



III Seminário da Qualidade e Segurança dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

CULTURA DA SEGURANÇA: DESENVOLVENDO NOVOS VALORES E ATITUDES NO CUIDADO AO PACIENTE

“O redesenho dos sistemas de cuidado para a segurança do paciente: a importância da abordagem sistêmica nas instituições”.

**Victor Grabois – Proqualis/Icict/Fiocruz
Dia 11 de novembro de 2014**



Ministério da
Saúde





Características do Sistema de Saúde que predisõem a ocorrência de falhas

- Ambientes incertos e dinâmicos
- Várias fontes de informação
- Mudanças, imprecisões e objetivos que se confundem
- Necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam rapidamente
- Dependência de indicadores indiretos
- Problemas podem ser imprecisos

Harada e Pedreira (2013)



Características do Sistema de Saúde que predisõem a ocorrência de falhas

- Ações tem consequências imediatas e múltiplas
- Momentos de intenso estresse permeados por longos períodos de atividade rotineira e repetitiva
- Tecnologia sofisticada com muitas redundâncias
- Interface entre operador e equipamentos complexa e as vezes muita confusa
- Alto risco
- Múltiplos indivíduos com diferentes prioridades
- Um ambiente de trabalho altamente diferenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional

Harada e Pedreira (2013)



A Teoria de Reason e os Cuidados de Saúde

Os cuidados de saúde são diferentes de outras indústrias de alto risco:

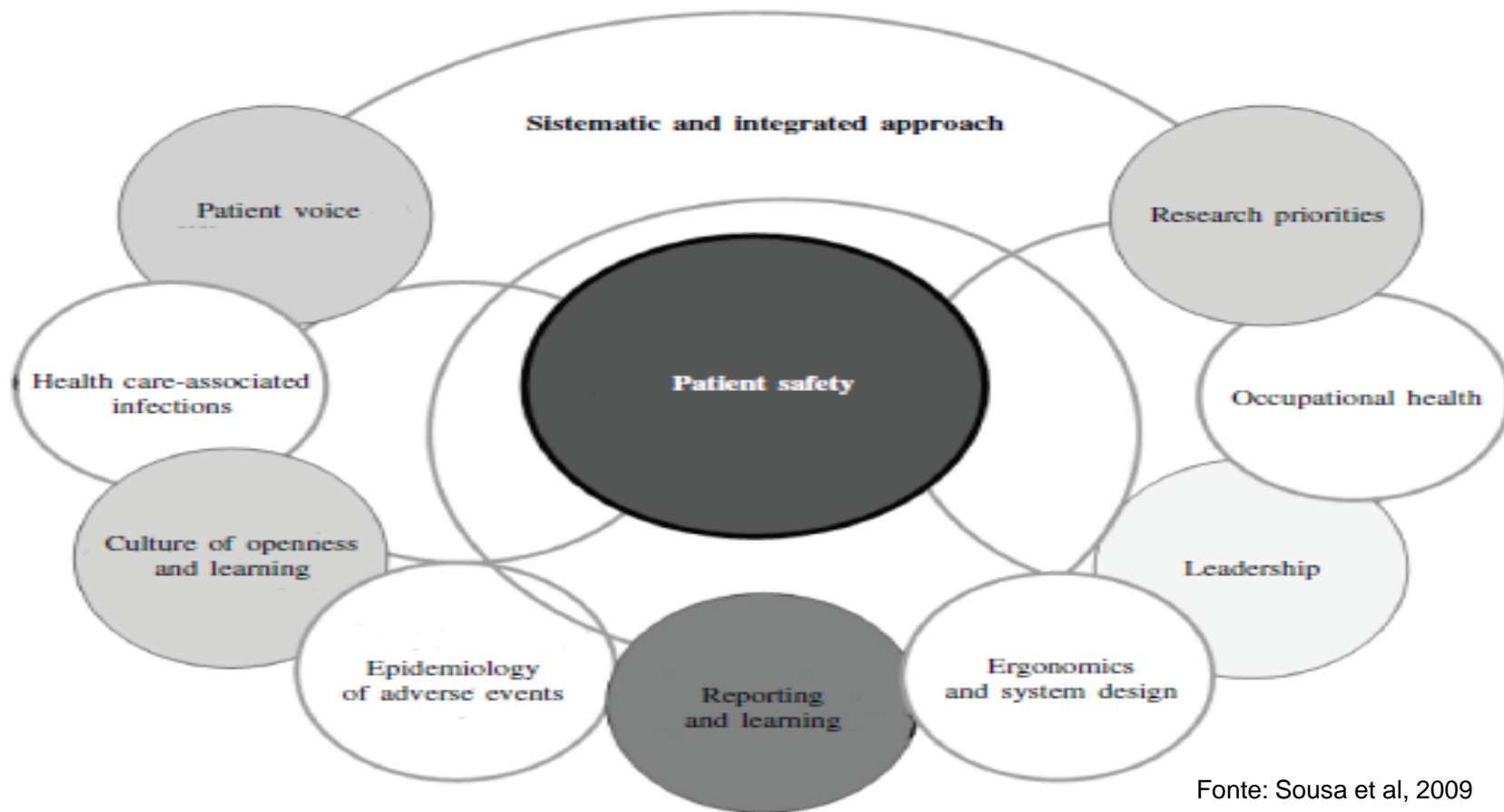
- ❖ Há uma escassez de relatórios profundos de acidentes na área da saúde
Tem um número de propriedades que o tornam significativamente diferente de outras organizações:
- ❖ Diversidade enorme de suas operações e equipamentos
- ❖ Frequência de emergências
- ❖ Grau de incerteza
- ❖ Vulnerabilidade dos doentes

A sua forma de produto é entregue ' 1-1 ' ou no máximo, um ' poucos a alguns " . No entanto, acidentes organizacionais ocorrem nos ambientes de cuidado de saúde. O modelo de sistemas de falibilidade foi endossado por um número de relatórios de alto nível sobre segurança do paciente. Mas precisamos desenvolver " a sabedoria da linha de frente " (Reason, 2004)



III Seminário da Qualidade e Segurança dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Figure 1
Systemic and integrated approach to patient safety



Fonte: Sousa et al, 2009



A Abordagem Sistêmica na Segurança do Paciente

A Medicina tem tradicionalmente tratado os problemas de qualidade e os erros como falhas por parte dos prestadores individuais, talvez refletindo seus níveis de conhecimento ou habilidades inadequadas. A abordagem sistêmica, pelo contrário, considera que a maioria dos erros refletem **falhas humanas previsíveis no contexto dos sistemas mal desenhados** (por exemplo, lapsos e deslizes esperados na vigilância humana em face de longas horas de trabalho ou erros previsíveis por parte de pessoal relativamente inexperiente enfrentando situações cognitivamente complexas).

Fonte: Tradução livre –AHRQ 2104.

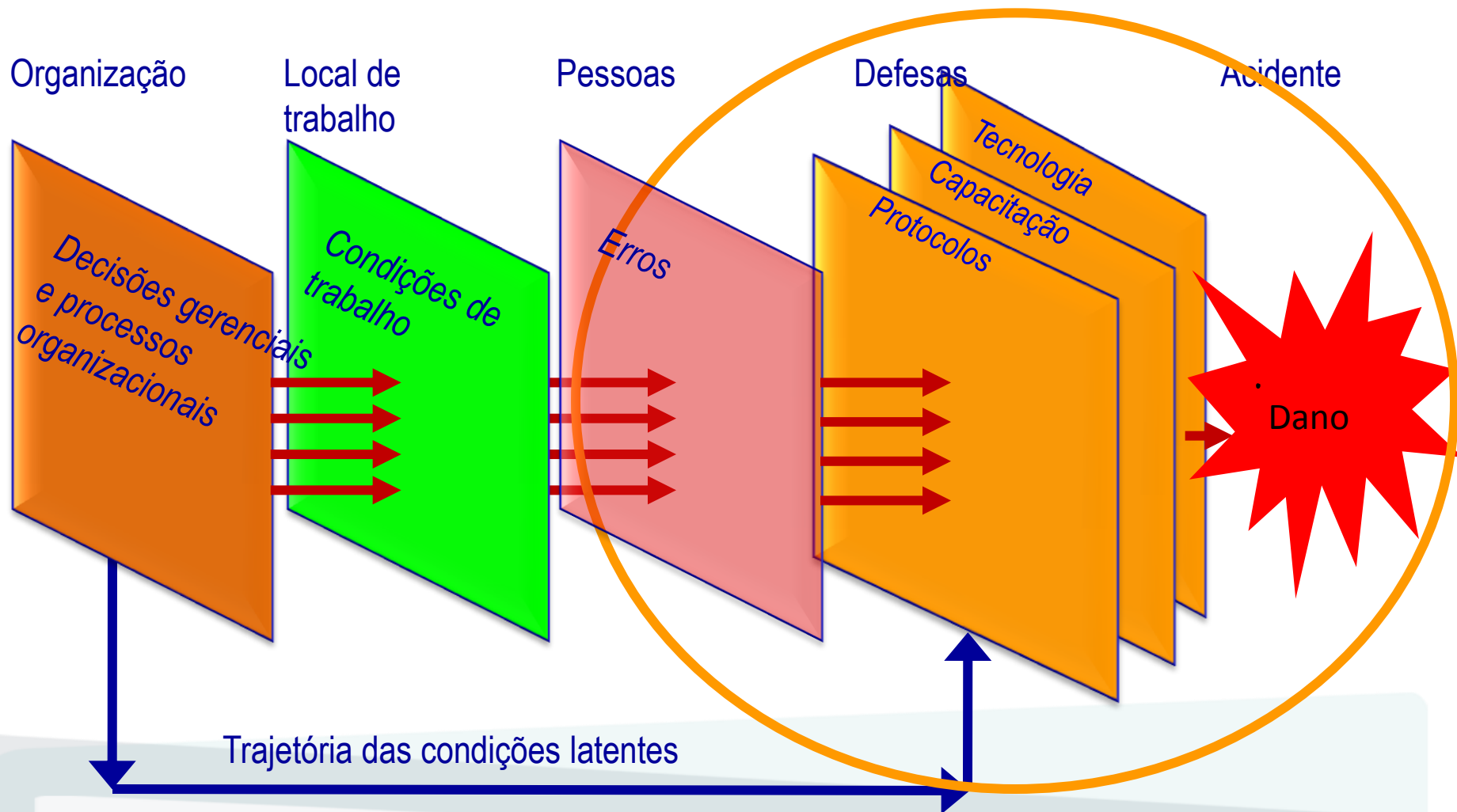


A Abordagem Sistêmica na Segurança do Paciente

Ao invés de focar os esforços de correção em repreender os indivíduos ou em capacitações “curativas”, **a abordagem de sistemas procura identificar situações ou fatores susceptíveis a dar origem a erros humanos, e implementar sistemas de mudanças que irão reduzir a sua ocorrência ou minimizar seu impacto sobre os pacientes.** Este ponto de vista sustenta que os esforços para capturar erros humanos antes que eles ocorram ou bloqueá-los de causar danos acabará por ser mais proveitoso do que aqueles que buscam criar de alguma forma provedores impecáveis.

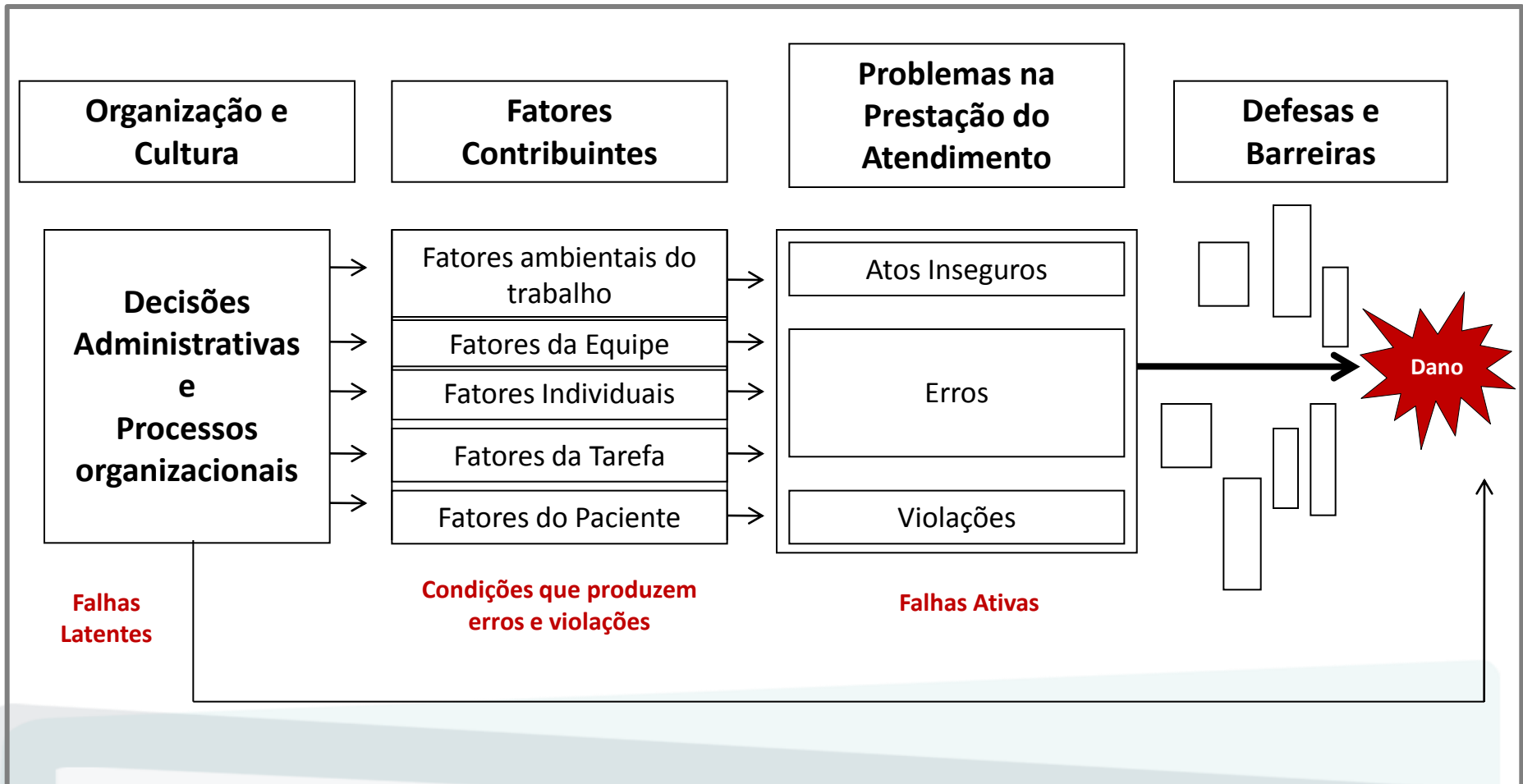
Fonte: Tradução livre – AHRQ 2104.

HOJE !! Pensamento sobre Segurança





Nova Visão





Fatores contribuintes (Vincent, 2010)

- Fatores do paciente
- Fatores tecnológicos e da tarefa
- Fatores individuais (profissionais)
- Fatores da equipe

“Sharp-end”
 (“Ponta afiada ou cortante”)

- Fatores do ambiente de trabalho
- Fatores organizacionais e administrativos
- Fatores do contexto institucional

“Blunt-end”



Estratégias para a concepção de sistemas de cuidados seguros

O desenho de sistemas de cuidados pode torná-los mais seguros por atender a três objetivos:

- ❖ conceber o sistema para evitar erros;
- ❖ elaborar procedimentos para tornar os erros visíveis quando eles ocorrem de modo que eles possam ser interceptados;
- ❖ elaborar procedimentos para a mitigação dos efeitos relacionados aos erros, quando esses não são detectados e interceptados .

Fonte: (Nolan, 2000)



Seis estratégias “à prova de erro” (em ordem de efetividade)

Mais forte



1. Eliminar – eliminar a tarefa ou parte
2. Substituir – usar um processo mais confiável
3. Prevenir – dispositivo que dificulta a ocorrência de falhas
4. Facilitar – torna o trabalho mais fácil de ser realizado corretamente
5. Detectar – torna as falhas mais visíveis
6. Mitigar – minimiza os efeitos dos erros

Mais fraco



Conceber o sistema de cuidados para evitar os erros

- Atuar nas causas proximais (“sharp-end”) dos erros e dos eventos adversos é fundamental no desenho dos processos para evitar sua ocorrência.
- No entanto, os fatores menos óbvios e mais dependentes da liderança (blunt-end) também precisam ser atacados, pois influenciam as causas proximais dos erros e dos eventos adversos.
- **Exemplos:** instrumentos para detecção precoce da deterioração clínica; protocolos com algoritmos, lembretes; medidas restritivas que impedem o erro (impossibilidade de conexão de cateteres); retirada de estoques das medicações de alto risco nos ambientes de cuidado; padronizações; identificação diferenciada (cores) de medicações com o mesmo aspecto ou com o mesmo som; prescrições computadorizadas, etc.



Tornar os erros visíveis

Se os erros não podem ser reduzidos a zero



ERRAR É HUMANO

Podemos reduzir a zero as instâncias em que um erro prejudica um paciente
(Um sistema seguro tem procedimentos e atributos que tornam os erros visíveis para aqueles que trabalham no sistema, de modo que eles podem ser corrigidos antes de causar danos)

Exemplos: dupla checagem da medicação antes de sua administração; revisão da prescrição médica pelo farmacêutico; pacientes instruídos a fazer perguntas sobre as medicações a serem administradas se tiver dúvidas; checklists, etc.



Mitigando os efeitos dos erros

- ❖ Nem todos os erros serão interceptados antes de chegar ao paciente
- ❖ Quando existirem, antídotos para medicamentos de alto risco devem estar disponíveis.



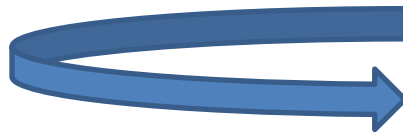
Táticas para reduzir erros e eventos adversos

- ❖ Reduzir a complexidade
- ❖ Otimizar o processo de informação
- ❖ Automatizar de forma sábia
- ❖ Usar medidas restritivas
- ❖ Mitigar efeitos colaterais de mudanças realizadas



As Pessoas Criam a Segurança

- É possível se antecipar aos riscos?
- É possível desenvolver maior atenção e consciência dos riscos e perigos?



**Gerenciamento
da Previsão de
Riscos**

- Qual o papel da experiência, da sabedoria, da flexibilidade e da capacidade de adaptação?
- Qual o potencial do trabalho em equipe?



III Seminário da Qualidade e Segurança
dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Gerenciar através da Previsão



Três Tópicos no Gerenciamento através da Previsão

- **O que aconteceu nas últimas 24 horas, que nós necessitamos saber?**
- **O que está previsto para as próximas 24 horas?**
- **Problemas que necessitam ser resolvidos/em que paciente (s) deve-se focar?**

Fonte: JHU (2012) e
Cincinnati Children's (2013)



- Briefings/Debriefings
- Checklists
- Achatar a Hierarquia
- Padronizar a comunicação
- Huddle (pequena conferência)
- Consciência situacional



“Briefing”

- Uma discussão entre duas ou mais pessoas, em geral uma equipe, utilizando informação concisa pertinente a um evento.
- Define o plano para o dia
- Identifica papéis e responsabilidades para cada membro da equipe
- Aumenta a consciência sobre recursos que podem tornar-se necessários
- Permite à equipe planejar-se para o inesperado
- Permite que expectativas e necessidades no âmbito da equipe se articulem

Fonte: JHU, 2012



Quando realizar briefings?

- No início do dia – “Briefing da manhã”
- Antes da realização de qualquer procedimento em qualquer ambiente de cuidado
- Situacional – mudança no status do paciente resulta em um desvio no plano de cuidado
- Mudança de plantão



Cincinnati Children's Version

**Daily Operations
Brief**

8:35 AM

**Department
Huddles**

8:00AM

**Unit-Clinic-Team
Huddles**

6:30-7:45AM



Briefing Diários de Operações – Quem participa?

Saúde e Segurança
do Trabalho
Internação e UTIs
Cirurgia
Emergência
Ambulatório
Psiquiatria
Home Care
Farmácia
Fisioterapia

Radiologia
Relações com a Clientela
Laboratório
CCIH
Logística
Sistemas de Informação
Engenharia Hospitalar
Outros

Fonte: Cincinnati Children's



III Seminário da Qualidade e Segurança
dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Mini-conferências nos serviços de internação





Consciência situacional

- Membros da equipe têm uma compreensão do que “está acontecendo agora” e o que é provável que “aconteça proximamente”
- As equipes estão alertas para desenvolver situações, sensíveis a pistas/alertas e cientes de suas implicações (papéis e responsabilidades)



Consciência Situacional



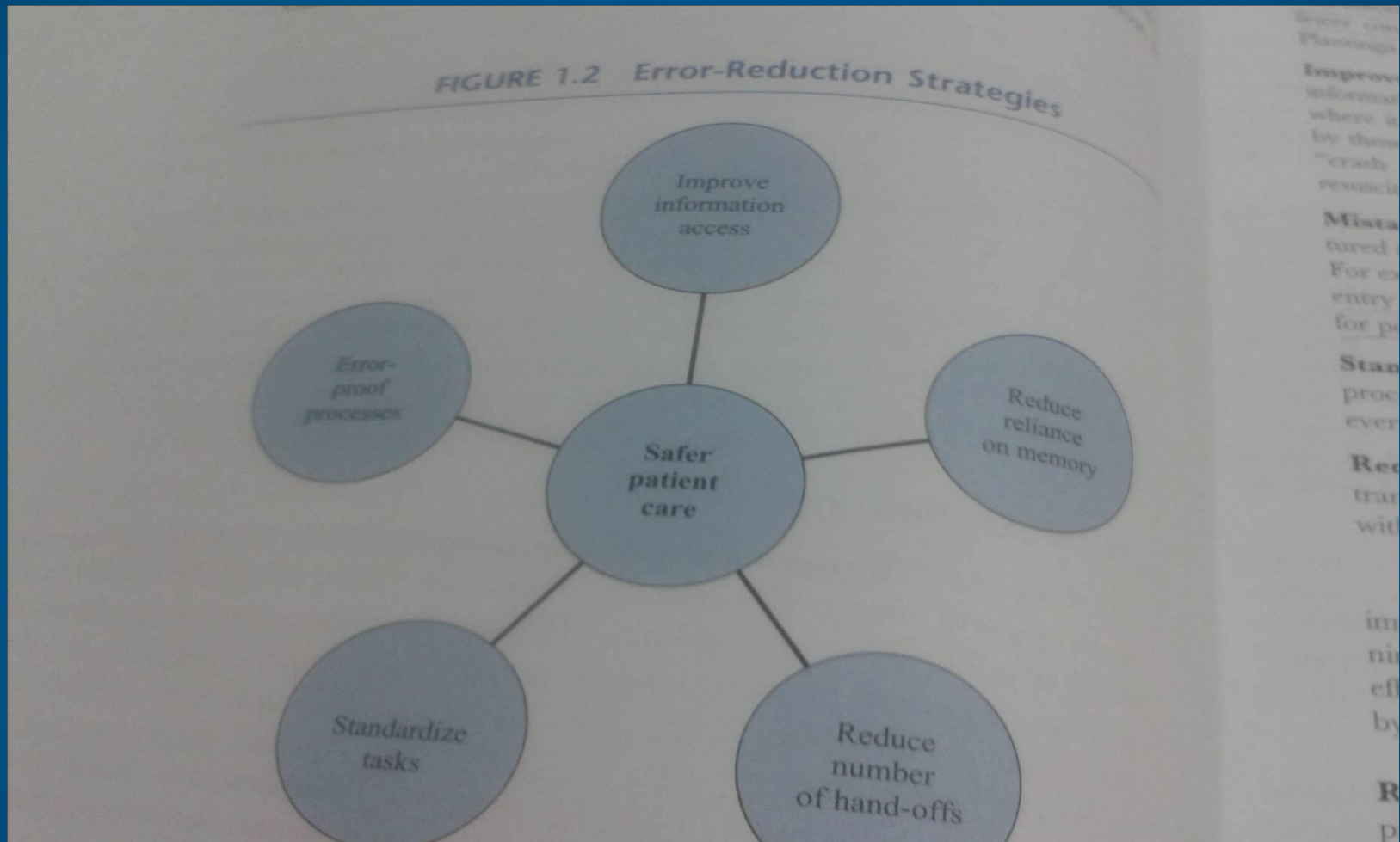


Trabalho em equipe

- Padronização da comunicação: exemplo SBAR (**Situation-Background-Assessment-Recommendation**)
- Treinamento da equipe: cognição, processos comportamentais, afetos e resultados do desempenho (KSAs)
- Estabelecimento de metas diárias
- Desempenho da liderança/coaching
- Gerenciamento de conflitos
- Aprender com o que “dá errado”
- TeamSTEPPS
- CUSP: Comprehensive Unit Based Safety Program

Fonte: JHU, 2013

Protocolos podem apoiar várias estratégias de redução de erros



Contribuições dos protocolos para um cuidado mais seguro

Congresso Científico



- ❖ Oferecem elementos para uma prática mais segura (avaliação de risco, tomada de decisão baseada em conhecimentos e regras mais explícitos)
- ❖ Constituem-se como barreiras para a ocorrência de incidentes/eventos adversos com menor dano
- ❖ Ajudam a fortalecer a cultura de segurança
- ❖ Possibilitam uma maior padronização do trabalho (menor variabilidade relacionada aos profissionais de saúde, nos diferentes horários e ambientes de cuidado)



Ministério da
Saúde

Contribuições dos protocolos para um cuidado mais seguro

Congresso Científico



- ❖ Facilitam a definição de responsabilidades e o trabalho em equipe
- ❖ Facilitam a comunicação nas passagens de plantão e na transferência de setores/instituições
- ❖ Podem influenciar o desenho dos processos de trabalho
- ❖ Podem influenciar os fatores mais relacionados ao ambiente de cuidado e a organização (manutenção de equipamentos e dos prédios, aquisição de equipamentos e mobiliário, argumentos para uma lotação adequada de profissionais na linha de frente)
- ❖ Oferecem elementos para a capacitação dos profissionais





Don't Hate, Educate

