

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

NO ÂMBITO HOSPITALAR



Lucia Helena Grando



Maria Sigrilde Thomé de Souza

QUEM SOMOS



- O Instituto de Psiquiatria (IPq) é um dos 7 institutos que compõe o Hospital das Clínicas da FMUSP
- Inaugurado em 1952
- Reformado e reestruturado entre 2000 e 2005
- É um dos maiores e mais importantes hospitais psiquiátricos universitários na América Latina

Nossa Missão Organizacional

- Exercer atividades de prevenção, tratamento e reabilitação dos transtornos neuropsiquiátricos
- Promover a saúde da população
- Desenvolver ensino e pesquisa de qualidade
- Validar e difundir modelos eficientes de intervenção





- ☞ **Casos de maior complexidade:** hospital terciário/ quaternário
- ☞ **Portas de entrada:** funciona de acordo com critérios de regionalização e hierarquização definidos pela Secretaria de Estado da Saúde – SUS
 - Complexo HC - interconsultas e PS-ICHC
 - CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
 - SES - Departamentos Regionais de Saúde (DRS)
 - Pedidos judiciais
 - Pesquisas
 - Saúde Suplementar
 - Consultórios particulares

Jan a Jun/2022

Consultas presenciais

32.845



Teleconsultas

7.419



Internações

274



Hospital dia

1.904 diárias



Jan a Jun/2022

Video EEG
165



Polissonografia
312



Ressonância
1.193



EEG
242



ECT
4.008



EMT
3.463



Cetamina
954



Odonto
829





INSTRUMENTO UTILIZADO

Questionário ***Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSPOPSC)*** da ***Agency Healthcare Research and Quality***, traduzido e validado para a língua portuguesa.

Ref: Sorra JS, Nieva VF. *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004; Reis CT, Laguardia J, Martins M. [\[Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage\]](#). *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2199-210; Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AG, Martins M [Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture \(HSOPSC\): a pilot study](#). *Cad Saude Publica*. 2016 1;32(11):e00115614.

A confiabilidade do instrumento foi verificada pelo coeficiente Alfa de Cronbach

| Valor de alfa | Consistência interna |
|-------------------|----------------------|
| 0,91 ou mais | Excelente |
| 0,90 → 0,81 | Bom |
| 0,81 → 0,71 | Aceitável |
| 0,71 → 0,61 | Questionável |
| 0,61 → 0,51 | Pobre |
| Menor do que 0,51 | Inaceitável |

Fonte: George, D & Mallery, P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon. (2003). Apud: Gliem, JA e Gliem, RR Calculating, interpreting and reporting Cronback's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. <http://soniavieira.blogspot.com/2016/01/os-pesquisadores-que-levantam-dados-por.html>



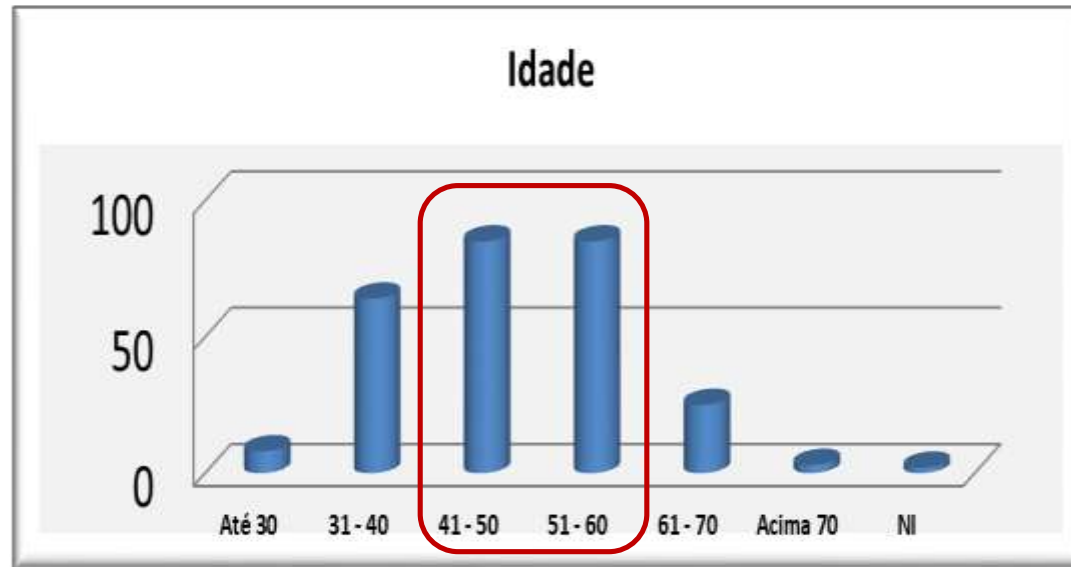
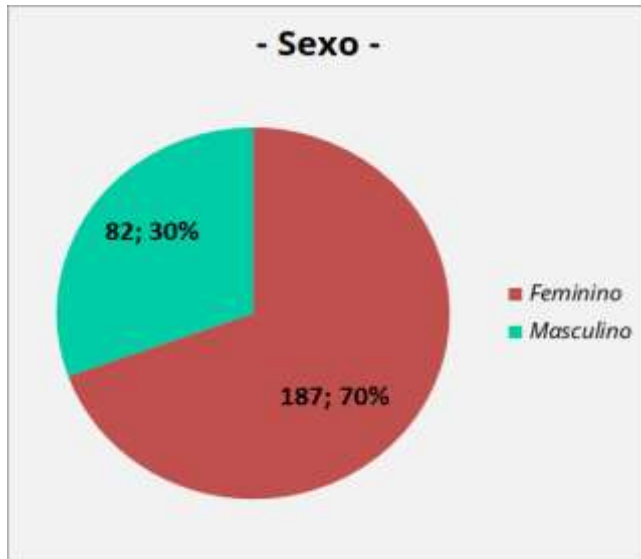
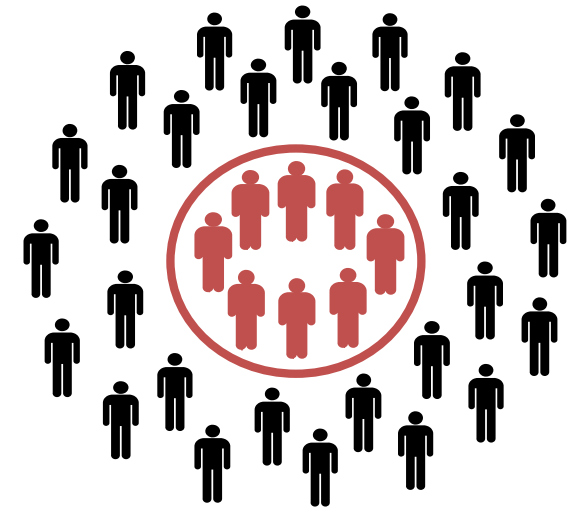
DEMOGRAFIA

Critérios de inclusão

Profissionais IPq = 566
 Afastados = 45 (licenças, suspensão de contrato, etc.).

Total = 521

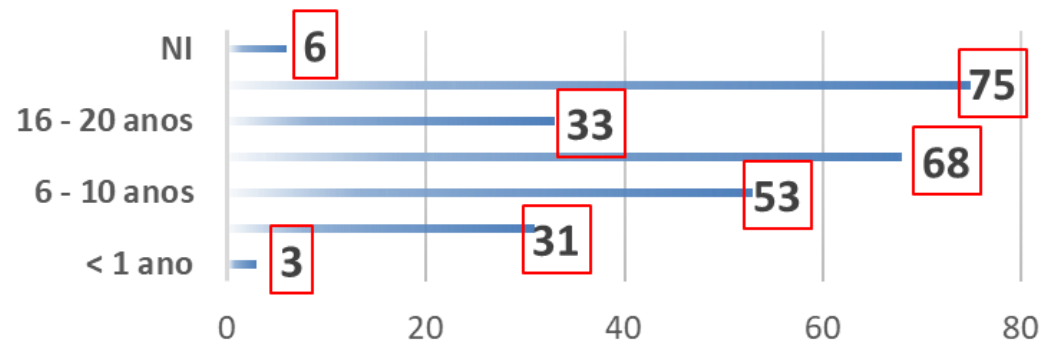
N = 269 (51,63%) responderam o questionário



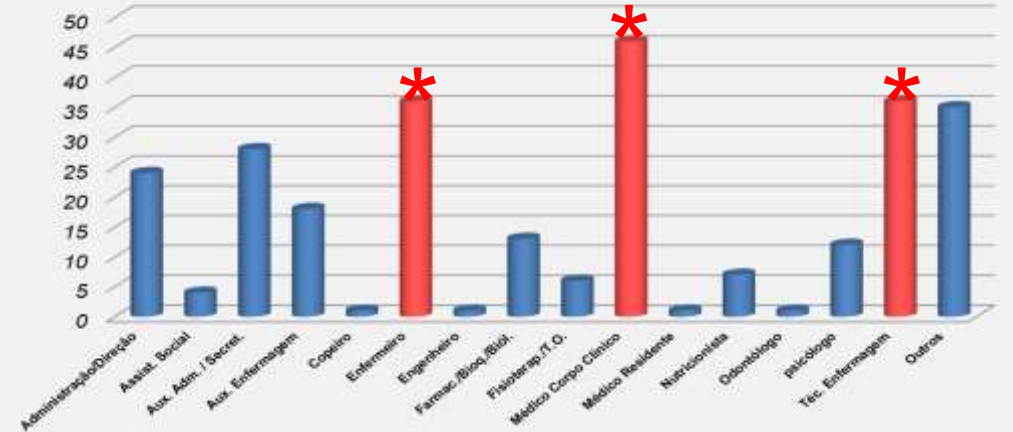


DEMOGRAFIA

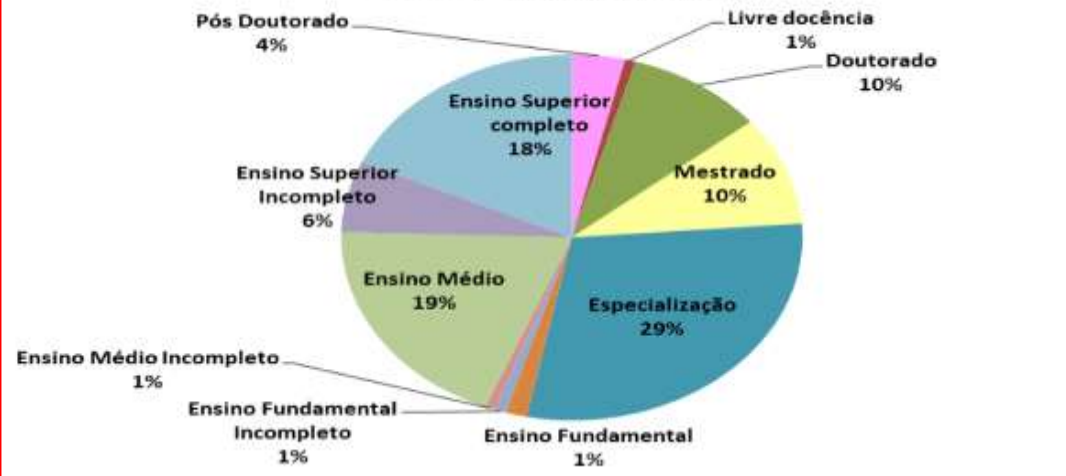
Tempo de trabalho neste hospital



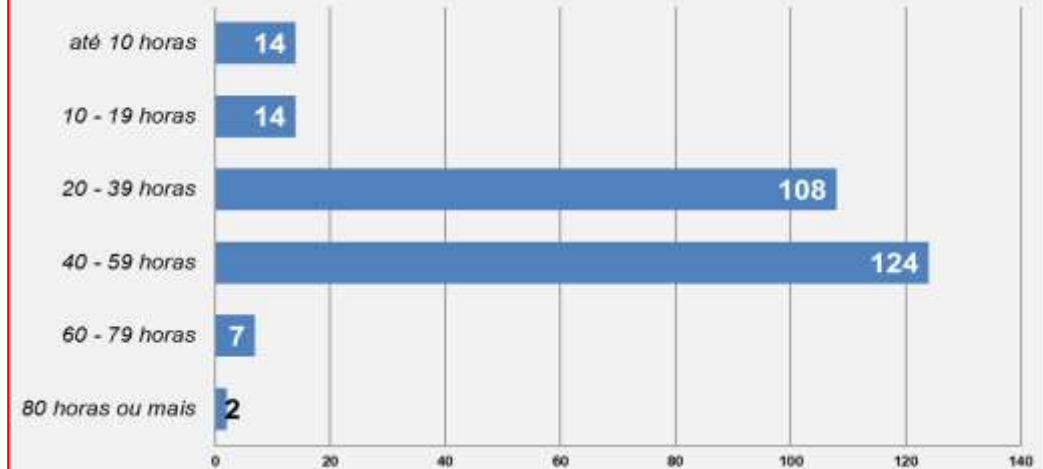
- Profissão / Função -



- Grau de Instrução -



- Carga horária semanal -





RESULTADOS

| DIMENSÕES (D) | | RESPOSTAS POSITIVAS (%) | | |
|---------------|---|--|-------------------------------------|---|
| | | IPq HCFMUSP (N=269) 51,63% da pop. | Hosp. Filantrópico MG (N=224) | Hosp. Ensino PR (N=645) 35,7% da pop. |
| D1 | Trabalho em equipe no âmbito das unidades | 75,4 | 64,7 | 68,0 |
| D2 | Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes | 75,3 | 63,5 | 70,8 |
| D3 | Aprendizado organizacional | 72,2 | 60,3 | 66,1 |
| D4 | Feedback e comunicação sobre os erros | 67,5 | 44,9 | 46,1 |
| D5 | Abertura de comunicação | 71,0 | 44,3 | 55,2 |
| D6 | Profissionais (Staffing) | 34,2 | 38,2 | 37,1 |
| D7 | Respostas não punitivas aos erros | 23,8 | 19,3 | 25,6 |
| D8 | Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente | 74,6 | 40,6 | 39,1 |
| D9 | Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares | 65,1 | 46,3 | 34,8 |
| D10 | Transferências internas e passagens de plantão | 55,0 | 42,7 | 34,6 |
| D11 | Percepção geral da segurança | 61,3 | 41,5 | 46,7 |
| D12 | Frequência de eventos relacionados | 71,2 | 50,2 | 49,2 |
| α | Alpha de Cronbach (Variação) | 0,87 | De 0,41 a 0,84 | 0,62 |



RESULTADOS – Cultura Fragilizada

| DIMENSÕES | Questões | Respostas (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------|--------------|------------|--------------|-----|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| Profissionais (Staffing) D6 | <p>2- Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.</p> <p>5- Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.</p> <p>7- Utilizamos mais profissionais temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p> <p>14- Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.</p> | <p>Profissionais (Staffing)</p> <table border="1"> <caption>Data for Professionals (Staffing)</caption> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>POSITIVA (%)</th> <th>NEUTRA (%)</th> <th>NEGATIVA (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A2</td> <td>41.3%</td> <td>19.6%</td> <td>39.1%</td> </tr> <tr> <td>A5R</td> <td>29.9%</td> <td>35.0%</td> <td>35.0%</td> </tr> <tr> <td>A7R</td> <td>39.1%</td> <td>46.8%</td> <td>14.0%</td> </tr> <tr> <td>A14R</td> <td>28.9%</td> <td>26.4%</td> <td>44.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>35,3</p> | Item | POSITIVA (%) | NEUTRA (%) | NEGATIVA (%) | A2 | 41.3% | 19.6% | 39.1% | A5R | 29.9% | 35.0% | 35.0% | A7R | 39.1% | 46.8% | 14.0% | A14R | 28.9% | 26.4% | 44.7% |
| Item | POSITIVA (%) | NEUTRA (%) | NEGATIVA (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A2 | 41.3% | 19.6% | 39.1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A5R | 29.9% | 35.0% | 35.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A7R | 39.1% | 46.8% | 14.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A14R | 28.9% | 26.4% | 44.7% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respostas não punitivas aos erros D7 | <p>8- Os profissionais consideram que seus erros (falhas) podem ser usados contra eles.</p> <p>12- Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa que está sendo avaliada, e não sobre o problema.</p> <p>16- Os profissionais se preocupam que seus erros (falhas) sejam registrados em suas fichas funcionais.</p> | <p>Respostas não punitivas aos erros</p> <table border="1"> <caption>Data for Respostas não punitivas aos erros</caption> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>POSITIVA (%)</th> <th>NEUTRA (%)</th> <th>NEGATIVA (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A8R</td> <td>27.2%</td> <td>29.8%</td> <td>43.0%</td> </tr> <tr> <td>A12R</td> <td>34.0%</td> <td>28.9%</td> <td>37.0%</td> </tr> <tr> <td>A16R</td> <td>14.0%</td> <td>30.2%</td> <td>55.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>25,1</p> | Item | POSITIVA (%) | NEUTRA (%) | NEGATIVA (%) | A8R | 27.2% | 29.8% | 43.0% | A12R | 34.0% | 28.9% | 37.0% | A16R | 14.0% | 30.2% | 55.7% | | | | |
| Item | POSITIVA (%) | NEUTRA (%) | NEGATIVA (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A8R | 27.2% | 29.8% | 43.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A12R | 34.0% | 28.9% | 37.0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A16R | 14.0% | 30.2% | 55.7% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



D6 Profissionais (Staffing)

PLANOS DE AÇÃO e MELHORIAS

- **Código Branco** – otimizar recursos humanos
- Protocolo de Prevenção de **Suicídio**
- Metodologia **SBAR** (modificada)
- **Cadeia medicamentosa** – Dispensação por turno
- Novo modelo de contratação – **módulo assistencial integrado**



D6 Profissionais (Staffing)

CÓDIGO BRANCO
Otimizar recursos humanos

Implementação do Código Branco, com diretrizes para atendimento de quadro clínico não urgente, com resultados expressivos de melhora no tempo de atendimento médico, bem como diminuição de chamados incorretos do Código Amarelo.

| | |
|--|---|
|  Procedimento Operacional Padrão HCFMUSP |  |
| Instituto de Psiquiatria | POP_IPQ_Nº 602-1 |
| Divisão Médica | Data última revisão: 10/09/2021 |
| CÓDIGO BRANCO – PSQUIATRIA | Data próxima revisão: 10/09/2023 |

I. OBJETIVO

O Código Branco tem por objetivo facilitar o atendimento de intercorrências médicas não graves de pacientes, acompanhantes e colaboradores.

A equipe do Código Branco é responsável por fazer o atendimento inicial e garantir um atendimento definitivo mais adequado e compatível com o quadro clínico apresentado por estes indivíduos.

II. ABRANGÊNCIA

Todas as áreas do Instituto de Psiquiatria.

III. EXIGÊNCIA(S) E JUSTIFICATIVA(S)

O Código Branco visa atender prontamente pacientes com intercorrências médicas não graves a fim de evitar o agravamento do quadro clínico e conseqüente evolução para quadros instáveis (código amarelo).

IV. RESPONSABILIDADES

Equipe de enfermagem: enfermeiro do Ambulatório Térreo Norte.

Equipe médica: residente plantonista.

V. ABREVIACÕES

Bpm – batimentos por minuto

FR – Frequência respiratória

FC – Frequência cardíaca

Irpm – incursões respiratórias por minuto

IPq – Instituto de Psiquiatria

PAS – Pressão arterial sistólica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VI. DEFINIÇÕES

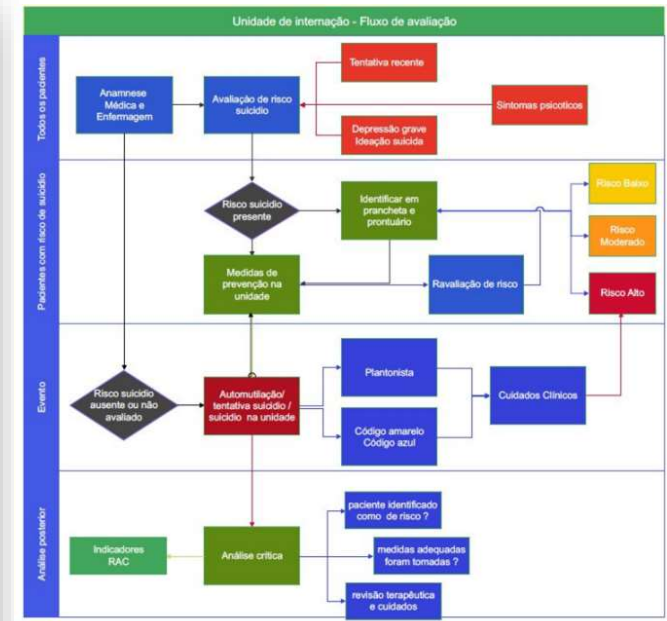


D6 Profissionais (Staffing)

Protocolo de Prevenção de Suicídio

- Identificação precoce:
- Classificar gravidade do risco - baixo, médio ou alto.
 - Permite adequar o dimensionamento do quadro de pessoal

| HC PROTOCOLO CLÍNICO HCFMUSP | | IPoq |
|--|----------------------------------|------|
| Instituto de Psiquiatria | PROT_IPQ_Nº 07-1 | |
| Divisão Médica | Data última revisão: 15/05/2021 | |
| AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO | Data próxima revisão: 15/05/2023 | |
| I. OBJETIVO | | |
| Padronizar o atendimento a pacientes com risco de suicídio ou tentativa de suicídio com qualidade e segurança. Prevenir tentativa de suicídio e prestar assistência segura aos pacientes que apresentem diagnóstico de risco de suicídio. Criar medidas para reduzir risco de suicídio de pacientes internados. | | |
| II. ABRANGÊNCIA | | |
| Todas as áreas de internação e ambulatórios. | | |
| III. EXIGÊNCIA(S) E JUSTIFICATIVA(S) | | |
| Esse protocolo visa a assistência ao paciente com risco ou tentativa de suicídio. | | |
| Legislação e normas: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67-7 • LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm) | | |
| IV. RESPONSABILIDADES | | |
| Todos os envolvidos na assistência aos pacientes com risco de suicídio. | | |
| Todos profissionais: Médicos, Enfermeiros e Técnicos / Auxiliares de Enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e serviço social. | | |
| V. ABREVIACÕES | | |
| ECT – Eletroconvulsoterapia | | |
| PTS – Plano terapêutico singular | | |



Classificação do risco

| | Avaliação |
|-----------------|--|
| Amarelo | Sem história de tentativa de suicídio; sem auto mutilação; sem ideação ou planejamento. Fatores de risco e proteção indicando risco baixo |
| Laranja | Histórico tentativa suicídio / auto mutilação. Sem planejamento ou ideação. Fatores de risco e proteção indicando risco suicídio moderado. |
| Vermelho | Histórico tentativa suicídio / auto mutilação, ideação e planejamento presentes. Fatores de risco e proteção indicando risco suicídio alto. |



D6 Profissionais (Staffing)

Metodologia **SBAR** na comunicação do paciente

SBAR

S: Situação

B: Breve histórico

A: Avaliação

R: Recomendação

Passagem de plantão

Arquivo Editar Ver Inserir Formatar Dados Ferramentas Extensões Ajuda

75% R\$ % 0,00 123 Arial 10 B I U A

| JANEIRO FEVEREIRO | | ANO 2021 / 2022 | Passagem de plantão/ avaliação/ pontos relevantes 24 horas | | | | | |
|----------------------|---------------|--------------------|--|-------------------------|--|---|---|--|
| LEITO | Identificação | Diagnóstico | Riscos (quedas, fuga, autolesão, suicídio...) | Comorbidades | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA |
| | | | | | segunda-feira, 31 de janeiro de 2022 05 internados / 05 ala | terça-feira, 1 de fevereiro de 2022 05 internados / 05 ala | quarta-feira, 2 de fevereiro de 2022 05 internados / 05 ala | quinta-feira, 3 de fevereiro de 2022 07 internados / 05 ala |
| Leito 01 | | | | | | | | |
| Leito 02 | | Parkinson | Queda | Inestabilidade Cardíaca | Diurno: Sem intercorrências. Lucas Modesto 670295. Noturno: Período de confusão, colocado fava abdominal para prevenção de queda. Edileuzi Coren/SP 198731. | Diurno: Apresentou hipotensão e sonolência pesada pela manhã. Apresentando evacuações amolecidas. Lucas Modesto 670295. SN: S1 | Diurno: Paciente leve. Losartana suspensa pela manhã e apresentou picos de hipertensão sistólica no período da tarde (PAS > 170) com diastólica dentro da normalidade e assintomático para quaisquer queixas. Segue sob observação. Lucas Modesto 670295. Noturno: Pico hipertensivo, avaliado e medicado com CAPTOPRIL 25 mg com. Edileuzi Coren/SP 198731. | Diurno: Sem intercorrências. Apresenta PA 160 x 70 mmHg. SN: S1 |
| Leito 03 | | | | | | | | |
| Leito 04 | | Anorexia nervosa | | | Diurno: Sem intercorrências. Lucas Modesto 670295. Noturno: Solicitou para antecipar as medicações de horário. Edileuzi Coren/SP 198731. | Diurno: 14 Medicada com 2mg de Clonazepam para crise de ansiedade. Jejum para coleta de exames. Lucas Modesto 670295. SN: insônia, medicada com clonazepam. Glaucia Nepomuceno 182818 | Diurno: Realizada coleta de exames. Lucas Modesto 670295. Noturno: queixa de cólica menstrual, avaliada e medicada com BUSCOBAN COMPOSTO com. Edileuzi Coren/SP 198731. | Diurno: Sem intercorrências. 14hs - Referiu angústia e solicitou medicação prescrita. 17hs - Referindo estar angustiada após o almoço por ter se alimentado, quer contato com seu médico Cleo, refere que não monitorou nem nenhum medíção hoje. |

+ MODELO - UTI - EGRT - ECAL - EIN - EHD - ECEDT - 2ºSul Observação - EMET Explorar

D6 Profissionais (Staffing)

Cadeia medicamentosa – dispensação por turno

| HC FMUSP | | INTERAÇÃO DE PROCESSOS (Acordo de nível de serviço) | | IPQ HCFMUSP | |
|--|--|--|---|-----------------------------|--|
| Instituto de Psiquiatria HCFMUSP | | | | IP_IPQ_Nº 028-2 | |
| Fornecedor: FARMÁCIA | | Cliente: UNIDADES DE INTERNAÇÃO (Equipes Médica e de Enfermagem) | | Data do acordo: 09/05/2021 | |
| Processo: Dispensação de medicamentos por turno. | | Objetivo: Diminuir demanda recorrente à Farmácia; Minimizar erro medicamentoso; Otimizar tempo de trabalho. | | Data da revisão: 12/01/2023 | |
| <p>SITUAÇÃO ATUAL (COMO ACONTECE HOJE): Os medicamentos são dispensados 1 (uma) vez ao dia para as 24 horas.</p> | | | | | |
| ACORDO FIRMADO | | | | | |
| Atribuições do FORNECEDOR: | | | Atribuições dos CLIENTES: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dispensar os medicamentos em turnos divididos entre manhã (das 7h às 12h), tarde (das 12h01 às 18h59) e noite (das 19h às 5h59); • Entregar ao Oficial Administrativo das unidades de internação às 7h os medicamentos a serem administrados no turno da manhã; • Entregar ao Oficial Administrativo das unidades de internação às 12h os medicamentos a serem administrados no turno da tarde; • Entregar ao Oficial Administrativo das unidades de internação às 15h30 os medicamentos a serem administrados no turno da noite. | | | <p>EQUIPE MÉDICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liberar as prescrições médicas no sistema MV até às 10h; <p>EQUIPE DE ENFERMAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o aprazamento dos medicamentos prescritos até às 10h30. <i>Excepcionalmente, caso seja necessário, a Farmácia fará aprazamento pelo módulo de Avaliação Farmacêutica MV. Manter a melhora da comunicação entre equipe médica/enfermagem e farmácia.</i> <p>OFICIAL ADMINISTRATIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar os medicamentos na Farmácia às 7h (medicamentos a serem administrados pela manhã); às 12h (medicamentos a serem administrados à tarde) e às 15h30 do período noturno. | | |
| MEDIDAS DE CONTROLE: Informar as ocorrências na Farmácia e cadastrar no MV. | | | | | |
| OBSERVAÇÃO: Se houver quebra de acordo, registrar no módulo de ocorrências do MV (GO). | | | | | |



D6 Profissionais (Staffing)

Novo modelo de contratação
**Módulo assistencial
integrado**

Justificativa

Bloqueio de leitos geriátricos e de transtorno alimentar por falta de profissionais.

Objetivo e Proposta

- Ampliar o atendimento de idosos
- Integrar a linha de cuidado do paciente idoso: Internação, HD, procedimentos
- Melhorar a transição de cuidados
- **Internalizar conhecimento (workshop Transição de cuidados da Diretoria Clínica HC início do ano)**

AÇÕES

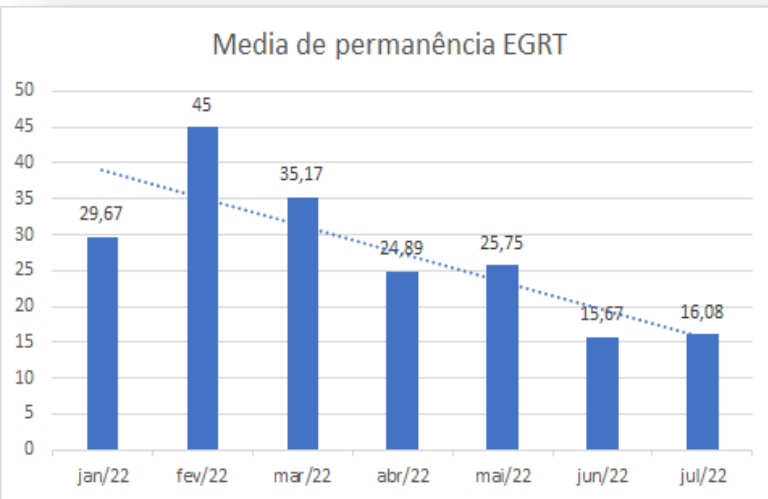
Contratação e treinamento de Colaboradores

Abertura de 10 leitos de internação e 3 leitos de hospital dia

Transição de cuidados: Enfermaria → HD

Resultado Enfermaria e HD Idosos

Módulo assistencial integrado - resultados



Transição de cuidados - Impacto



Redução da média permanência de 20% em 2022 em comparação aos anos anteriores

Sustentabilidade - Impacto



- Aumento de 12% nos leitos operacionais
- Aumento imediato de procedimentos:
 - + 23% ECT
 - + 154% Cetamina
 - + 300% Procedimentos odontológicos
- Aumento de 30% no faturamento do IPq

- Redução de 47% da média de permanência
- Sem reinternação
- HD de saída - transição de cuidados



D7

Resposta não punitiva aos erros

PLANOS DE AÇÃO e MELHORIAS

- Protocolo de **Disclosure**
- Política de **Cultura Justa**
- Protocolo de atendimento à **Segunda Vítima**
- **Auditoria interna quadrimestral** (metas internacionais 1, 2 e 3)



A **Cultura Justa** extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa.

1. Aumento da segurança do paciente;
2. Empoderamento dos colaboradores;
3. Engajamento dos colaboradores;
4. Redução de riscos, incidentes e eventos adversos;
5. Redução da morbimortalidade;
6. Treinamento e melhor preparo dos profissionais para lidar com erros;
7. Promoção de mudanças visando melhorias;
8. Promoção de trabalho multidisciplinar;
9. Melhora da comunicação interna.

Com esses benefícios, o sistema de saúde caminha para um serviço mais seguro, equitativo e justo.

D7 Resposta não punitiva aos erros

Política de Cultura Justa

Modelo traduzido e adaptado da Árvore de Decisão de Incidentes:



Fonte: Meadows S, Baker K, Butler J. The Incident Decision Tree: Guidelines for Action Following Patient Safety Incidents. In: Brennan TA, Bottis AB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20586/>

| | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| | POLÍTICA HCFMUSP | |
| Instituto de Psiquiatria | | POL_IPQ_Nº 05-1 |
| Gestão da Qualidade e Gerenciamento de Risco | | Data última revisão: 04/11/2021 |
| POLÍTICA DE CULTURA JUSTA | | Data próxima revisão: 04/11/2023 |

L. DEFINIÇÃO

A cultura justa é uma diretiva desafiadora que visa transformar uma cultura de culpabilidade em cultura justa, que leve a uma aprendizagem efetiva com as falhas. O profissional terá clareza do que esperar da instituição e deverá desenvolver capacidade de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição e colaborar na proposição de soluções para problemas de segurança dos pacientes.

A cultura justa, um dos elementos imprescindíveis à cultura de segurança de qualquer instituição de saúde, tem a sabedoria de diferenciar esses dois tipos de erro: o que foi mera negligência ou imprudência e o que é resultado de um processo que exige correção. Segue abaixo as diferenças entre esses termos:

Imprudência: é uma ação que foi feita de forma precipitada e sem cautela. Significa que o agente sabe fazer a ação da forma correta, mas não toma o devido cuidado para que isso não aconteça. Falta de cautela, de cuidado, é mais que falta de atenção, é a imprevidência acerca do mal, que se deveria prevenir, porém, não previu.

Negligência: implica em o agente deixar de fazer algo que sabidamente deveria ter feito, dando causa ao resultado danoso. Na negligência, alguém deixa de tomar uma atitude ou apresentar conduta que era esperada para a situação. Age com descuido, indiferença ou desatenção, não tomando as devidas precauções.

Imperícia: consiste em o agente não saber praticar o ato. Ser imperito para uma determinada tarefa é realiza-la sem ter o conhecimento técnico, teórico ou prático necessário para isso. Decorre da falta de técnica necessária para realização de certa atividade.

A postura não punitiva encoraja a transparência e uma cultura de identificação e correção de erros. Cria e mantém um ambiente em que erros e eventos adversos podem ser livremente discutidos, em que os profissionais não temem notificar incidentes e que os erros são usados para corrigir falhas. Uma instituição com uma cultura de segurança madura e fortalecida, tem uma postura transparente em relação a erros e eventos adversos. O IPq começou a disseminar o tema através da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente que realizada em 2021.

D7 Resposta não punitiva aos erros

Protocolo de atendimento à Segunda Vítima

FLUXO



| AGENTE | AÇÃO |
|---|--|
| Chefia imediata | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar o número de segundas vítimas relacionadas ao evento ✓ Preencher os documentos "ATENDIMENTO À SEGUNDA VÍTIMA" e Debriefing (Entrevista Detalhada) - Anexo 1. |
| Chefia | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilizar um colega com perfil similar para ouvir e prestar apoio emocional para a segunda vítima. ✓ Assegurar que o profissional seja afastado da assistência de qualquer paciente naquele dia. |
| Diretoria Clínica e/ou de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar se devem se reunir com o pessoal da linha de frente. ✓ Assegurar que o profissional não se sinta rejeitado. ✓ Evitar questionamentos sobre o evento com a intenção de descobrir se o profissional cometeu um erro. |
| Chefia imediata | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acionar a psicologia e/ou saúde ocupacional caso o evento afete a saúde física ou mental o profissional. |
| Psicologia e/ou Saúde Ocupacional | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Providenciar o acompanhamento do profissional (segunda vítima). |
| Diretoria Clínica e/ou de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a necessidade de assistência jurídica ou profissional sobre como agir e onde encontrar ajuda. ✓ Informar ao profissional sobre o processo de comunicação (Disclosure) junto ao paciente ou família. |
| Chefia | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar o retorno da segunda vítima às suas atividades. |
| Chefia / Psicologia / Saúde Ocupacional | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorar a segunda vítima regularmente nos próximos 3 meses, avaliando seu estresse emocional, registrar no campo "Debriefing" e anexar ao prontuário profissional. |
| Todos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assegurar mecanismos para que ocorra o aprendizado da organização frente ao erro. |

| HC HCFMUSP | PROTOCOLO HCFMUSP | IPq INSTITUTO DE PSIQUIATRIA HCFMUSP |
|---------------|--|--|
| | Instituto de Psiquiatria | PROT_IPQ_Nº 51-1 |
| | Gestão da Qualidade e Gerenciamento de Risco | Data última revisão: 05/11/2021 |
| | PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SEGUNDA VÍTIMA | Data próxima revisão: 05/11/2023 |

I. DEFINIÇÃO

Eventos adversos têm como pior consequência o sofrimento de pacientes, famílias e amigos (primeiras vítimas). Mas eles não são os únicos afetados. Profissionais envolvidos direta ou indiretamente no evento adverso são acometidos por sofrimento emocional como ansiedade, sonolência, confusão, dificuldade de concentração, despersonalização, frustração, culpa, tristeza, mudanças de humor, insônia, dúvidas sobre a própria capacidade profissional, medo de consequências legais e perda de reputação. Segundo Aranaz-Andrés et al. (2009), 15% dos profissionais de saúde estão envolvidos em um evento adverso com consequências relativamente graves para os pacientes.

Qualquer profissional de saúde que participa de um evento adverso, um erro médico ou lesão inesperada relacionada com o paciente se torna uma vítima no sentido de poder estar traumatizado pelo evento (Scott et al., 2009).

O termo "segunda vítima" foi usado, em 2000, por Albert Wu (Wu A.; 2000), professor de política e gestão em saúde na *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, para descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de saúde. Alguns sintomas vividos por eles foram descritos na literatura e incluem manifestações de cunho psicológico (vergonha, culpa, ansiedade, tristeza e depressão) e cognitivo (insatisfação, desgaste e estresse traumático secundário), além de reações físicas, com impacto negativo em seu organismo.

O IPq começou a disseminar o tema através da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente que realizada em 2021.

II. OBJETIVO

Objetivo deste protocolo é o de fornecer práticas para atenuar as consequências emocionais do evento adverso sobre o profissional, compreendendo que deve existir uma cultura de transparência e acolhimento na instituição.

III. INDICAÇÃO E ABRANGÊNCIA

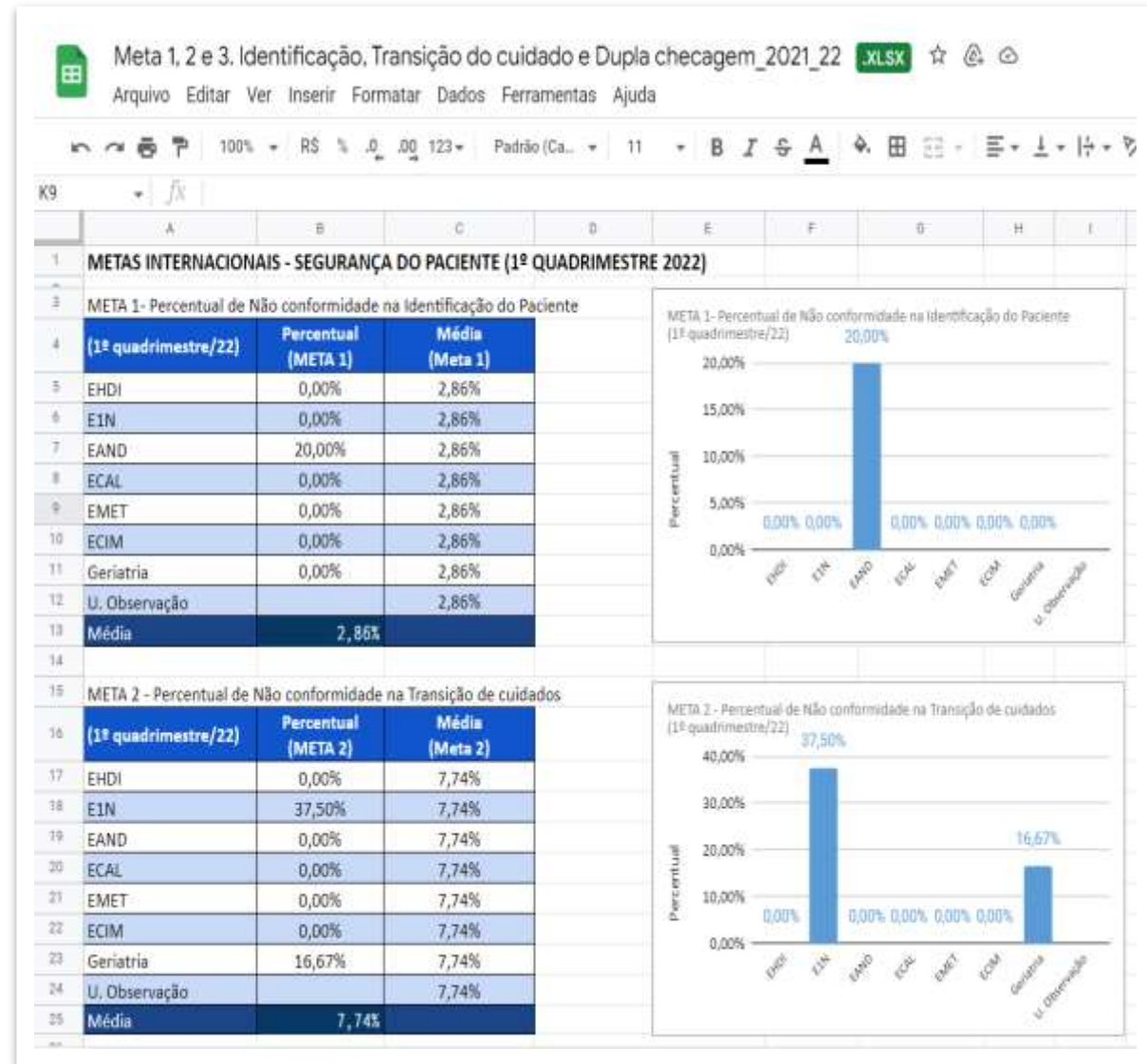
O protocolo é aplicado em todas as unidades assistenciais, administrativas e de apoio do IPq.



D7 Resposta não punitiva aos erros

Auditoria interna quadrimestral (Metas internacionais 1, 2 e 3)

1. **META 1 - IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE** - uso de pulseiras
1. **META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA** - ficha de transição de cuidados
1. **META 3 - MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS** - dupla checagem





CULTURA NEUTRA

D3 – Aprendizado organizacional

D4 – Feedback e comunicação sobre os erros

D5 – Abertura de comunicação

D8 – Apoio da gestão hospitalar para

segurança do paciente

PLANOS DE AÇÃO e MELHORIAS

- ✓ Protocolo de Deterioração Clínica (uso das escalas NEWS e PEWS) – (D3)
- ✓ Protocolo de Disclosure – (D4)
- ✓ Sistema de notificações: reavaliação de fichas, notificações e tipos de ocorrências – (D4)
- ✓ Monitoramento das Políticas – (D3)
- ✓ Revisão de processos e classificação de riscos integrada - Gestão de Riscos, Qualidade e áreas – (D8)

D3 - Escala NEWS e PEWS

PROTÓTIPO DE FICHA DE AVALIAÇÃO

II. SINDROME

Resposta adequada ao Terceiro Nível para identificação

Resposta adequada aos sintomas de Sx

III. CÁLCULO DO SCORE NEWS

| Parâmetros (avaliação) | 0 | +1 | +2 | +3 | 4 |
|------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ANS (avaliação) | 0 | 10 a 130 | 130 a 150 | 150 a 200 | 200 a 300 |
| FC (bpm) | 0 | 55 a 90 | 90 a 100 | 100 a 120 | 120 a 160 |
| FR (lpm) | 0 | 12 a 20 | 20 a 30 | 30 a 35 | 35 a 50 |
| SO2 (%) | 0 | 92 a 94 | 94 a 96 | 96 a 98 | 98 a 100 |
| Temperatura (°C) | 0 | 36,0 a 36,9 | 36,9 a 37,7 | 37,7 a 38,3 | 38,3 a 39,0 |
| Nível de consciência | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

IV. RESPONSABILIDADES

Equipe de Enfermagem

- Monitorar sinais vitais
- Avaliar e comunicar
- Avaliar e comunicar
- Avaliar e comunicar
- Avaliar e comunicar

D3 – Aprendizado organizacional



D4 – POP Disclosure

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO HCFMUSP

DISCLOSURE - PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES NA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

I. OBJETIVO

Estabelecer as normas institucionais para comunicação de eventos adversos a pacientes e familiares.

II. ABRANGÊNCIA

Profissionais que atuam na assistência direta ao paciente e no gestão das áreas de assistência e de suporte.

III. INDICAÇÃO (e EXCLUSÃO)

A ocorrência de eventos adversos (EA) em qualquer área de saúde é sigilo que pertence a todos os envolvidos, mas todos têm grande responsabilidade e o compromisso de comunicar ao paciente e familiares sobre o que houve e qual sua condição atual e evolução.

O objetivo desta comunicação é permitir que o paciente saiba, honestamente, o que houve, quais as medidas tomadas para minimizar o dano e o que será feito para que esse evento não se repita.

IV. RESPONSABILIDADES

Membros de equipes hospitalares e representantes de Qualidade e de Gestão de Riscos são responsáveis pela análise inicial do EA, pela definição da equipe responsável por se comunicar com o paciente e/ou familiares e pela comunicação dos resultados de análise do evento e plano de ação ao paciente e/ou familiares.

V. ABRANGÊNCIAS

EA eventos adversos.

MUOD Sistema institucional para notificação de incidentes/eventos.

VI. DEFINIÇÕES

O termo adverso significa dano ou lesão. Trata-se de um processo a ser adotado pela instituição que atua pela segurança do paciente, visando partir com os pacientes e familiares o conhecimento de uma falha ou omissão e agir.

D4 – POP Disclosure

DISCLOSURE - PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES NA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Fluxograma:

1. Ocorrência de evento adverso
2. Análise preliminar do evento
3. Comunicação imediata ao paciente e familiares
4. Avaliação e comunicação
5. Plano de ação
6. Acompanhamento e suporte
7. Encerramento do processo
8. Avaliação e melhoria contínua
9. Suporte e educação em saúde
10. Suporte e educação em saúde
11. Suporte e educação em saúde

REFERÊNCIAS

1. FHC 005 002 - Disclosure: Participação de pacientes e familiares na ocorrência de eventos adversos.
2. Disclosure Working Group (2011). Creating disclosure guidelines: being open and honest with...

D8 – Classificação de riscos

FMEA - Processo de Apoio ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

| Item de Risco | Descrição do risco | Impacto do risco | Causa do risco | Medidas preventivas | Responsabilidade | Severidade (S) | Ocorrência (O) | Detectabilidade (D) | RPN | Classificação | Medidas corretivas |
|---------------|----------------------------------|------------------|---|---|------------------|----------------|----------------|---------------------|-----|---------------|---------------------------------------|
| 1 | Falta de estoque de medicamentos | Alto | Falta de controle de estoque | Atualização constante de estoque e realização de inventário periódico | Enfermagem | 9 | 2 | 3 | 6 | Alto | Monitorar estoque diariamente |
| 2 | Erro de prescrição | Médio | Erro de digitação ou interpretação da receita | Validação da prescrição pelo farmacêutico | Farmacêutico | 6 | 3 | 1 | 18 | Médio | Validar prescrição antes de dispensar |
| 3 | Erro de administração | Baixo | Falta de orientação do paciente | Orientação clara do paciente sobre o uso do medicamento | Paciente | 3 | 1 | 1 | 3 | Baixo | Monitorar o uso do medicamento |



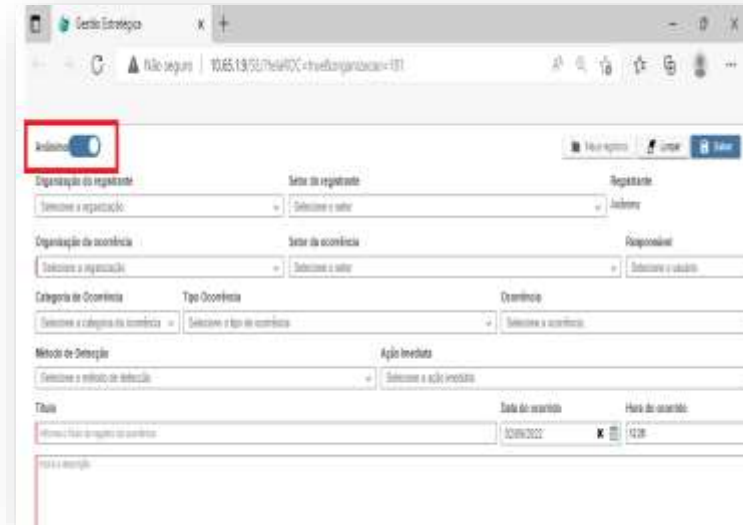
CULTURA NEUTRA

- D9** – Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares
- D10** – Transferências internas e passagens de plantão
- D11** – Percepção geral da segurança
- D12** – Frequência de eventos relacionados

PLANOS DE AÇÃO e MELHORIAS

- ✓ Sistema de notificação, incluindo anônima – (D12)
- ✓ Política de identificação – paciente sem documento – (D10)
- ✓ Gestão do conhecimento – todas as dimensões
- ✓ Experiência do paciente – todas as dimensões

D4, D11 e D12 – Sistema de Notificação (incluindo anônimo)



D10 – Política de identificação

| POLÍTICA HCFMUSP | | NP: PQC-CQSP-01 | VERSÃO: 01 |
|---|--|--|--|
| COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE | | DATA CRIAÇÃO: 22/07/2016 | DATA REVISÃO: 15/04/2021 |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | PRÓXIMA REVISÃO: 15/04/2022 | |
| OBJETIVO | | | |
| Esta política visa estabelecer diretrizes do processo e responsabilidades para a identificação dos pacientes, padronizar a aderência à forma do conteúdo, bem como o método de checagem da identificação do paciente, visando a mitigação dos eventos adversos relacionados à assistência, assegurando a qualidade e a segurança do cuidado prestado ao serviço de saúde. | | | |
| ABRANGÊNCIA | | | |
| Se aplica a todas as Unidades que compõem o HCFMUSP. | | | |
| DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES | | | |
| Documentação | | | |
| Documentação: todos os documentos que compõem o prontuário do paciente deverão conter obrigatoriamente os dois identificadores definidos e padronizados pela corporação. | | | |
| A identificação do paciente será realizada por meio de pulsares de identificação no corcova, crachá ou adesivos autocolantes contendo obrigatoriamente os dois identificadores definidos e padronizados pela corporação. | | | |
| Identificadores | | | |
| Nome completo sem abreviação | | | |
| Data de Nascimento – (dia, mês, ano) | | | |
| Nunca deverá ser utilizado o número do quarto ou leito como identificador (essa informação é de localização), em função do risco de troca no decorrer da permanência do paciente hospitalizado. | | | |
| Os identificadores padronizados deverão estar sempre legíveis e visíveis, sendo avaliados diariamente a fim de detectar falhas de legibilidade. | | | |
| As pulsares devem ser de tamanho adequado para o uso desde o RN ao paciente adulto. | | | |
| O posicionamento do pulsar deve respeitar as necessidades dos pacientes, tais como: idades, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros. | | | |
| A checagem da identificação do paciente deve ser por meio de comunicação ativa, como por exemplo, solicitar ao paciente ou ao seu familiar/compartilhante que informe seu nome completo e data de nascimento, verificando as informações contidas no pulsar. Para os recém-nascidos será realizada a dupla checagem dos dados de mãe com o do bebê. | | | |
| ELABORADO POR: Nome: Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente, Setor: Clínica Clínica | VERIFICADO POR: Nome: Brígida Falner, Setor: Clínica Clínica | APROVADO POR: Nome: Diretora Clínica, Setor: Diretoria Clínica | PUBLICADO POR: Nome: Qualidade, Setor: QED |
| Número do item: 1 | | Processo de aprovação: 1 | |

Experiência do Paciente





PONTOS POSITIVOS



Os funcionários gostam de trabalhar no IPq, fazem o seu melhor e se preocupam com o paciente.

PONTOS NEGATIVOS



- Falta de funcionários
- Sobrecarga de trabalho
- Falta de comunicação

SUGESTÕES



- Fortalecer trabalho em equipe
- Uso da tecnologia
- Atualização para funcionários
- Cultura justa



- ✓ Contenção
- ✓ Prevenção ao suicídio
- ✓ Time de Resposta Rápida – TRR
- ✓ Anorexia Nervosa
- ✓ Prevenção de Queda

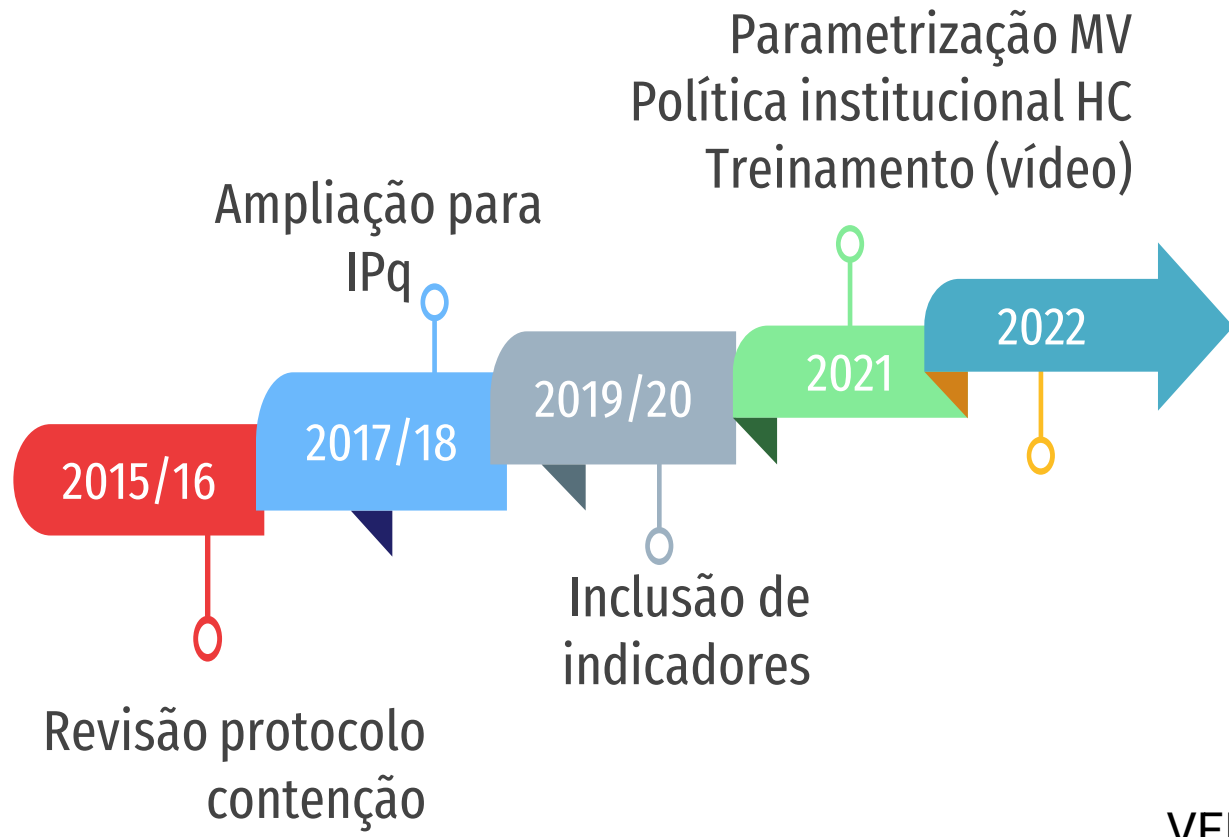
Reuniões multidisciplinares
periódicas para discussão
e avaliação de resultados

Protocolos Iniciados:

- ✓ ECT
- ✓ EMT
- ✓ Prevenção do Risco de Autoagressão



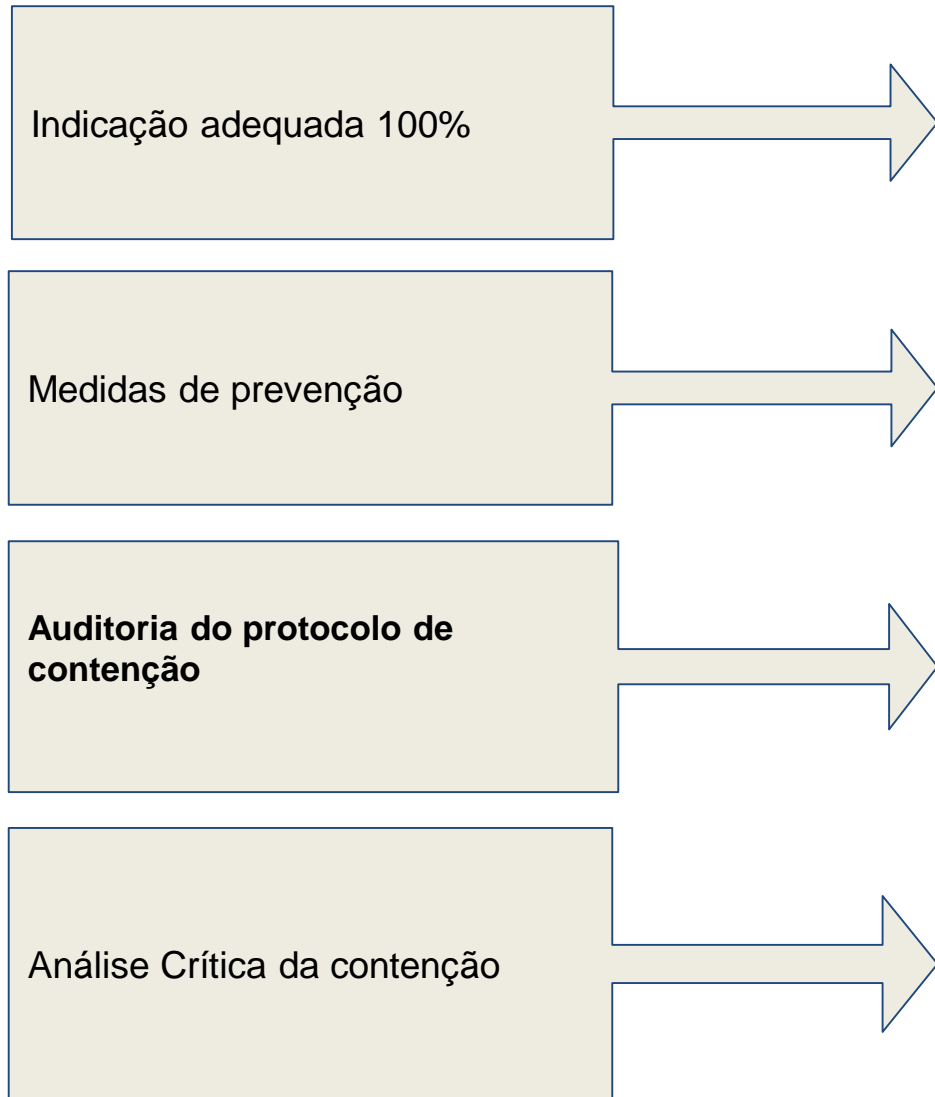
Auditoria Clínica – Protocolo Contenção



NOVA PRÁTICA
VEEG em pacientes com mais de 4 contenções

SEGURANÇA DO PACIENTE

- Protocolo de Contenção -



Após identificação da falha, comunica-se o superior do colaborador que cometeu a falha, para que ele tome as medidas preventivas adequadas.

Geralmente estas medidas preventivas são: recapitulação do protocolo entre as partes envolvidas.

Casos individuais de contenções acima do esperado são identificados para análise detalhada.

Caso de evento adverso reportado são identificados para análise detalhada



- Protocolo de Prevenção de Suicídio -

1- Identificação precoce:

- Classificar gravidade do risco (baixo, médio ou alto).



2 - Medidas de prevenção:

- Identificação na prancheta, quarto com observação direta, restringir acesso a objetos que ofereçam riscos). Médico: avaliação de risco na admissão e periodicamente.

3 - Protocolo de atendimento após evento atendimento inicial e cuidados estabilização clínica (desfecho)

4 - Análise crítica Discussão visita diária:

- Revisão da identificação e gravidade do risco
- Ajuste farmacológico se necessário
- Revisão das medidas de proteção nas RACs das unidades

| | | |
|---|----------------------------------|---|
|  | PROTOCOLO CLÍNICO HCFMUSP |  |
| Instituto de Psiquiatria | | PROT_IPQ_ Nº 07-1 |
| Divisão Médica | | Data última revisão: 15/05/2021 |
| AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO | | Data próxima revisão: 15/05/2023 |

I. OBJETIVO

Padronizar o atendimento a pacientes com risco de suicídio ou tentativa de suicídio com qualidade e segurança. Prevenir tentativa de suicídio e prestar assistência segura aos pacientes que apresentem diagnóstico de risco de suicídio. Criar medidas para reduzir risco de suicídio de pacientes internados.

II. ABRANGÊNCIA

Todas as áreas de internação e ambulatorios.

III. EXIGÊNCIA(S) E JUSTIFICATIVA(S)

Esse protocolo visa a assistência ao paciente com risco ou tentativa de suicídio.

Legislação e normas:

- Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67. 7
- LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm)

IV. RESPONSABILIDADES

Todos os envolvidos na assistência aos pacientes com risco de suicídio.

Todos profissionais: Médicos, Enfermeiros e Técnicos / Auxiliares de Enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e serviço social.

V. ABREVIações

ECT – Eletroconvulsoterapia

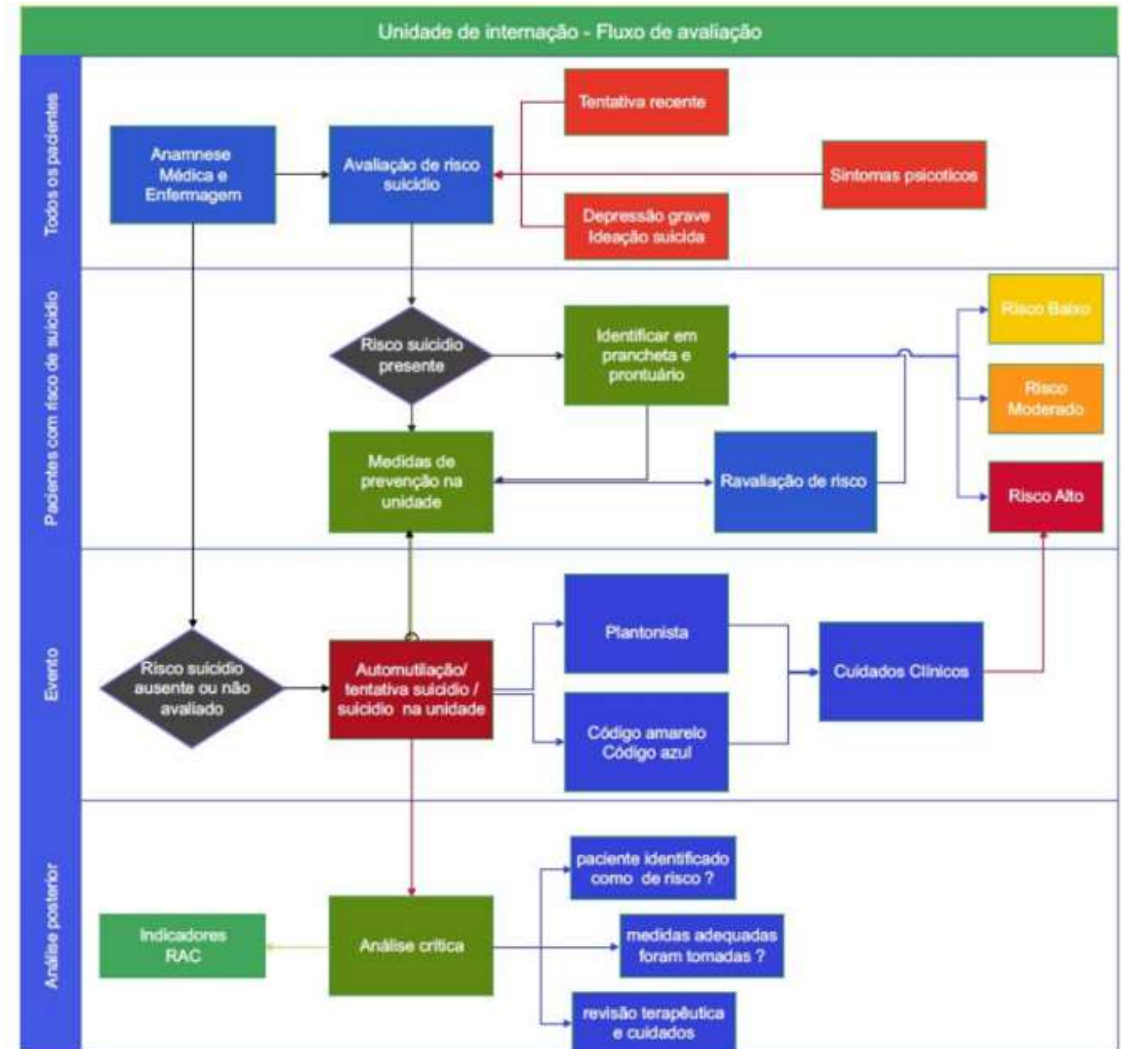
PTS – Plano terapêutico singular



Classificação do risco

| | Avaliação |
|-----------------|--|
| Amarelo | Sem história de tentativa de suicídio; sem auto mutilação; sem ideação ou planejamento. Fatores de risco e proteção indicando risco baixo |
| Laranja | Histórico tentativa suicídio / auto mutilação. Sem planejamento ou ideação. Fatores de risco e proteção indicando risco suicídio moderado. |
| Vermelho | Histórico tentativa suicídio / auto mutilação, ideação e planejamento presentes. Fatores de risco e proteção indicando risco suicídio alto. |

Fluxo de Atendimento



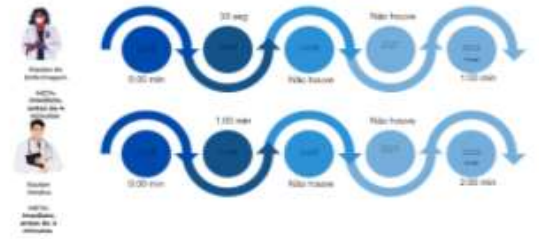


- Deterioração Clínica/Time de Resposta Rápida (TRR) -

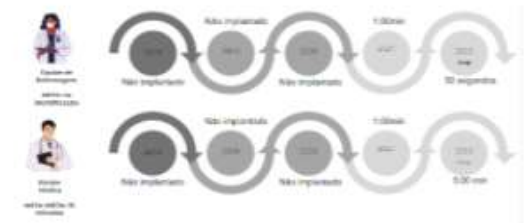
OS CÓDIGOS

Scores
NEWS
PEWS

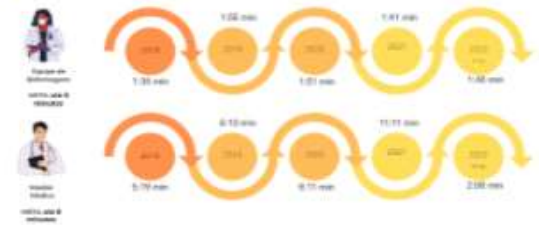
Código azul



Códigos existentes



Código amarelo

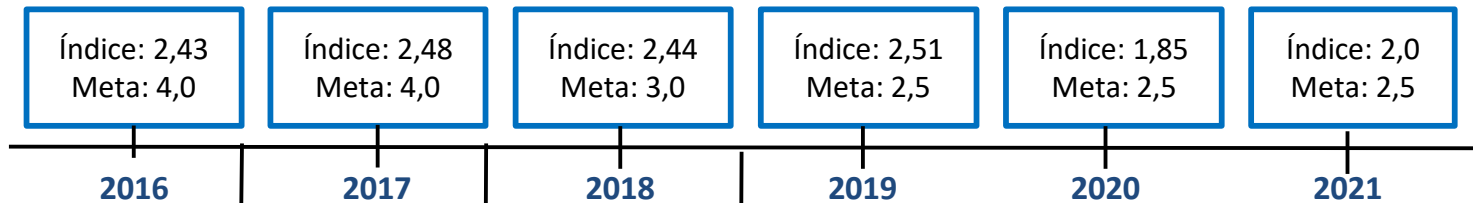
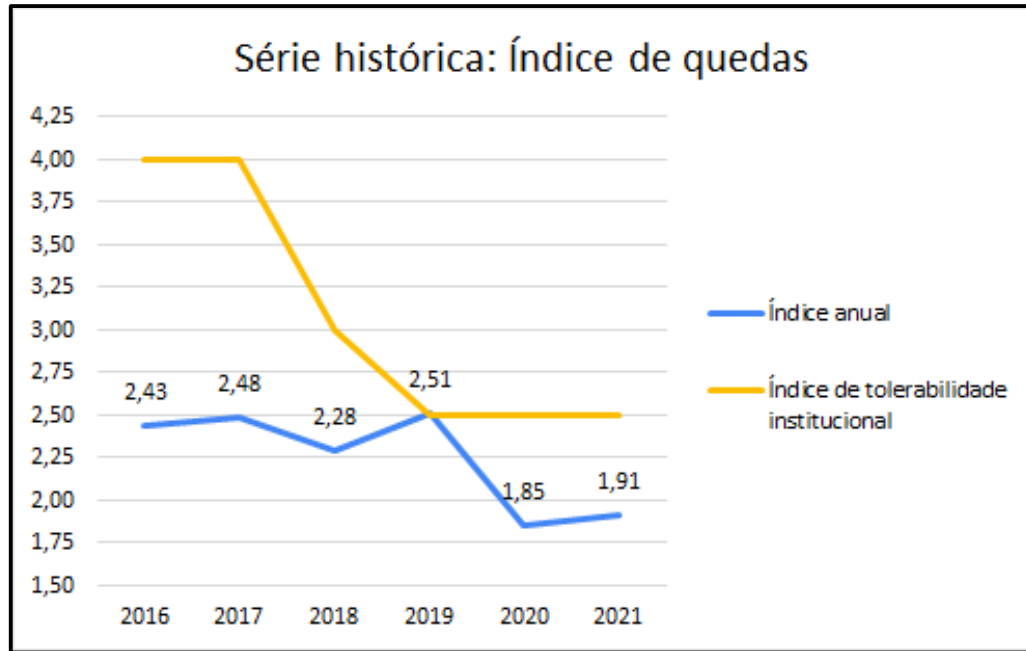


Código branco

Redução do tempo chegada em 60% do médico no código amarelo com a **implantação do código branco**

SEGURANÇA DO PACIENTE

- Protocolo de Prevenção de Queda -



01/2017
1º ciclo de melhorias:
Implantação do protocolo de quedas na EGRT;

01/2018
2º ciclo de melhorias:
Revisão do protocolo de quedas EGRT;

04/2018
3º ciclo de melhorias:
Implementação do Protocolo em todas as enfermarias

Utilizado como referência na publicação **“Práticas Inovadoras em Enfermagem”** do COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

Sinalização dos riscos

- **Objetivo:** Prevenção e indicação dos riscos de queda aos pacientes.
- **Divulgação:** Parceria com o Serviço de Comunicação do IPQ, através da TV IPq e folhetos informativos.
- **Educação em Saúde:** Vídeos explicativos, orientando e sinalizando em relação aos riscos de quedas aos pacientes e informações em caso de ocorrência.



Obrigada!

lucia.grando@hc.fm.usp.br
maria.sigride@hc.fm.usp.br