



16^o Encontro Nacional da Rede Sentinela

VIVENCIANDO A INOVAÇÃO PARA
A SEGURANÇA DO PACIENTE

ORGANIZADORES





Experiências na Segurança do Paciente e Gestão de Risco

Fernando Barroso



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.



Hospital de São Bernardo



Hospital Ortopédico
Sant'Iago do Outão

380 Camas | **2100** Profissionais | **322.441** habitantes na área de influência do CHS

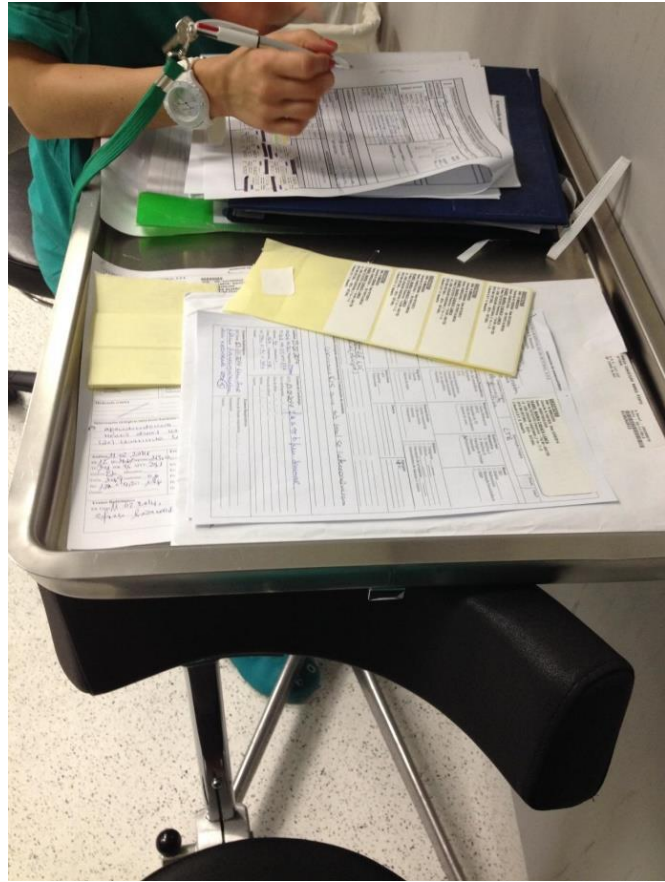
Tx Infecção no último inquérito de prevalência (2017) = 12,9% ± 50 pacientes com IACS

Segurança do Paciente







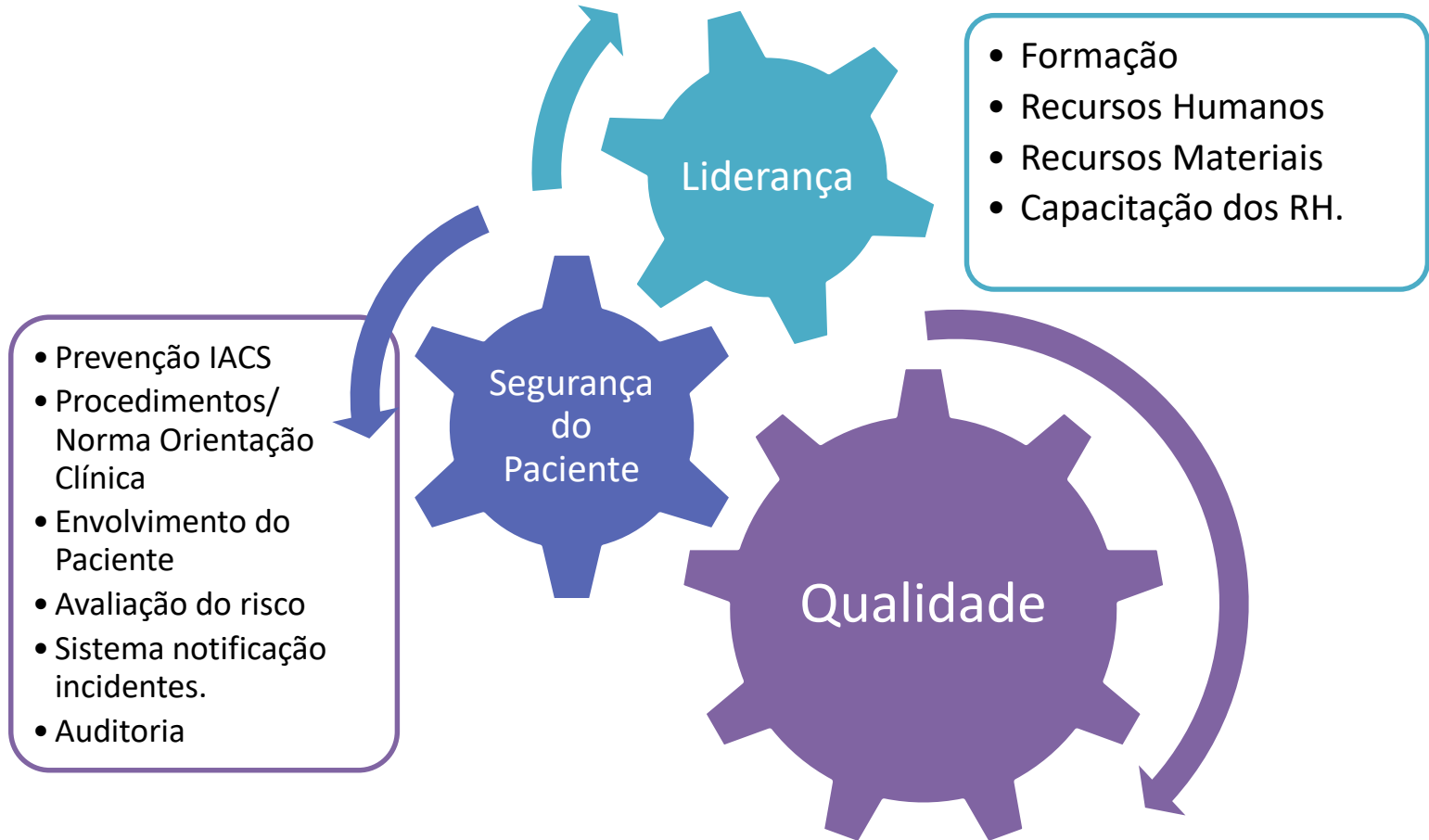




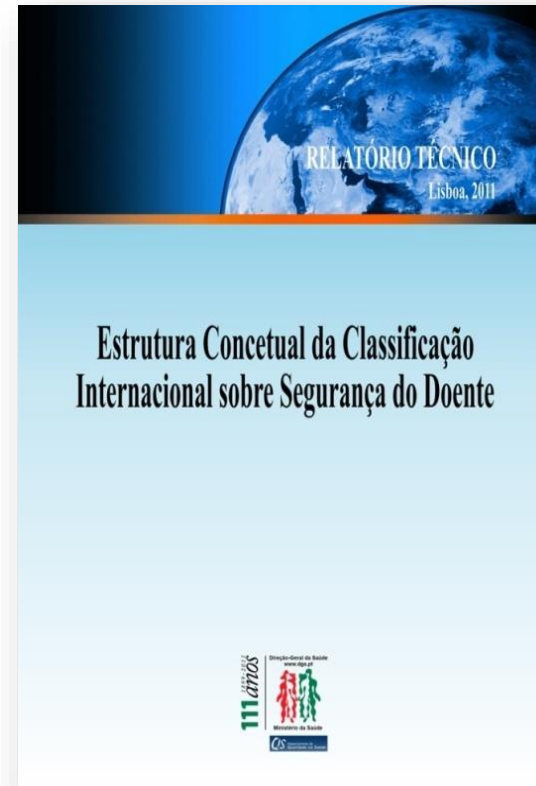








Importante,
comunicar com uma
linguagem comum.



<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>

“Segurança do Doente (Paciente)”

A **redução do risco** de **danos desnecessários** relacionados com os cuidados de saúde, para um **mínimo aceitável**.

Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

CISD, p14

Porquê a Segurança do Paciente?

Estados Unidos América

- **44.000/98.000 mortes/ano** em resultado de erros relacionados com os cuidados de saúde
- **7.000 mortes evitáveis** relacionadas com o medicamento
- Custos estimados de 17/29 biliões de dólares
- Erros clínicos no internamento - **8ª causa de morte**

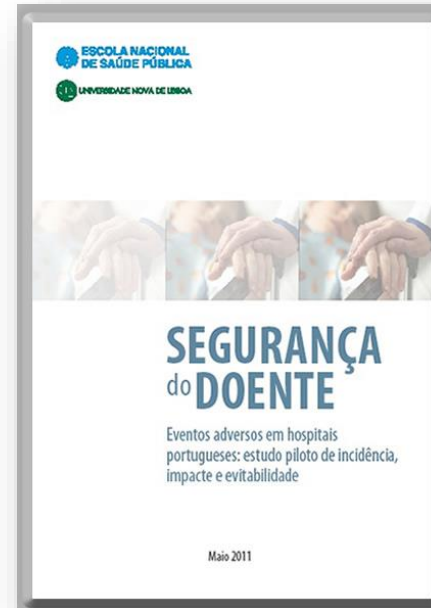
(To Err is Human: Building a Safer Health System, IOM, 1999)

Porquê a Segurança do Paciente?

Em Portugal...

- A **taxa de incidência** de Eventos Adversos é de **11,1%**,
- em que **53,2% são evitáveis**
- **10,7 dias de prolongamento**, em média, dos **episódios de internamento**.

(Sousa et al., 2011)



Porquê a Segurança do Paciente?

- Estima-se que **um terço** dos eventos adversos são atribuídos a **erros humanos e erros do sistema**.

Team strategies and tools to enhance performance and patient safety (TeamSTEPPS), Department of Defense and Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/qual/teamsteps/>

Porquê a Segurança do Paciente?

- Uma **pesquisa** realizada durante o **período de 10 anos (1995-2005)** demonstrou que a **comunicação ineficaz da equipa é a causa raiz de quase 66% de todos os erros médicos** durante esse período.
 - **Isso significa que, quando os membros da equipa de cuidados de saúde não comunicam de forma efetiva, o atendimento ao paciente geralmente sofre.**

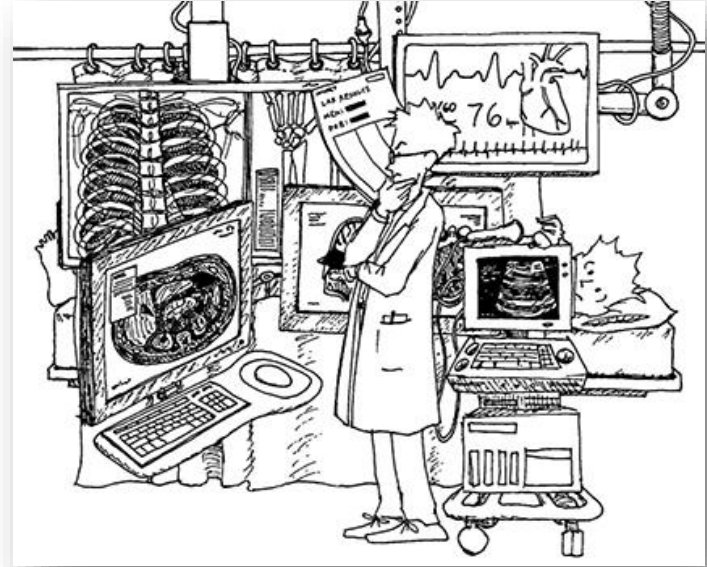
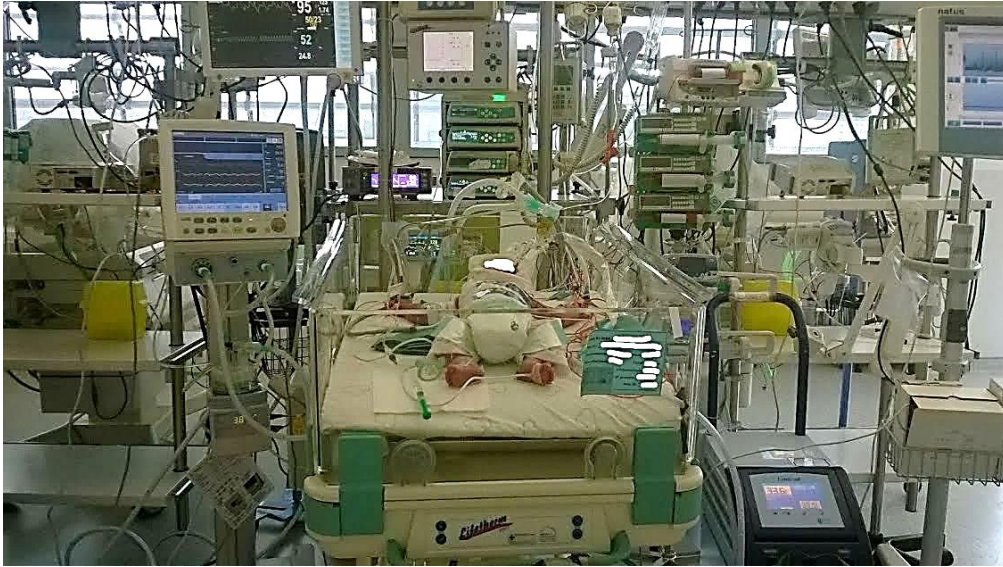
Team strategies and tools to enhance performance and patient safety (TeamSTEPPS), Department of Defense and Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>

Porquê a Segurança do Paciente?

- (...), a **vulnerabilidade ao erro** médico **aumenta** quando os membros da equipa de saúde estão sob ***stresse***, quando desempenham tarefas de **grande complexidade** e quando não comunicam de forma clara ou efetiva.

Team strategies and tools to enhance performance and patient safety (TeamSTEPPS), Department of Defense and Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov/qual/teamsteps/>

Os cuidados de saúde são cada vez mais **complexos...**



Segurança do paciente = **redução do risco** de **danos desnecessários** relacionados com os cuidados de saúde, para um **mínimo aceitável**.

Fatores Humanos

“A forma como o **cérebro humano** processa a **informação** e as **funções** quando **afetado** por **condicionalismos** externos e internos”



- Como é que eu cheguei aqui?



Fatores Humanos

a) Devemos reconhecer:

- 1) A natureza universal da **falibilidade humana**;
- 2) A **inevitabilidade do erro**.

b) Assumir que **os erros vão acontecer**.

c) Definir um **desenho de como as coisas vão funcionar** e interagir no local de trabalho, para **minimizar a probabilidade do erro ou das suas consequências**.

As nossas decisões e ações podem falhar...

O fato de podermos **não compreender algumas situações**, apesar da melhor das intenções é uma das principais razões para que as nossas decisões e ações possam **falhar**, resultando em **erros "tolos"**.

Independentemente da experiência, inteligência, motivação ou vigilância, **as pessoas cometem erros.**



O que é um erro?

- A falha de uma ação planeada para atingir o seu resultado pretendido;
- Um desvio entre o que foi realmente feito e o que deveria ter sido feito;

James Reason



Uma definição mais fácil de recordar é:

"Fazer a coisa errada quando se pretende fazer a coisa certa"

Factores Individuais que nos predispõem para o erro

Capacidade de memória limitada, que é influenciada e reduzida por:

- Fadiga (24 horas de privação de sono tem efeitos no desempenho semelhante a conteúdo de álcool no sangue de 0,1%)
- Stress.
- Fome.
- Doença.
- Idioma ou factores culturais.
- Atitudes perigosas.





CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.



**Comissão da Qualidade e
Segurança do Doente**

Comissão Gestão do Risco

Grupo de Indicadores,
Auditoria e Risco Clínicos

Comissão Controlo Infecção

Avaliação do Risco

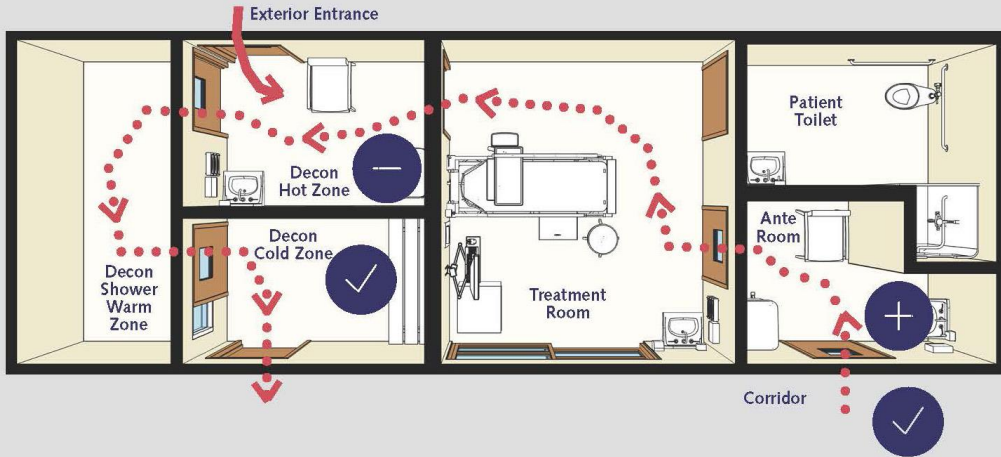
Sistema de Notificação de Incidentes

Auditoria

Avaliação do Risco



Deixem-me adivinhar. É contagioso!...



Avaliação de Risco

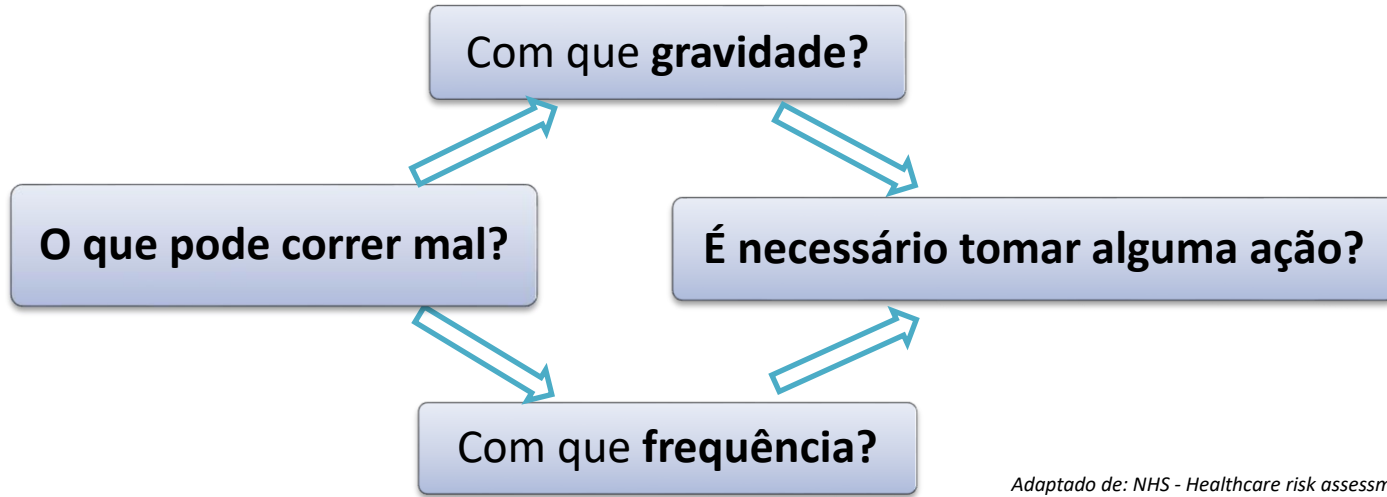
- A **avaliação de risco** é um método sistemático e eficaz de **identificação de riscos**, permitindo determinar os melhores **meios** e melhor relação **custo/eficácia** para minimizar ou removê-los.



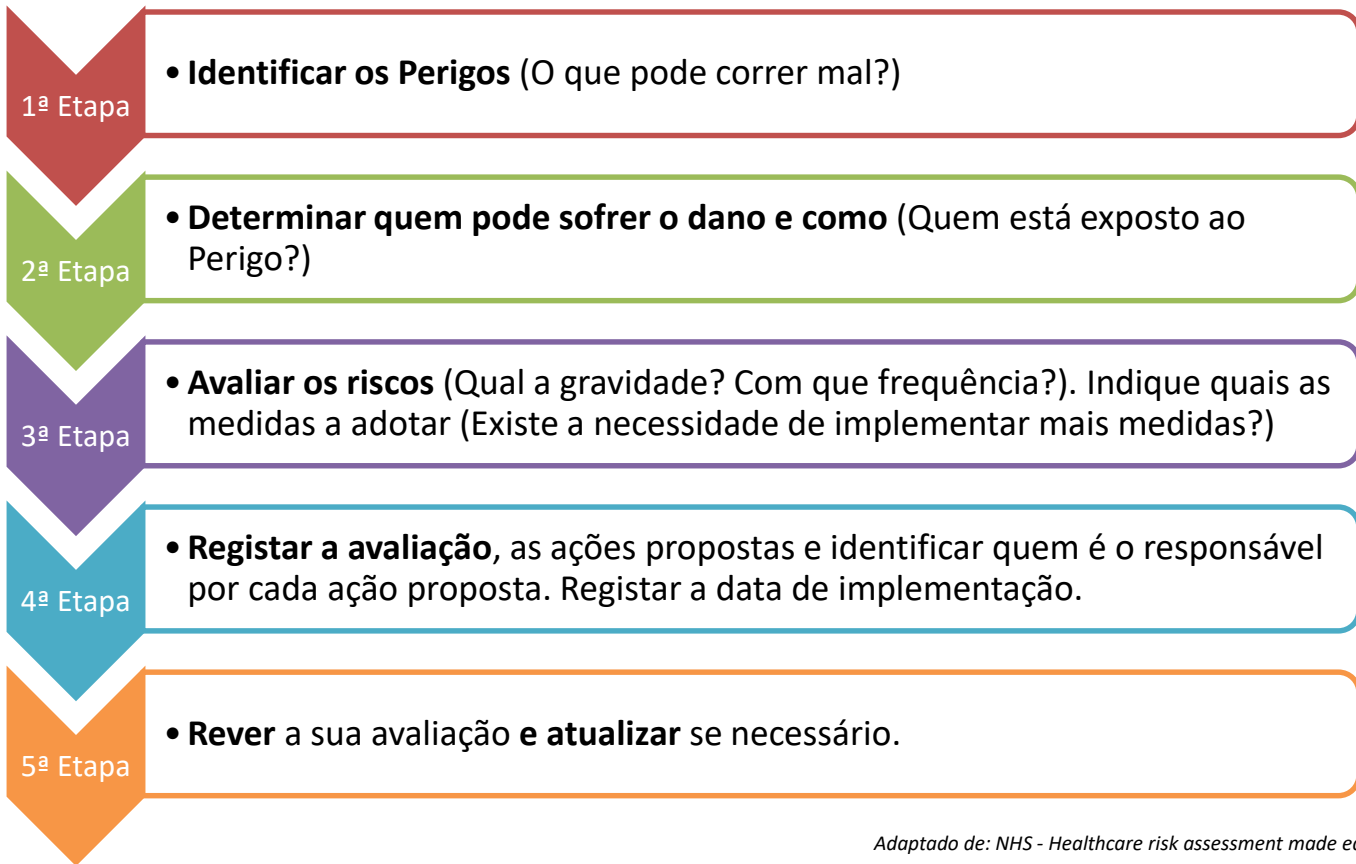
Avaliação de risco

O que é um Levantamento de Riscos?

Um levantamento de risco procura responder a quatro perguntas simples, e relacionadas:



Adaptado de: NHS - Healthcare risk assessment made easy



Adaptado de: NHS - Healthcare risk assessment made easy

Exemplo de instrumento de registo

Perigo n.º _____		Data: ___/___/___	Local: _____		
Identificação do Perigo	Risco(s) Associado(s)	Nº e Caracterização das Pessoas Expostas	Frequência [de A a E]		
			Gravidade [de I a V]		
			Nível de Risco [de 5]		
Plano de Acção					
Quais as Medidas Corretivas/Preventivas propostas para eliminar/reduzir o risco?	Quem vai Implementar?	Qual o Prazo?	Quais as Evidências?	A Reavaliar em?	

Níveis de Risco

Frequência Gravidade	A Extrema/ Remota	B Remota	C Improvável	D Provável	E Frequente
I – Baixo	1	1	1	1	1
II – Ligeiro	1	2	2	2	3
III – Moderado	2	2	3	3	3
IV – Severo	3	3	4	4	5
V - Catastrófica	3	4	4	5	5

Níveis de Risco / Prioridades de Intervenção / Prazos

Nível de Risco		Prioridade de Intervenção	Prazo
1 - Baixo	1	Atuação não prioritária	<i>Logo que possível</i>
2 – Significativo	2	Intervenção a médio prazo	<i>6 Meses</i>
3 – Elevado	3	Intervenção a curto prazo	<i>3 Meses</i>
4 – Muito Elevado	4	Atuação urgente	<i>1 Mês</i>
5 – Inaceitável	5	Atuação muito urgente	<i>Imediato</i>

Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2015-2020

3882-(2)

Diário da República, 2.ª série—N.º 28—10 de fevereiro de 2015



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

notifiQ@

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Departamento da Qualidade na Saúde

Identifique a Instituição onde ocorreu o incidente?

Seleccione...

Quem realiza a notificação? *

- O próprio que sofreu o incidente
 Qualquer terceira pessoa (familiar/amigo/outra situação)

Quando teve conhecimento da ocorrência do incidente? *

- Imediatamente
 No próprio dia
 Passadas mais de 24 horas
 Desconhecido

Informação sobre o incidente

Ocorrência comunicável - uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

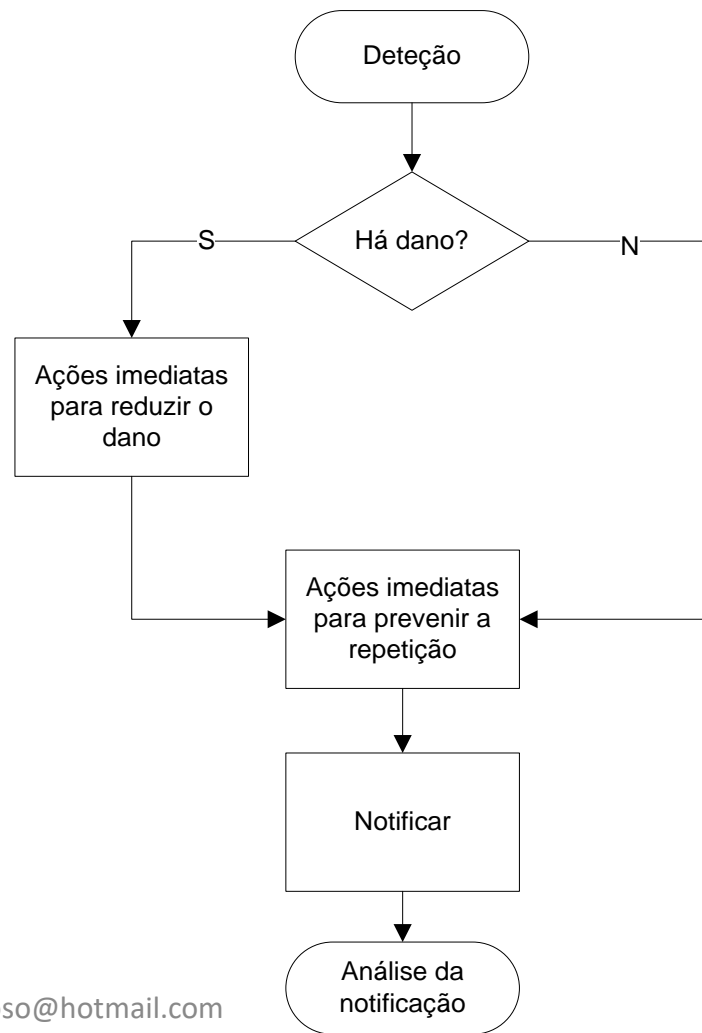
Quase evento - um incidente que não alcançou o doente.

Evento sem dano - um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis.

Evento com dano (também identificado como Evento Adverso) - é um incidente que resulta em danos para o doente.

Trata-se de um: * (escolha a opção) ▼

Sistema de notificação de incidentes



Unidade de Farmacovigilância Setúbal e Santarém

Integrada no Sistema Nacional de Farmacovigilância

Procurar



[Início](#)

[UFS](#)

[Notificação](#)

[Formação](#)

[Publicações](#)

[Legislação](#)

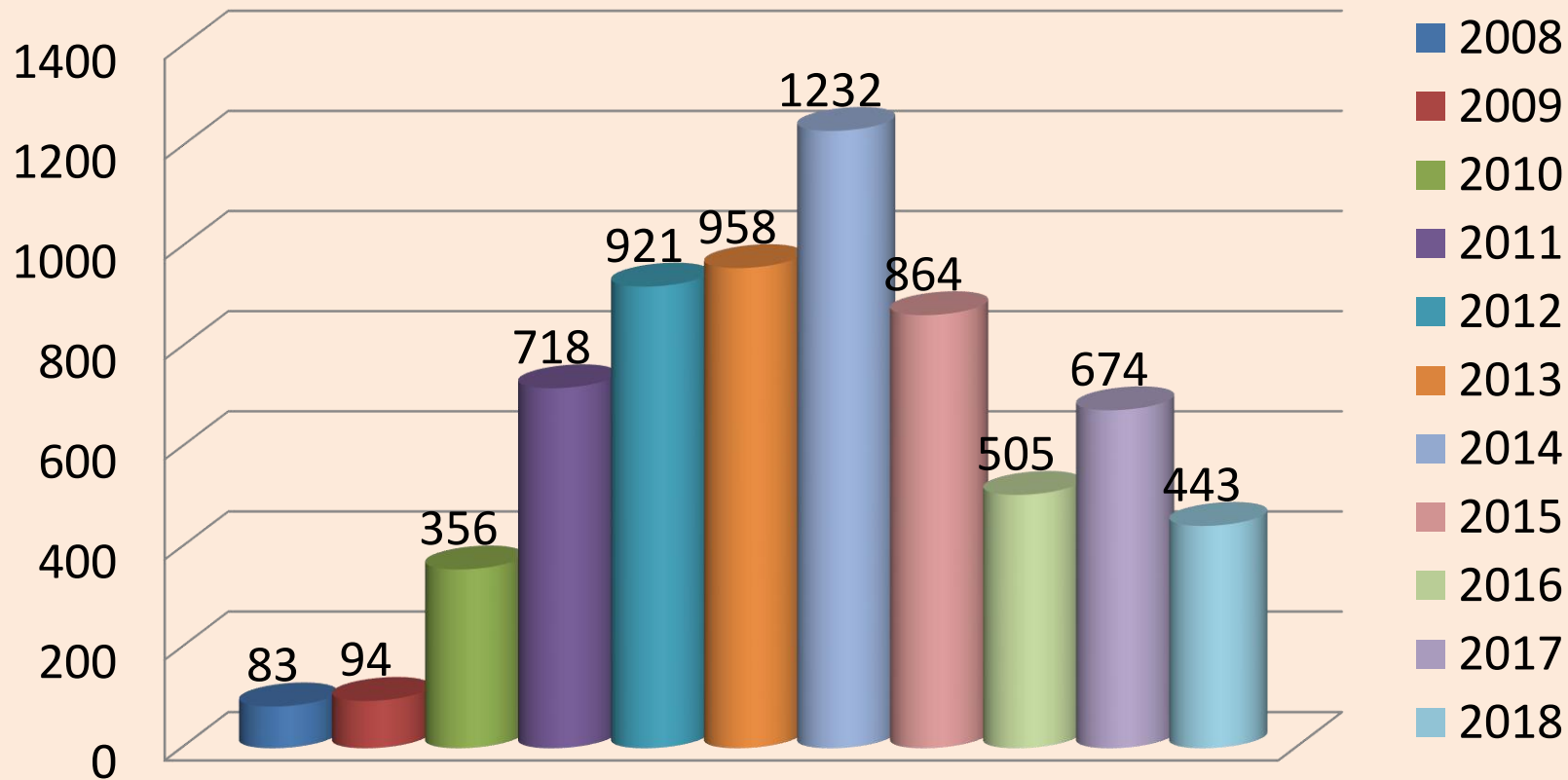
[Alertas](#)

[Links](#)

[Contactos](#)

Notificação

Nº de Incidentes Clínicos notificados, por ano, no CHS.



Relatos de Incidente Clínicos (RIC's) Relatório de Progressão – 01 de Janeiro a 30 de Junho de 2018

- Durante o período em análise foram notificados ao GIARC um total de 388 RIC's. (Gráfico n.º 1).
- A taxa de resposta do GIARC (% de RIC's com análise concluída) é de 86,34% (Tabela n.º 1).
- O tipo de incidente mais relatado é "Úlcera Por Pressão" com 113 RIC's (29,12%) (Tabela n.º 2).
- Em 49,3% dos incidentes relatados ocorreu DANO PARA O DOENTE (Evento Adverso + Evento Adverso Grave) (Tabela n.º 2).
- Foi o grupo profissional de Enfermagem (353 RIC's) que enviou mais notificações. (Gráfico n.º 2).

Tabela n.º 1

Período em Análise	N.º Total de RIC's	RIC's Em Aberto	RIC's c/ Análise Iniciada ou aguardar informação do Serviço	RIC's Concluídos	Taxa de Resposta
01-Janeiro-a 30-Junho-2018	388	47	6	335	86,34%

Gráfico n.º 1

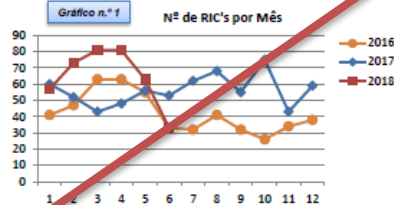


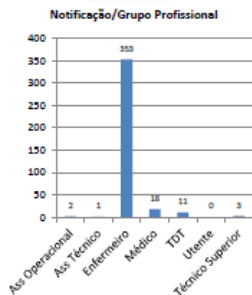
Tabela n.º 2

Classificação do Incidente Quanto ao Dano para o Doente	n	%
Ocorrência Comunicável	107	27,6
Quase Evento	8	2,1
Evento Sem dano	82	21,1
Evento Adverso	190	49,0
Evento Adverso Grave	1	0,3
Total	388	100%

Tabela n.º 3

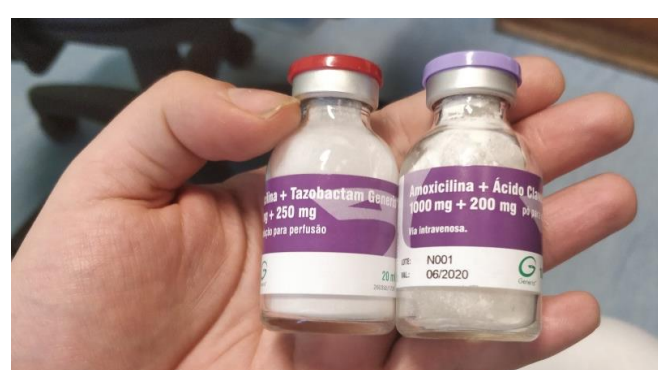
Tipo de Incidente	n	%
Administração Clínica	6	1,55
Acidente do Doente	1	0,26
Comportamento	4	1,03
Dieta/Alimentação	11	2,84
Dispositivo/Equipamento médico	34	8,76
Documentação	8	2,06
Documentação (Identificação Incorrecta)	1	0,26
Infeção associada aos cuidados de saúde	4	1,03
Infraestrutura/Edifício/Instalações	6	1,55
Medicação/fluídos IV	12	3,09
Medicação/fluídos IV (LASA)	3	0,77
Morte Inesperada	0	0,00
Oxigénio/gás/vapor	1	0,26
Processo/Procedimento clínico	16	4,12
Queda de Doente (Acidentes do Doente)	84	21,65
Recursos/Gestão Organizacional	84	21,65
Sangue/Hemoderivados	0	0,00
Úlcera por Pressão	113	29,12
Total	388	100,00

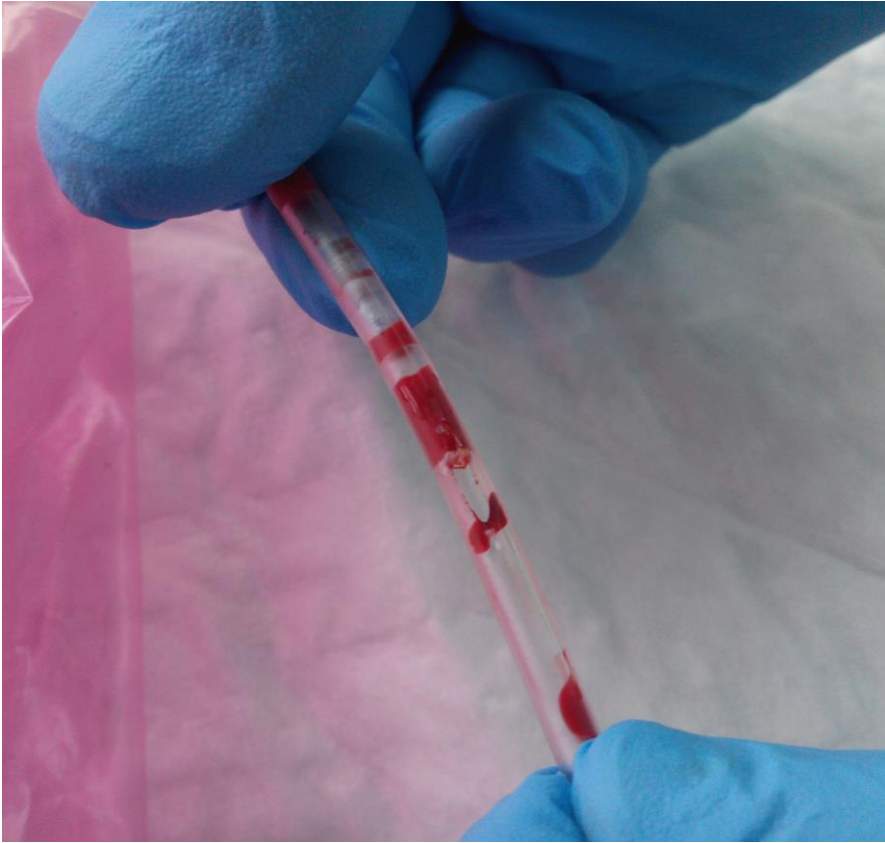
Gráfico n.º 2

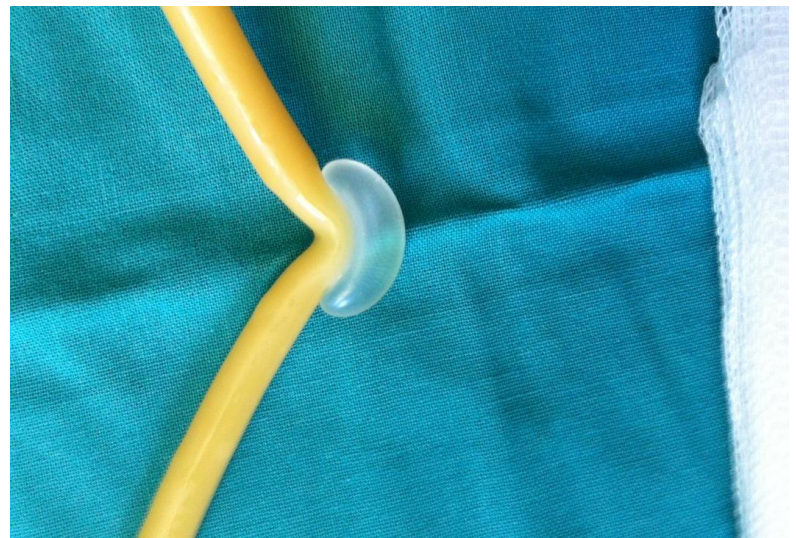


O GIARC agradece a todos os Profissionais as notificações enviadas que contribuem para a melhoria da Segurança do Doente no CHS

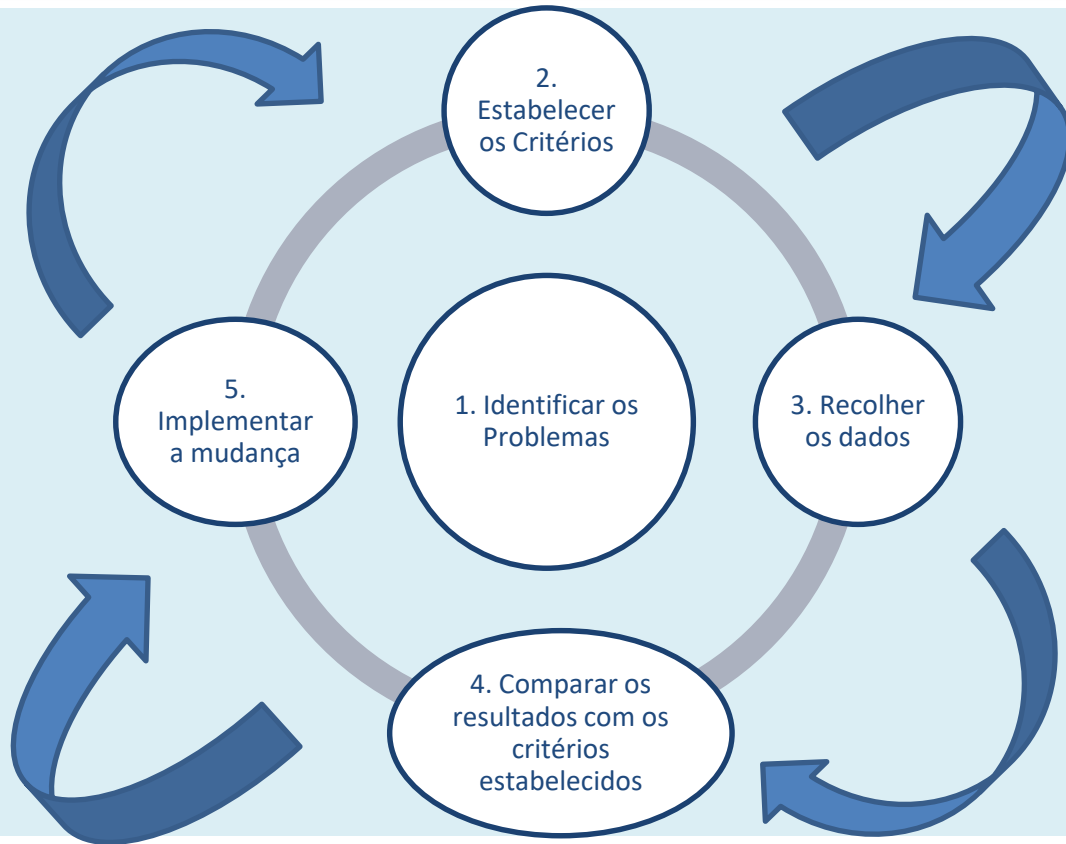
Tipo de Incidente	n	%
Administração Clínica	6	1,55
Acidente do Doente	1	0,26
Comportamento	4	1,03
Dieta/Alimentação	11	2,84
Dispositivo/Equipamento médico	34	8,76
Documentação	8	2,06
Documentação (Identificação Incorrecta)	1	0,26
Infeção associada aos cuidados de saúde	4	1,03
Infraestrutura/Edifício/Instalações	6	1,55
Medicação/fluídos IV	12	3,09
Medicação/fluídos IV (LASA)	3	0,77
Morte Inesperada	0	0,00
Oxigénio/gás/vapor	1	0,26
Processo/Procedimento clínico	16	4,12
Queda de Doente (Acidentes do Doente)	84	21,65
Recursos/Gestão Organizacional	84	21,65
Sangue/Hemoderivados	0	0,00
Úlcera por Pressão	113	29,12
Total	388	100,00



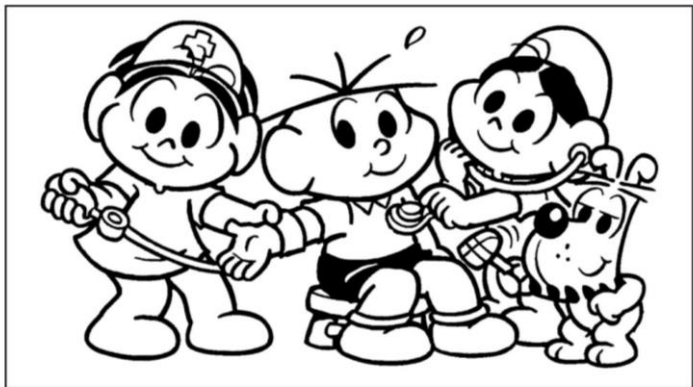
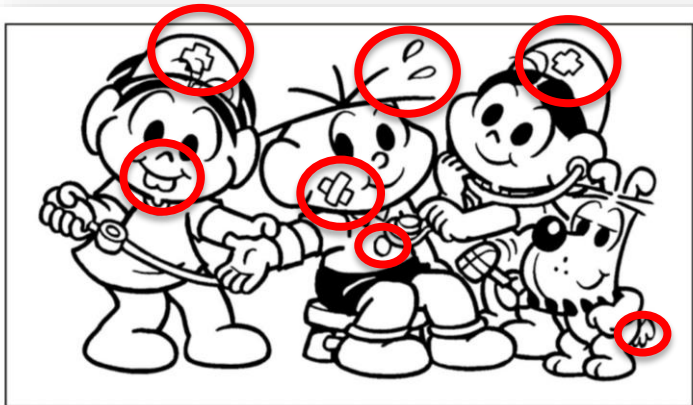




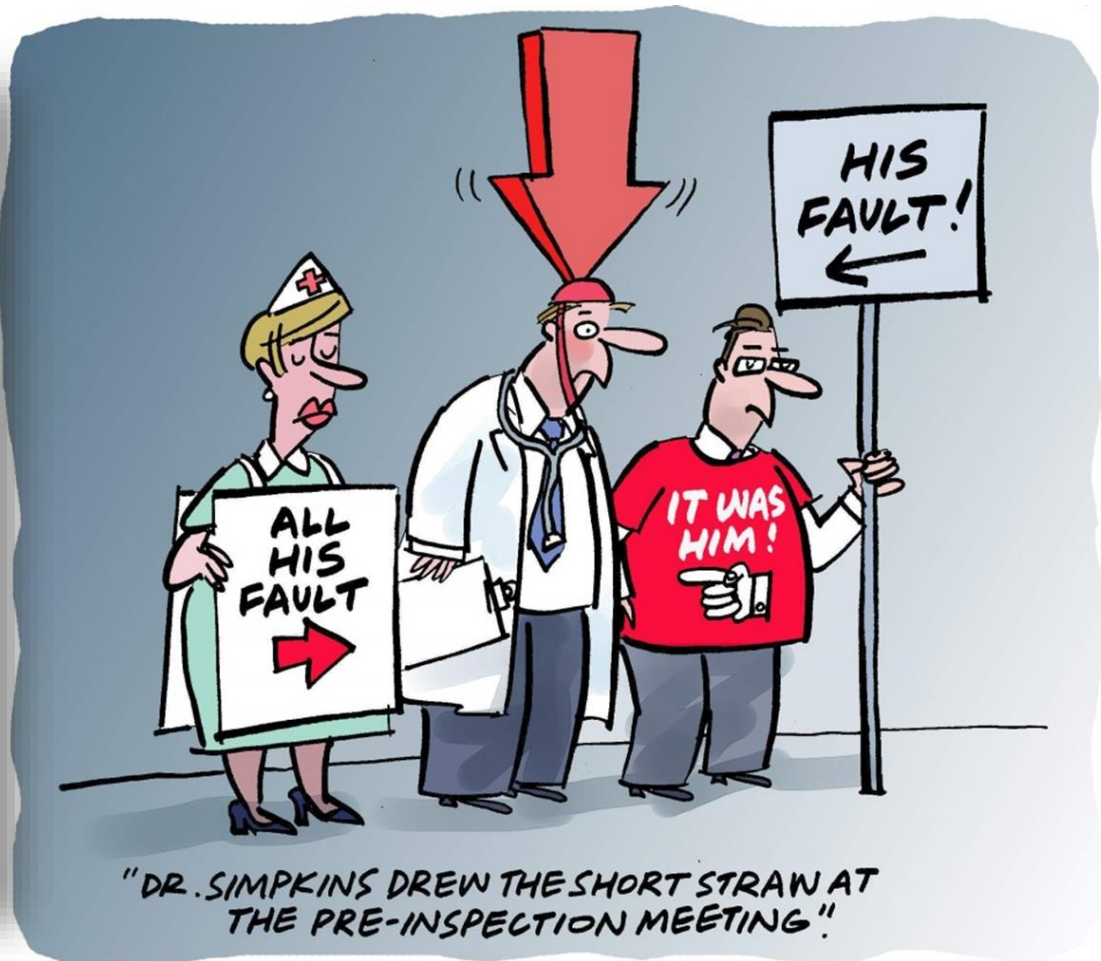
O CICLO DE AUDITORIA

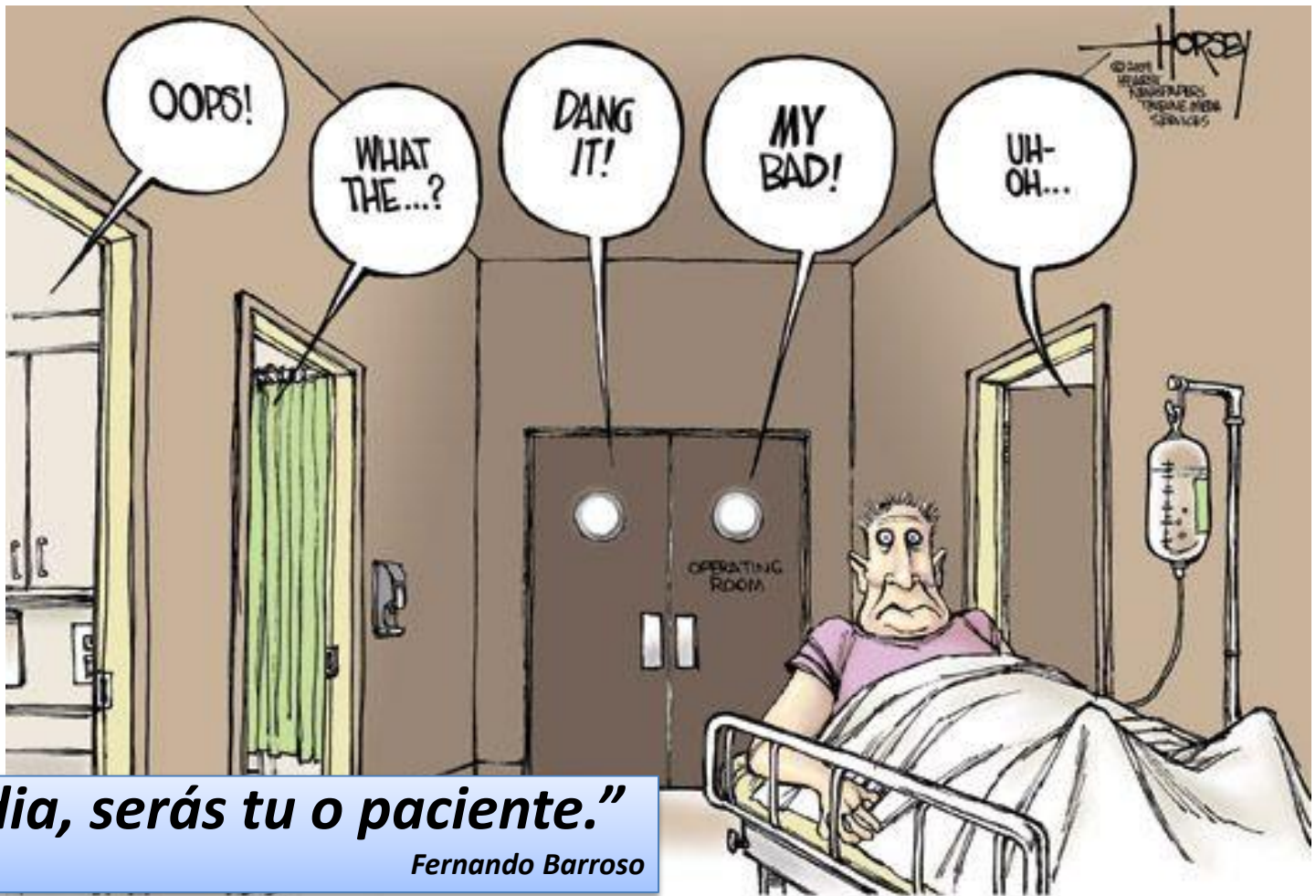


Evidências



Crítérios





“Um dia, serás tu o paciente.”

Fernando Barroso

HOSPITAL MEDICAL ERRORS KILL 98,000 AMERICANS EACH YEAR. -- HEARST NEWS INVESTIGATION

fernandofaustombarroso@hotmail.com

- Por favor, caso tenha alguma sugestão **que queira partilhar comigo**, envie um email para: **fernandofaustombarroso@hotmail.com**

Convido ainda a conhecer e acompanhar o blog
www.risco-clinico.blogspot.pt

Segurança do Doente
Aprender, Partilhar, Informar

Home Começa Aqui Newsletter Grátis Notificação Incidentes Vídeos & Apresentações Lidera a Tua Vida

DOMINGO, 28 DE AGOSTO DE 2016

Nº DE VISITAS
960493

PESQUISA POR "PALAVRA-CHAVE"

TOP 5 - ÚLTIMOS 30 DIAS

Livro - Onde Falham os Médicos | David Newman (SD#259)

Livro grátis - Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática

ALERTA DE SEGURANÇA DO DOENTE - Recomendação de técnica para eliminar a existência de fragmento de borracha na preparação de medicação

É fundamental partilhar a aprendizagem conseguida com a análise de **incidentes** que colocam em risco a **segurança do doente**. Apenas desta forma é possível aumentar o nível de consciência de todos os envolvidos e assim diminuir o risco.

Fiel a este princípio e pela sua **importância**, partilho um incidente recente, a investigação que se sucedeu e a recomendação a que chegámos.

Obrigado

“Um dia, serás tu o paciente.”

Fernando Barroso