



Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

# Ciclo de Pesquisa em segurança do paciente: **compreender as causas**

Disciplina: Tópicos avançados sobre pesquisas em segurança do paciente

**Docentes:**

Carmen Silvia Gabriel

Fernanda Gimenez

Maria Helena Caliri

**Discentes:**

Adriane Medeiros

Aline Meireles Pires

Débora Bessa Mieiro

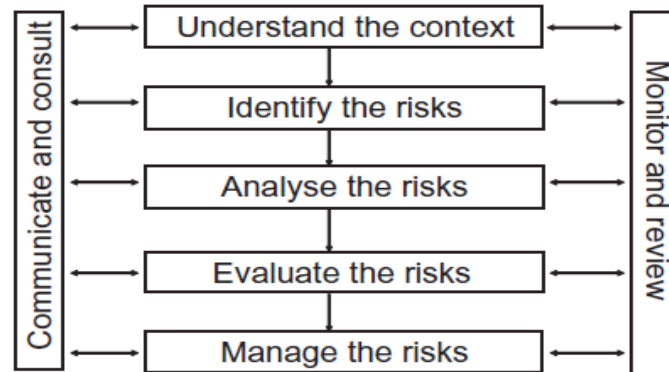
Mayara C. Godinho Rigobello

# APRESENTAÇÃO

- Ciclo de Pesquisa em Segurança do Paciente
- Etapa 2: Compreender as causas
- Introdução às ferramentas para compreender as causas:
  - Análise de causa raiz
  - Brainstorming
  - 5W2H
  - Plano de ação
  - FMEA - modelo de falha e análise de efeitos
  - Protocolo de Londres
- Análise dos artigos:
  - Andrews LB, et al, 1997.
  - Aiken LH, et al., 2002.
  - Wu AW, et al., 2003.
  - Zastrow RL, 2015.
  - Etchegaray MJ, et al., 2016.

# CICLO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Origem a partir de 2008, quando *Runciman et al.* definiu a epistemologia da segurança do paciente: compreensão dos contextos, identificação, análise, avaliação, e gerenciamento dos riscos, comunicação e monitoramento do problema.



**Figure 1** A framework for risk management

Pesquisas sobre segurança do paciente: diretamente relacionadas ao gerenciamento de riscos, à melhoria da qualidade e aos modelos de planejamento de saúde pública e, se adequada, podem ser consideradas no contexto de uma estrutura de gerenciamento de risco. Desta forma, deu-se início à ideia do ciclo, assim como outros ciclos iterativos utilizados para a melhoria da qualidade.

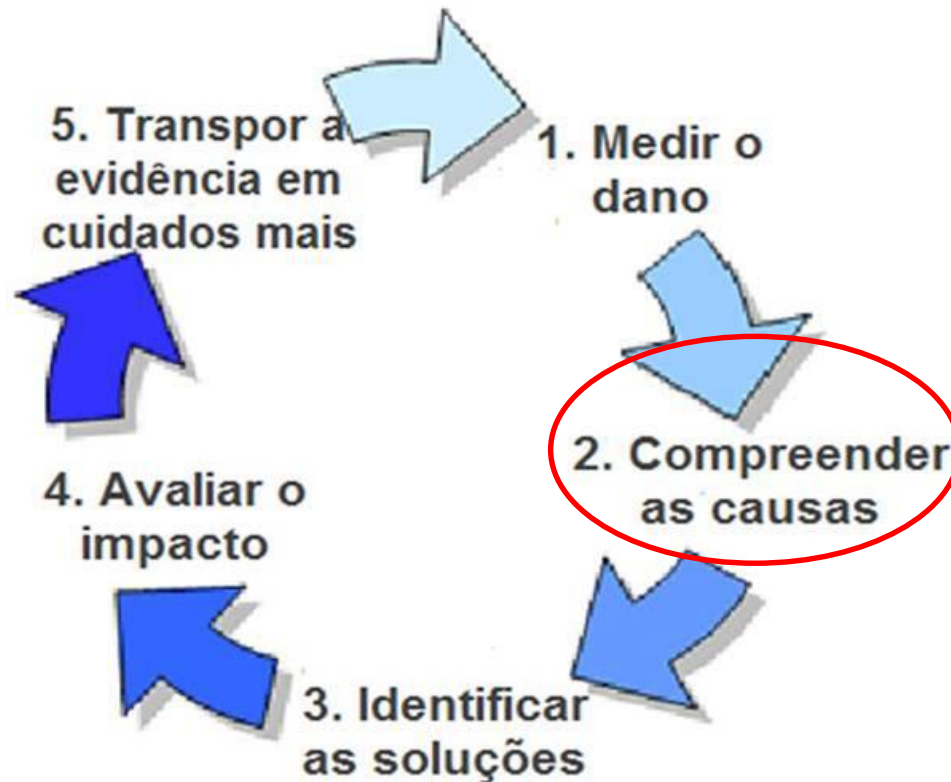
(RUNCIMAN et al., 2008)

# CICLO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE: COMPREENDER AS CAUSAS

- Devido à natureza complexa dos cuidados de saúde, não existe uma única razão pela qual as coisas dão errado.
- Pesquisa: necessária para identificar as principais causas subjacentes de Eventos Adversos (EA) que levam a danos ao paciente.
- Medir o que está errado no cuidado de saúde → contagem de quantos pacientes sofrem dano ou morrem a cada ano e de tipos de EA.

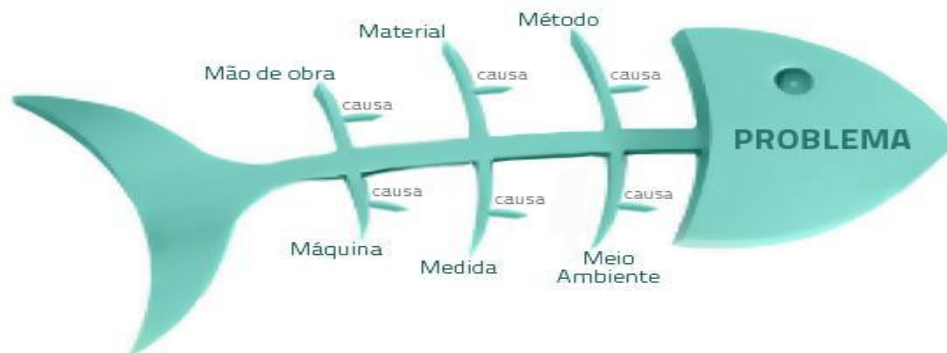
# CICLO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE: COMPREENDER AS CAUSAS

- Após medidos a frequência e os tipos de EA, o próximo passo é a compreensão das causas que levam ao dano ao paciente.



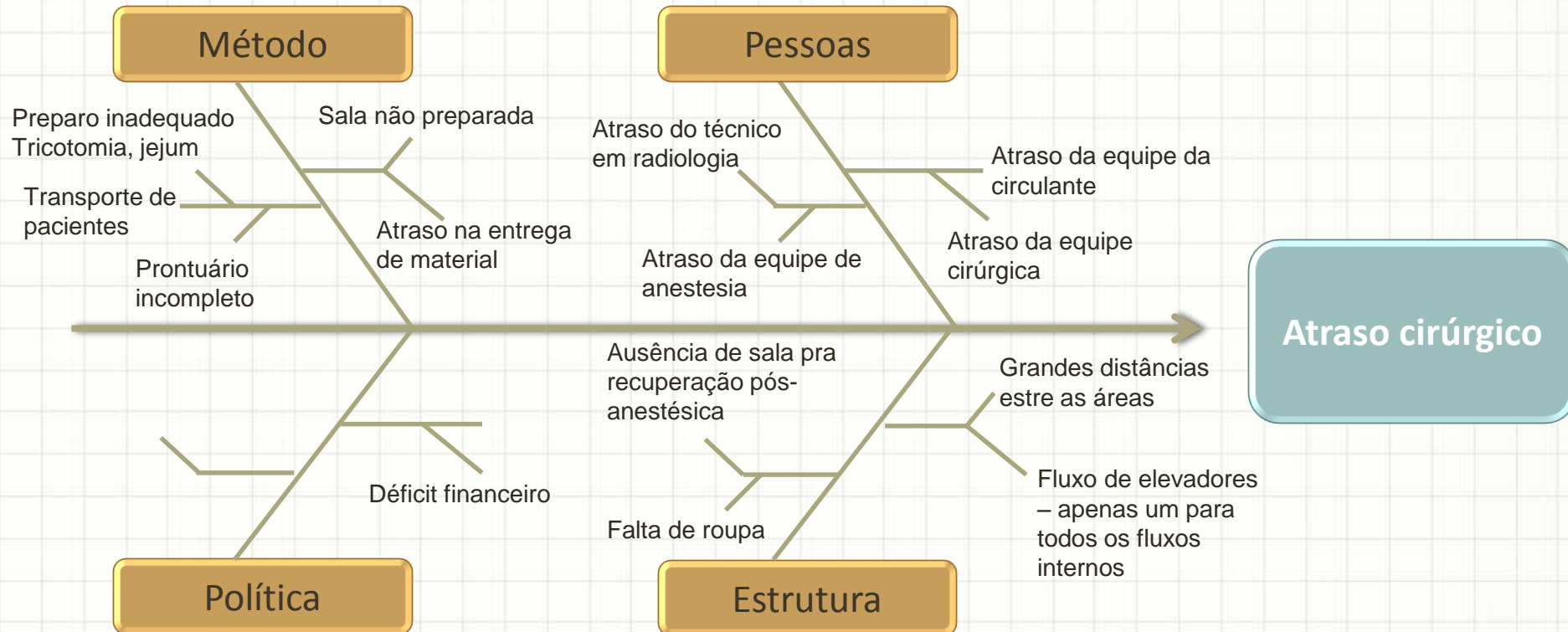
# ANÁLISE DE CAUSA RAIZ

- Sua proposta não se resume em apenas encontrar a causa raiz, mas em tentar resolver o fato ocorrido, a fim de prevenir e evitar que novos episódios aconteçam.
- Esse método pode ser usado para executar revisão compreensiva de incidentes críticos e permite a identificação dos fatores causais que se corrigidos ou removidos, podem prevenir a recorrência de novos episódios.



# EXEMPLO

- Análise de causa raiz (Ishikawa)
  - ✓ Problema: **atraso cirúrgico.**



# BRAINSTORMING



- Utilizado para identificar possíveis soluções para problemas e oportunidades em potencial para a melhoria da qualidade.
- É o precursor de muitas técnicas existentes de geração de ideias.

## Vantagens:

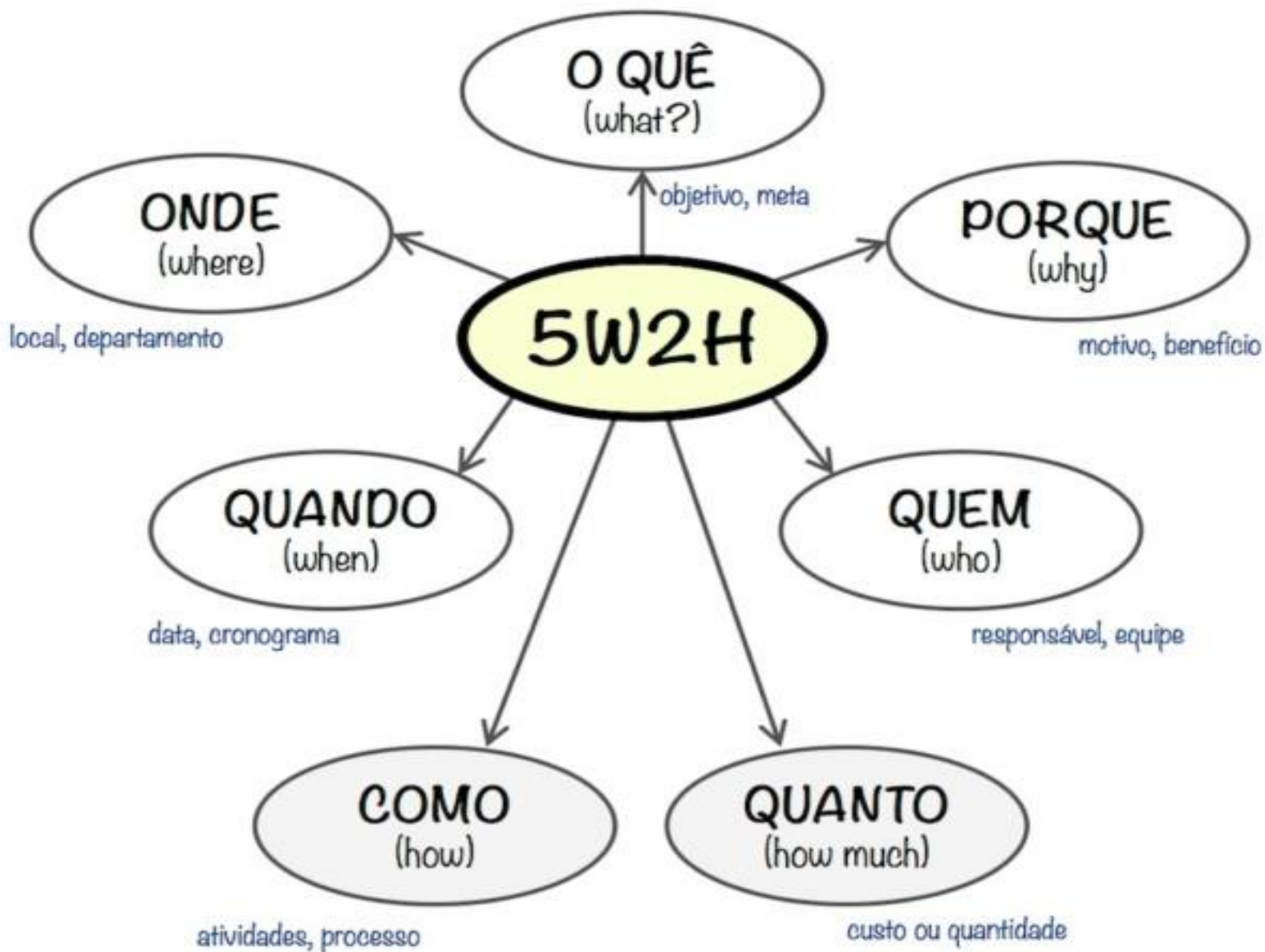
- Quebra de paradigmas;
- Muitas ideias inovadoras, impulsivas, originais e ousadas.

Pode-se utilizar o Brainstorming para favorecer a análise crítica de causas de problemas, por exemplo utilizando o Diagrama de Ishikawa.



# 5W2H

- Ferramenta utilizada para elaboração de **um plano de ação**;
- Quadro demonstrativo de **atividades a serem empreendidas**, com total esclarecimento de **fatores vinculados a cada uma delas**.
- É importante levantar e detalhar ações ou fatores que compõem uma ação maior.
- O plano de ação deve ter sua aprovação negociada, o que significa torná-la exequível em uma análise custo-benefício para os superiores hierárquicos de um lado, por outro, possibilitar o apoio de todos os envolvidos.



# PLANO DE AÇÃO



- O plano de ação tem o objetivo de detalhar as etapas a serem seguidas para a implementação de melhorias visando a solução de problemas ou a implantação de novas atividades.
- Deve ser estruturado de forma que as ações propostas sejam eficazes na solução do problema ou na implementação de melhorias.
- Utiliza-se alguns dos “W’s” ou dos “H’s” para a construção do Plano de Ação.

# EXEMPLO

## Ferramentas da Qualidade

Plano de Ação: 5W 1H 1S

<b>Setor/Processo</b>		<b>Data:</b> __/__/__
<b>Melhoria</b>		

<b>What? O quê?</b>	<b>Who? Quem?</b>	<b>Where? Onde?</b>	<b>When? Quando?</b>	<b>Why? Por quê?</b>	<b>How? Como?</b>	<b>Status</b>
O que deverá ser feito: refere-se à descrição da solução escolhida e a subdivisão nas atividades que se fizeram necessárias para a sua implantação.	Quem deverá fazer: colaborador responsável pela implantação no departamento/setor.	Onde deverá ser feito: local físico, área ou departamento onde a solução será implantada.	Quando deverá ser feito: data de início e fim da implantação, aprazamento.	Porque deverá ser feito: justificativa para a implantação da solução vinculada à ação.	Como deverá ser feito: etapas a serem cumpridas para efetivação da ação, método.	

# FMEA - MODELO DE FALHA E ANÁLISE DE EFEITOS

- Análise proativa que identifica ameaças ativas e latentes à segurança.
- Baseia-se na observação de especialistas e do pessoal da linha de frente para priorizar os riscos e criar um agenda para melhorias.
- A probabilidade de um determinado processo falhar é combinada com uma estimativa do impacto relativo dessa falha, produzindo um “índice de criticidade” (GRAVIDADE, OCORRÊNCIA E DETECÇÃO do modo de falha ou da causa, utilizando escores de 1-10) .
- Esse índice permite que sejam priorizados determinados processos como alvos de melhoria da qualidade.



## EXEMPLO:

- Descrição do macroprocesso de dispensação de medicamentos à uma enfermaria.
- Para cada etapa é designada uma probabilidade de falha e um escore de impacto, de forma que cada etapa seja classificada de acordo com o produto desses dois números.
- As etapas com a maior pontuação devem ser priorizadas na adoção de medidas de proteção.

# PROTOCOLO DE LONDRES

- O protocolo apresenta um processo de investigação de acidentes e análises desenvolvidas em contexto de investigação, que foi adaptado para o uso prático pelos gestores de riscos e outros treinados em investigação de um incidente.
- A finalidade do protocolo é garantir uma investigação exaustiva, pensativa e análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de falhas e culpa.
- Um processo estruturado de reflexão é geralmente mais bem sucedido do que um brainstorming informal ou nas avaliações de suspeita rápida de "especialistas".

# ARTIGOS

1. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. **An alternative strategy for studying adverse events in medical care.** Lancet. 1997;349:309-13.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. **Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.** JAMA. 2002;288:1987-93.
3. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. **Do house officers learn from their mistakes?** Qual Saf Health Care. 2003;12(3):221-6; discussion 7-8.
4. Zastrow RL. **Root Cause Analysis in Infusion Nursing. Applying Quality Improvement Tools for Adverse Events.** The Art and Science of Infusion Nursing. 2015;38(3):225-31.
5. Jason M. Etchegaray, Madelene J. Ottosen, Aitebureme Aigbe, et al. **Patients as Partners in Learning from Unexpected Events.** HSR: Health Services Research. 2016;51(6):2600-14.



## ESTUDO 1.

# An alternative strategy for studying adverse events in medical care,

### OBJETIVO

Realizar um estudo de eventos adversos em pacientes hospitalizados e avaliar a incidência, causa e resposta ao erro.

- Eventos adversos: “Situações em que uma decisão inadequada foi tomada quando, no momento, uma alternativa apropriada poderia ter sido escolhida”.
- **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente (WHO, 2009).

### MÉTODO

Estudo prospectivo e observacional de análise e discussão de eventos adversos durante o atendimento de todos os pacientes internados em três unidades de um grande hospital de ensino.

Etnógrafos participaram de reuniões regularmente agendadas dos prestadores de cuidados de saúde, registraram e classificaram todos os eventos adversos discutidos.

- **PRINCIPAIS RESULTADOS**

De 1047 pacientes estudados:

- 185 (17,7%) tiveram pelo menos 1 evento adverso grave (relacionado à gravidade da doença subjacente do paciente) que levaram a um aumento do tempo de internação hospitalar e aumento de custos para os pacientes.
- 37,8% dos eventos adversos foram causados por um indivíduo.
- 15,6% tiveram causas interativas.
- 9,8% devido a decisões administrativas.
- A maior proporção (29,3%) de eventos adversos ocorreram durante o monitoramento e cuidados pós operatórios.
- Somente 1,2% (13) dos pacientes que sofreram eventos adversos fizeram pedido de indenização.
- Pacientes com maior tempo de internação hospitalar, sofreram mais eventos adversos. A probabilidade de um evento adverso aumentou cerca de 6% para cada dia de internação hospitalar.

## CONCLUSÕES

Há uma grande gama de causas potenciais de eventos adversos e deve ser dada atenção especial aos erros com causas interativas ou administrativas.

As próprias discussões sobre eventos adversos dos profissionais de saúde pode ser uma boa fonte de dados para a prevenção pró ativa de erros.

- **Impacto acadêmico:** Pesquisa publicada nas principais revistas médicas e jurídicas e em publicações de administração de saúde.
- **Impacto político:** Pesquisa foi usada pela Academia Nacional de Ciências dos EUA na proposta de política.
- **Impacto na prática:** Esse estudo foi apresentado em inúmeras reuniões médicas nacionais e muitos médicos tomaram conhecimento do estudo.

## **BARREIRAS**

Desafio: Uma barreira inicial foi a determinação de quem poderia dizer quando o evento adverso ocorreu.

Solução: A barreira foi superada usando etnógrafos para registrar os eventos adversos.

## **RECOMENDAÇÕES:**

Se o país estiver se movendo em direção a registros médicos informatizados, pesquisar sobre como informações erradas entram no registro do paciente.



# Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction

### CENÁRIO:

- Enfermeiros em todo os Estados Unidos relatam consistentemente que os níveis de pessoal da enfermeira hospitalar são inadequados para fornecer cuidados seguros e eficazes.
- Os médicos citam inadequada equipe de enfermagem como um grande impedimento para a provisão de cuidados hospitalares de alta qualidade.
- A falta de enfermeiros hospitalares pode estar ligada a cargas de trabalho irrealistas

### OBJETIVO:

Determinar a associação entre a relação paciente-enfermeiro e:

- mortalidade do paciente,
- falha no resgate (óbitos dentro dos 30 dias de admissão entre pacientes cirúrgicos que sofreram complicações)
- fatores relacionados à retenção de enfermeiros.

## MÉTODO:

Estudo transversal, com dados vinculados de 10.184 enfermeiros pesquisados, 232.342 pacientes hospitalizados de abril de 1998 a novembro de 1999 e dados administrativos de 168 hospitais gerais na Pensilvânia (EUA).

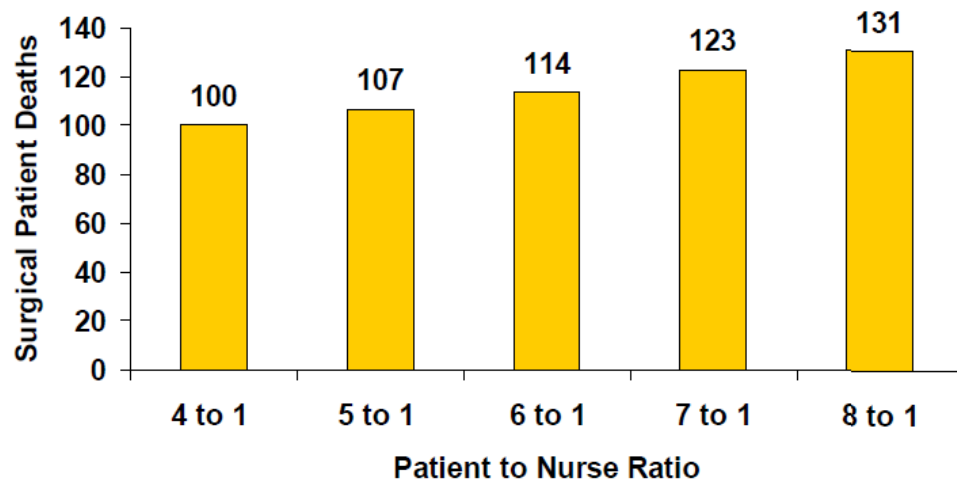
- Resultados do paciente derivados de resumos de alta hospitalar.
- Características hospitalares elaboradas a partir de bancos de dados administrativos.
- Pesquisas enviadas para uma amostra aleatória de 50% de todas os enfermeiros registrados no Conselho de Enfermagem da Pensilvânia. A taxa de resposta às pesquisas de enfermeiros foi de 52%.
- Pelo menos 10 enfermeiros de cada hospital.

## PRINCIPAIS RESULTADOS:

O índice de paciente para enfermeiro variou de 4: 1 a 8: 1.

Após o ajuste das características do paciente e do hospital, cada paciente adicional por enfermeiro foi associado a:

- ✓ 7% de aumento na probabilidade de morrer no prazo de 30 dias após a admissão;
- ✓ 7% de aumento na probabilidade de falha no resgate.



## PRINCIPAIS RESULTADOS:

Cada paciente adicional por enfermeiro foi associado a:

- ✓ Aumento de 23% na probabilidade de Burnout;
- ✓ Aumento de 15% na probabilidade de insatisfação no trabalho.

Dos 232.342 pacientes:

- ✓ 4.535 (2.0%) morreram dentro de 30 dias de admissão;
- ✓ 53.813 (23,2%) sofreram uma grande complicação.
- ✓ A taxa de falha no resgate foi de 8,4% (morte após complicação).

Características dos enfermeiros:

- ✓ 94% do sexo feminino.
- ✓ Média de experiência: 13,8 anos.
- ✓ 43% relataram alta exaustão emocional.
- ✓ 42% relataram insatisfação no trabalho.





## CONCLUSÕES:

Em hospitais com índices elevados de paciente a enfermeiro, os pacientes cirúrgicos apresentam maiores taxas de mortalidade e taxas de falha de resgate de 30 dias, e os enfermeiros são mais propensos a sofrer o esgotamento e a insatisfação no trabalho.

O estudo sugere que, apesar de tudo ser igual, as reduções substanciais nas taxas de mortalidade podem resultar do aumento da equipe de enfermagem. Com base em 4 milhões de procedimentos similares nos EUA por ano, se todos os pacientes fossem tratados em hospitais com uma taxa de 4:1 versus 8:1 pacientes por enfermeiro, haveria 20 mil mortes a menos por ano.

-**Impacto político:** influenciado nos estados dos EUA que debatem a questão da legislação de pessoal de enfermagem.

-**Impacto na prática:** muitos administradores hospitalares repensem suas estratégias de pessoal e forneçam aos enfermeiros cargas de trabalho mais apropriadas.

## BARREIRAS

Desafio: a Associação dos Hospitais da Pensilvânia (PHA) teve preocupações quanto aos relatos da enfermeira sobre a qualidade de atendimento nos hospitais da Pensilvânia e a possibilidade de identificação dos hospitais em revistas científicas.

Solução: a pesquisadora reuniu-se com um grupo de executivos da PHA, explicou a metodologia da pesquisa e que nenhum dos hospitais será identificado.

## RECOMENDAÇÕES:

Realização de estudos como este em outros estados e países.

Mais estudos sobre o ambiente de trabalho de enfermeiros:

- os fatores que poderiam possivelmente manter os enfermeiros no mercado de trabalho;
- melhorar o ambiente de prática de enfermeiros;
- melhorar a qualidade de atendimento ao paciente.



## **ESTUDO 3.**

# **Do house officers learn from their mistakes?**

## **OBJETIVO**

Identificar/verificar como os erros médicos se relacionam com as mudanças na prática clínica assistencial.

## **MÉTODO**

Estudo transversal, realizado através da aplicação de questionário aberto a 254 médicos de 3 grandes hospitais universitários de nível terciário.

O questionário foi enviado via correio e caso não houvesse resposta do sujeito da pesquisa, dois lembretes eram enviados.

De todos os sujeitos contatados, 114 (45%) responderam ao questionário e todos os respondentes relataram um engano ou erro.

## Questionário

- Desenvolvido após revisão da literatura e realização de 2 pré testes.
- Descrição do erro médico mais significativo ocorrido no ultimo ano, como reagiram ao evento e suas consequencias, além da descrição da idade, prognóstico e resultados do paciente e as causas percebidas do erro.
- Descrição do grau de responsabilização pelo erro; resposta emocional ao erro; discussões com outros profissionais sobre o erro; posicionamento institucional sobre o erro e mudanças na prática em decorrência do erro.
- Espaço para escrever comentários, ao final do questionário.
- Utilização de escala likert (4 pts) e formato de resposta categorizada.



90% dos médicos reportaram eventos adversos significativos como consequência dos erros:

- desconforto físico (32%);
- estresse emocional (27%);
- terapia adicional (25%);
- procedimento adicional (13%);
- prolongamento da internação (24%);
- morte ( 31%).

## **PRINCIPAIS RESULTADOS**

### TIPOS DE ERROS

- diagnóstico do paciente (33%);
- evolução e tratamento (21%);
- prescrição e dosagem de medicamentos (29%);
- complicações relacionadas à procedimento (11%);
- falha na comunicação (5%).

## CAUSAS DOS ERROS

-54% não tinha informação necessária para condução do caso clínico;

-51% alegaram ter outras tarefas a desempenhar (ocupados com outros pacientes e supervisão de residentes e internos);

-41% alegou cansaço – era madrugada e não sabia se estava prescrevendo o medicamento adequadamente.

## RESPOSTA AO ERRO

- em 54% dos casos, os médicos relataram ter discutido o erro com o supervisor ;

-em 24% dos casos, discussão do erro com o paciente ou familiar;

-58% dos médicos relataram ter discutido com outro profissional (não medico) sobre o erro;

- apenas 5% não comentou sobre o erro com ninguém.

## RESPOSTA AO ERRO

- em escala de 0 a 100 relacionada a aceitação do erro por parte dos médicos, a média foi 54.5;

-reações de remorso (81%), raiva (79%), culpa (72%), inadequação (60%). Em escala de 0 a 100, a média de sofrimento emocional foi 71.3.

## JULGAMENTO INSTITUCIONAL

-Ambiente institucional inibiu a discussão dos erros em 27% dos casos e a direção foi crítica em 20% dos casos.

## MUDANÇAS NA PRÁTICA

-A maioria (98%) relatou mudança na prática, em decorrência do erro;

-As mudanças mais frequentemente reportadas foram:

Maior atenção aos detalhes (82%)  
Confirmação de dados clínicos pessoalmente (72%)  
Procurar aconselhamento (62%)

Apenas 18% relataram uma ou mais mudanças defensivas na prática.

## MUDANÇAS NA PRÁTICA

- Mudanças construtivas foram mais prováveis em residentes/internos que assumiram a responsabilidade e discutiram o engano ou erro;
- Mudanças construtivas foram menos prováveis quando atribuíram o engano ou erro à sobrecarga de trabalho;
- Mudanças defensivas foram mais prováveis se o residente/interno se sentia sob o julgamento institucional.





## CONCLUSÕES

- Médicos mais experientes deveriam ser mais acessíveis para avaliar decisões críticas relacionadas ao cuidado do paciente, especialmente em casos mais complexos que exigem julgamento clínico crítico mais experiente.
- Sobrecarga de trabalho e atitudes julgadoras por parte das instituições de saúde desencorajam o aprendizado.
- Estudos futuros podem abordar a razão de ainda existir relutância de médicos, residentes/internos em conversar com seus supervisores, sobre seus erros.

## **ESTUDO 4.**

# **Root Cause Analysis in Infusion Nursing. Applying Quality Improvement Tools for Adverse Events.**

## **OBJETIVO**

Descrever a técnica de análise de causa raiz baseada na literatura publicada e opinião de especialistas.

## **MÉTODO**

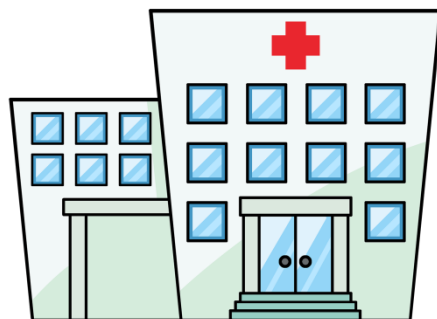
-Estudo descritivo utilizando situação fictícia e análise das causas através do método de análise de causa raiz.

## Caso:

Paciente diagnosticado com infecção de corrente sanguínea associada à cateter central em unidade de cuidados intermediários, após permanência de 2 semanas em UTI, com resultado inicial de culturas sanguíneas positivas na unidade de cuidados intermediários.

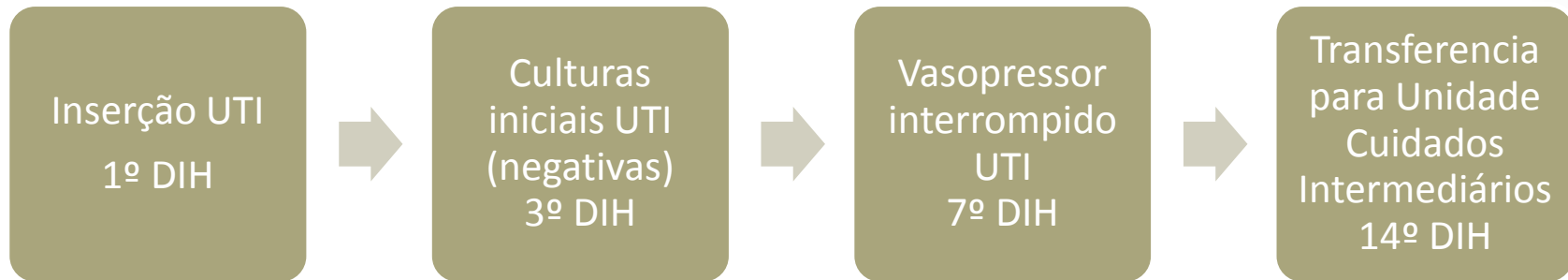
A UTI não teve infecções nos últimos 12 meses e a direção do hospital se comprometeu a eliminar as infecções adquiridas no cuidado em saúde.

O paciente é diagnosticado com sepse , tem 78 anos e é diabético.



## Processo de investigação

*Time line* do evento:



Levantamento de questões:

- Como é realizado procedimento de acesso central na UTI?
  - Quem realiza a desinfecção do hub? Com que frequência? Com que material?
  - Como é realizado a manutenção do acesso central?
- Respostas baseadas em dados coletados onde o erro aconteceu e não através da fala de supervisores ou revisão de políticas institucionais.

## Formação do time

- enfermeiro, médico e terapeutas de infusão (mínimo)

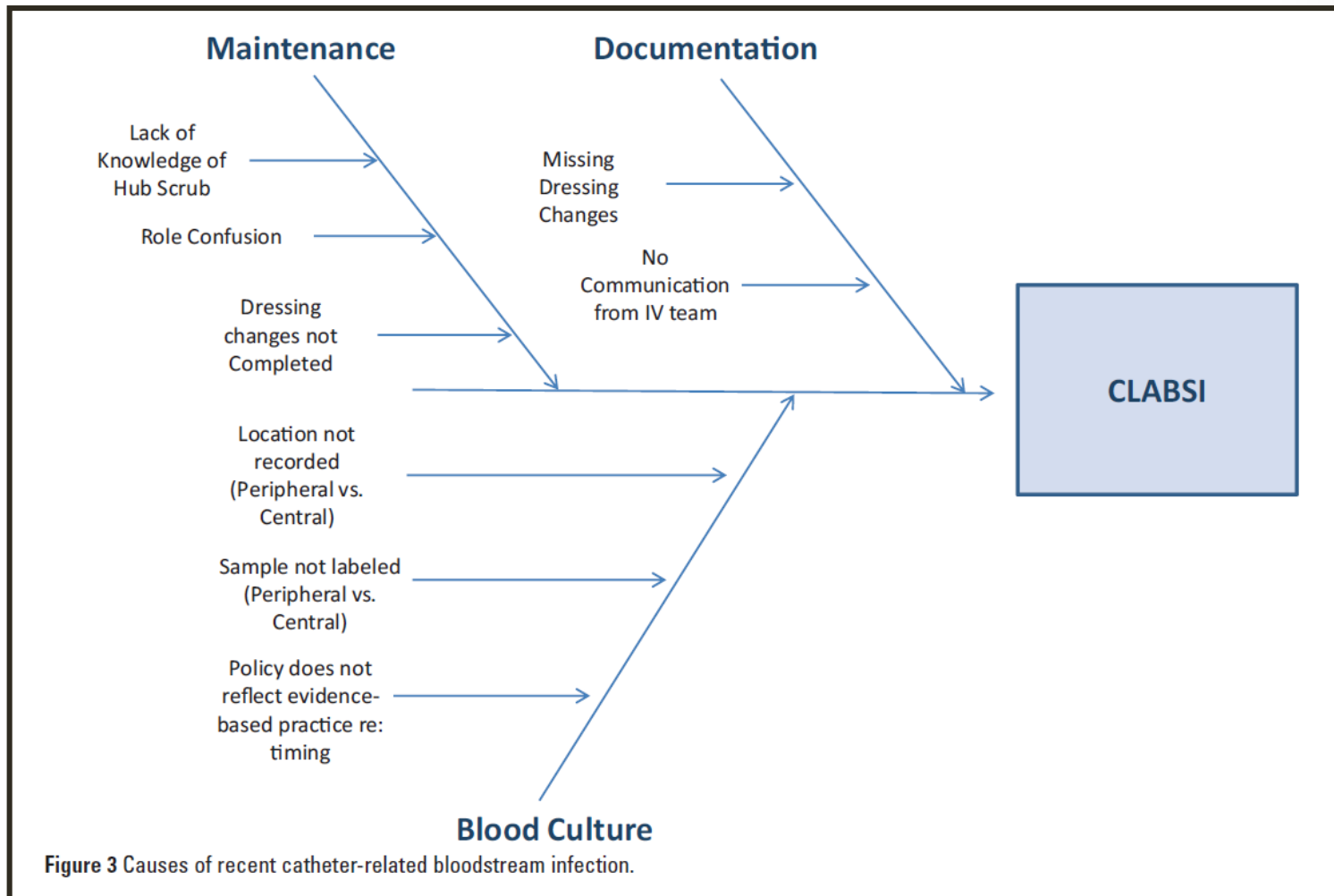


Melhor compreensão dos problemas a beira leito e realidade do local onde ocorreu o evento.

- Auxílio pelo time, no *brainstorming* de potenciais causas, utilizando a ferramenta espinha de peixe.



# Busca das Causas pelo Modelo Espinha Peixe



Fonte: Zastrow, RL. **Root Cause Analysis in Infusion Nursing. Applying Quality Improvement Tools for Adverse Events.** The Art and Science of Infusion Nursing. 2015;38(3):225-31.

# PRINCIPAIS RESULTADOS

## Identificação das causas

Causa Raiz	Ação	Medição resultados	Previsão data
Equipe sente que os médicos reagiriam negativamente quando solicitados a retirar o acesso central.	Melhorar a cultura de segurança organizacional através da construção de equipes.	Médicos compartilharão histórias de segurança no cuidado em saúde com funcionários, em reunião mensal de equipe da UTI,	08.01
Check list de comunicação diária não está sendo usado constantemente.	Equipe de unidade garantindo suprimentos adequados e acesso a formulários; equipe da Análise dos Eventos compartilhando com outros departamentos.	Todas as unidades do hospital serão auditadas por 3 meses , a fim de verificar o uso adequado do check list.	08.01

## BARREIRAS

A necessidade de elaborar um plano de ação pode anular a análise por completo, da causa raiz do problema.

A produção de um relatório pode ser vista como mais importante do que alcançar uma melhoria significativa.

Discussão: quando o potencial para identificar a causa de um problema foge da capacidade da equipe em promover ações de melhoria ou quando não se enquadra no seu escopo de trabalho.

## RECOMENDAÇÕES

- Focar nos fatos e não nas opiniões;
- Focar nas situações e não nas pessoas;
- Eleger a causa mais relevante a ser trabalhada na intervenção;
- A causa mais relevante e a mais fácil (de resolver) raramente são sinônimos;
- Fazer perguntas sobre os eventos e “*near misses*” no seu dia a dia.



## ESTUDO 5

# Patients as Partners in Learning from Unexpected Events.

### OBJETIVO

- Determinar se pacientes/familiares entrevistados poderiam identificar pelo menos um fator que contribuiu para o evento adverso que eles experimentaram.

### MÉTODO

#### Participantes

- 72 entrevistas semiestruturadas com pacientes e familiares que relataram experimentar um evento adverso enquanto hospitalizados. Os eventos ocorreram entre 1991 a 2014.
- Todos os eventos foram únicos.
- Instituições localizadas no Texas (Houston, Austin, áreas metropolitanas).

## Recrutamento:

- Fornecido nomes, números de telefone e e-mails e/ou informação de contato direto para obterem mais informações.
- Enviado cartas aos pacientes de uma das instituições de saúde do sistema da Universidade do Texas (UT), que tinham encerrando reivindicações de negligência médica.
- - Distribuídos panfletos, enviados e-mails e realizados telefonemas para recrutar pacientes/famílias que estavam envolvidos com organizações/grupos de defesa do paciente, que sofreram erros médicos e eventos prejudiciais.

Table 1: Number of Participants throughout Recruitment Process

<i>Participant Group</i>	<i>Total Contacted</i>	<i>Expressed Interest in Participating</i>	<i>Agreed to Participate</i>	<i>Eligible and Interview Completed</i>
Texas hospitals	178	14	12	9
UT system	125	10	9	8
Patient advocacy groups	197	91	85	55

## Critérios de inclusão:

- Pacientes/membros da família que falassem inglês ou espanhol, que experimentaram um evento nocivo durante a hospitalização ou cuidado, e que estavam dispostos a falar sobre sua história.
- Membros familiares que estiveram presentes durante o evento.
- Pacientes menores de 18 anos, os pais foram contatados para participação.

## Critérios de exclusão:

- Pacientes que estavam atualmente envolvidos em processos judiciais relacionados ao evento.



<http://static1.bigstockphoto.com/thumbs/6/5/1/large1500/15601163.jpg>

## Procedimentos:

- Desenvolvido e utilizado um roteiro/guia de entrevista para fornecer consistência de medição nas entrevistas.
- O roteiro constituiu de seis seções.
  - 1. Quebra-gelo
  - 2. Descrever o evento e os danos sofridos.
  - 3. O que contribuiu para que o evento acontecesse?
  - 4. Sugestão de nove fatores contribuintes (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde), específicos com definições.
  - 5. Recomendações para análise do evento que os impactou.
  - 6. Fornecer detalhes adicionais sobre o evento que não foi discutido.
- As entrevistas foram por teleconferência com duração entre 30 e 120min.



<http://recolocacaoprofissional.com/wp-5/07/entrevista-de-emprego.jpg>



<https://www.pso.ahrq.gov/common>



## RESULTADOS:

- Dos 72 entrevistados: 37 eram pacientes e 35 familiares;
- Cada participante identificou pelo menos um fator contribuinte e, em média, foram identificados 3,67 fatores contribuintes para o evento;
- 79,2% dos participantes falaram que a falta de **qualificação do pessoal/treinamento**, sobre medicamentos, procedimentos ou práticas de controle de infecção contribuíram para o evento adverso;
- 73,6% deduziram que os seus cuidadores não seguiram as **políticas de segurança e protocolos** ou que a instituição de saúde não tinha protocolos que teriam evitado que o evento ocorresse;
- 64% mencionaram a falta de **comunicação** entre a equipe/paciente;
- Os participantes sabiam sobre o fatores contribuintes apenas pela **observação pessoal** (32%), 11% raciocínio dedutivo, 7% pesquisa pessoal, 6% por registros, 5% pelo médico, 2% pelo enfermeiro, 1% por outros e 23% mais de um acima.

## RESULTADOS

Table 3: Contributing Factors by Type of Event

<i>Contributing Factor</i>	<i>All Patients</i>	<i>Infection</i>	<i>Medication Error</i>	<i>Diagnostic Error</i>	<i>Surgical Error</i>	<i>Procedure Error</i>	<i>Inappropriate Care</i>	<i>Equipment Error</i>	<i>Fall</i>
	<i>(n = 72)</i>	<i>(n = 20)</i>	<i>(n = 13)</i>	<i>(n = 11)</i>	<i>(n = 9)</i>	<i>(n = 8)</i>	<i>(n = 8)</i>	<i>(n = 2)</i>	<i>(n = 1)</i>
No. of patients identifying this contributing factor (% of group who identified this contributing factor)									
Communication	46 (64)	11 (55)	9 (69)	10 (91)	4 (44)	4 (50)	7 (88)	1 (50)	0 (0)
Documentation/charting	11 (15)	0 (0)	4 (31)	4 (36)	2 (22)	0 (0)	1 (13)	0 (0)	0 (0)
Environment	17 (24)	14 (70)	1 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (13)	0 (0)	1 (100)
Equipment/device	14 (20)	8 (40)	0 (0)	0 (0)	2 (22)	1 (13)	1 (13)	2 (100)	0 (0)
Human factors	33 (46)	14 (70)	3 (23)	5 (45)	3 (33)	5 (63)	2 (25)	1 (50)	0 (0)
Safety policies/procedures	53 (74)	17 (85)	12 (92)	7 (64)	5 (56)	5 (63)	5 (63)	1 (50)	1 (100)
Staffing	17 (24)	10 (50)	2 (15)	1 (9)	1 (11)	1 (13)	2 (25)	0 (0)	0 (0)
Staff qualifications/knowledge	57 (79)	18 (90)	11 (85)	8 (73)	6 (67)	7 (88)	5 (63)	2 (100)	0 (0)
Supervision/support	14 (20)	3 (15)	2 (15)	2 (18)	2 (22)	1 (13)	4 (50)	0 (0)	0 (0)

- Pacientes e familiares forneceram **recomendações** que abordaram cada um dos nove fatores contribuintes que foram examinados.

## CONCLUSÕES

- Pacientes e familiares tem informações que podem compartilhar com base em experiências diretas com seus cuidados, e essa informação é perda potencial se o hospital não tentar entender/ouvir o paciente/família.
- É fundamental o envolvimento de pacientes e familiares na análise dos eventos adversos, além disso, envolver pacientes e familiares nessa compreensão das causas, é um sinal de respeito à eles, demonstra compromisso institucional com transparência e parceria.
- Organizações de saúde devem entrevistar pacientes e familiares sobre os eventos que os prejudicaram, afim de garantir uma compreensão completa das causas dos eventos, buscando assim assistência de qualidade e livre de danos.



## CONCLUSÃO

- Diferentes métodos podem ser empregados para compreender as causas dos eventos adversos.
- Todos os métodos possuem fraquezas e forças distintas, no entanto, mais de uma abordagem pode contribuir ainda mais na compreensão das causas dos eventos adversos.
- A compreensão das causas possibilita uma melhoria na qualidade e uma assistência segura livre de danos ao paciente.





# Referências

- Adams ST, Vincent C. Systems Analysis of clinical Incidents The London Protocol. Disponível em: [https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol\\_e.pdf](https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf)
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002;288:1987-93.
- Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet. 1997;349:309-13.
- Etchegaray JM, Ottosen MJ, Aigbe A, et al. Patients as Partners in Learning from Unexpected Events. HSR: Health Services Research. 2016;51:6, Part II.
- Feldman LB. Gestão de riscos e segurança hospitalar: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento. 2.ed. São Paulo. Martinari, 2009. 391p.
- Maiczuk J, Junior PPA. Aplicação de ferramentas de melhoria de qualidade e produtividade nos processos produtivos: um estudo de caso. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN. 2013;14(1).
- Mendes W. Curso online: Introdução à investigação sobre segurança do paciente/doente. Sessão 4: Compreender as causas. 2012. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/online\\_course\\_portuguese/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/online_course_portuguese/en/).

# Referências

- Rodrigues MV. Ações para a qualidade. 2.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- Runciman WB, et al. The epistemology of patient safety research. International Journal of Evidence Based Healthcare, v. 6, p. 476–486, 2008.
- Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2a.ed.Porto Alegre: AMGH, 2013.p 246-247.
- World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icpsfullreport.pdf>.
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/>
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? Qual Saf Health Care. 2003;12(3):221-6; discussion 7-8.
- Zastrow RL. Root Cause Analysis in Infusion Nursing. Applying Quality Improvement Tools for Adverse Events. The Art and Science of Infusion Nursing. 2015;38(3):225-31.