**Falhar no  
aprendizado  
é  
indesculpável**

**Acobertar o  
erro é  
imperdoável**

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.



# caso

- Paciente/doente em pós-operatório
- Alérgico à penicilina
- Prescrito o antibiótico ticarcilina
- Quando administrado o medicamento, o paciente/doente teve uma reação anafilática seguida de parada cardíaca

Ticarcilina - contra-indicado para pacientes com história de reações de hipersensibilidade a antibióticos  $\beta$ lactâmicos (ex: penicilinas e cefalosporinas)

Médico prescreveu uma medicação à qual o paciente/doente é alérgico

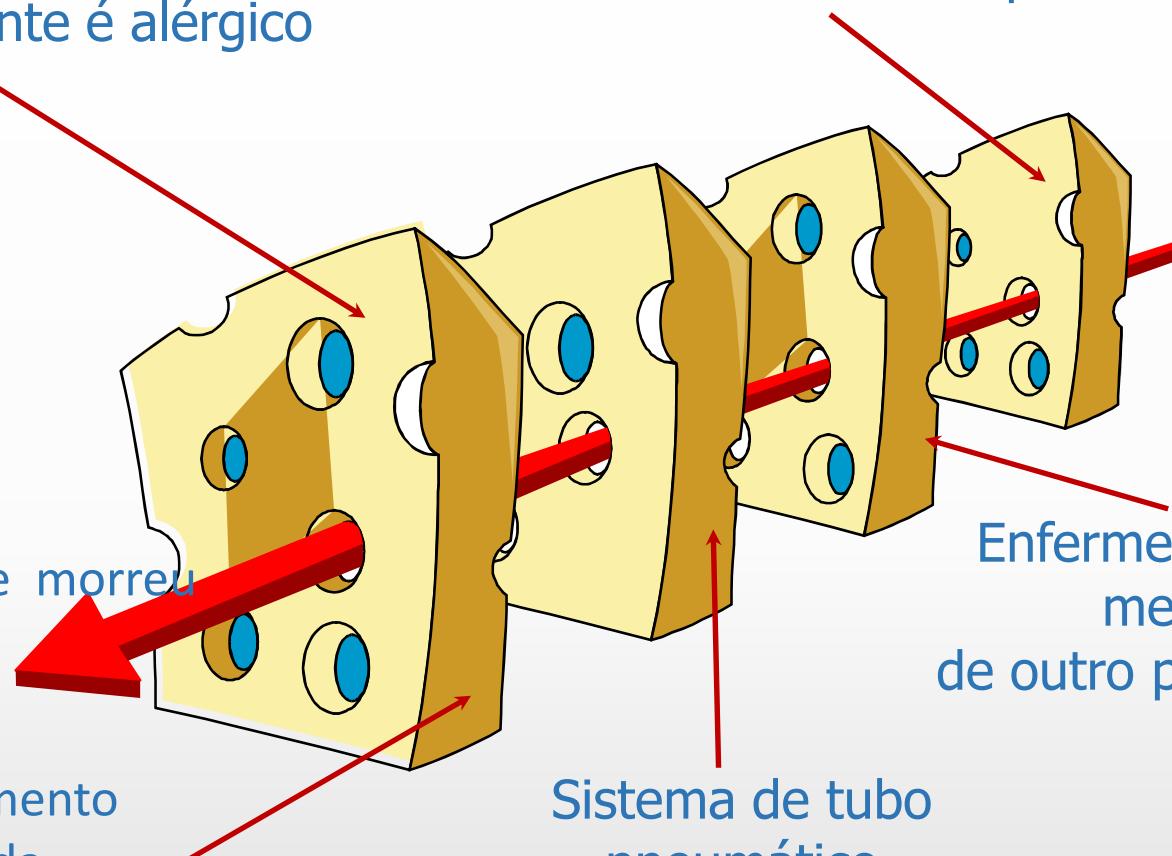
Aparelho de fax para solicitar medicação estava quebrado

Paciente/doente morreu

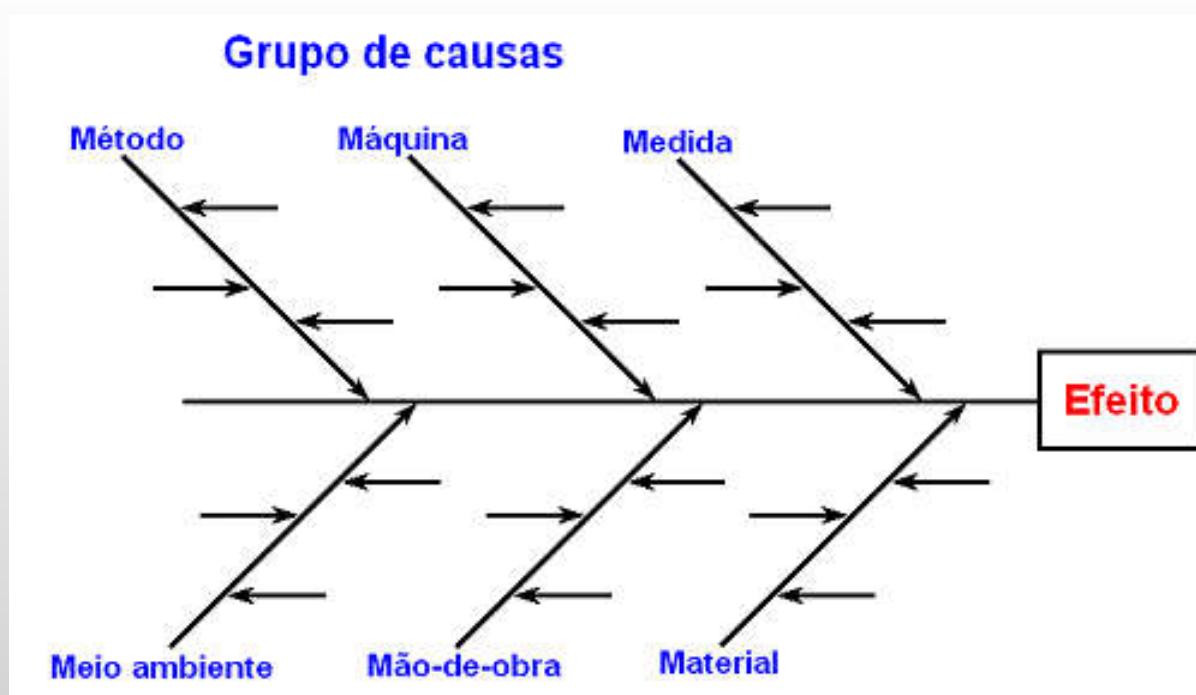
Dimensionamento inadequado da enfermagem na UTI

Sistema de tubo pneumático estava quebrado

Enfermeira utilizou a medicação de outro paciente/doente



No diagrama de causa e efeito as causas podem ser agrupadas em diferentes categorias, tais como, pessoas, ambiente, equipamentos, e outros. Ou da forma como cada instituição determinar.



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

