



Aplicação da Análise de Causa Raiz em Eventos Sentinelas em um Hospital Oncológico no Rio de Janeiro um Relato de Experiência

Simone de Amorim Carrera
Valdete Oliveira Santos
Beatriz Gerbassi Costa Aguiar

Introdução

- Segurança do paciente;
- Análise de Causa Raiz, também conhecida como RCA (Root Cause Analysis);
- Prevenção e redução de erros e danos ao paciente.



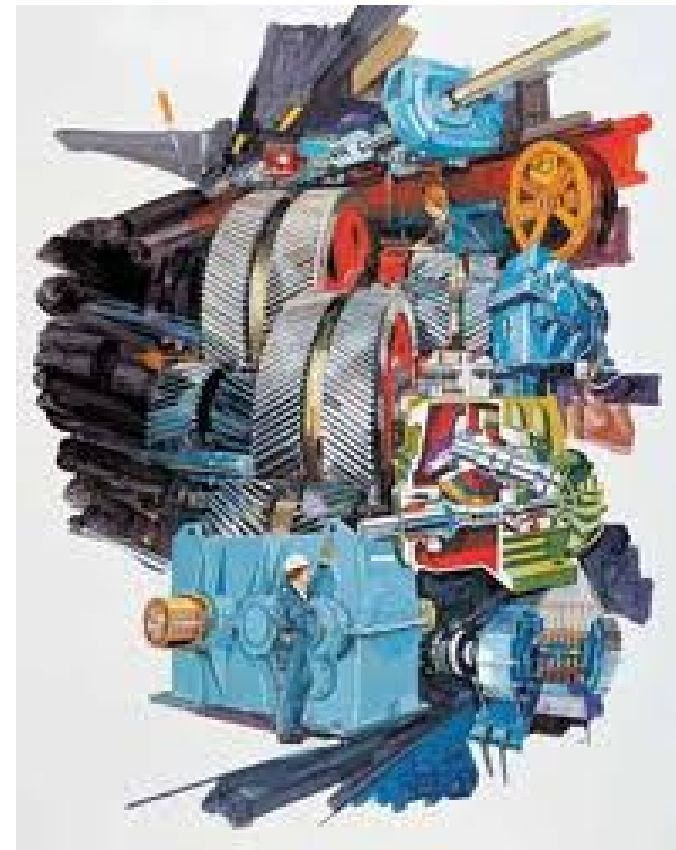
Objetivo

- Relatar a experiência da aplicação da análise de causa raiz em eventos sentinela ocorridos em uma instituição federal oncológica no Rio de Janeiro.



Método

- Levantamento bibliográfico nas bases de dados para utilização da ferramenta;
- Reuniões dos membros do comitê de segurança do paciente com os profissionais que fizeram parte do processo no qual ocorreu o evento.



+

<u>Nível de Análise</u>		<u>Perguntas</u>	<u>Achados</u>	<u>Causa Raiz?</u>	<u>Pergunt e Por que?</u>	<u>Empreender uma ação?</u>
<u>O que aconteceu?</u>	<u>Evento Sentinela</u>	Quais são os detalhes do evento? (Breve descrição)				
		Quando o evento ocorreu? (Data, dia ou semana, horário)				
		Qual área/ serviço foi afetada(o)?				
<u>Por que isto aconteceu?</u>	O Processo ou atividade no(a) qual o evento ocorreu.	Quais são as etapas do processo, conforme ele foi desenhado (fazer um diagrama de fluxo pode ser útil)				
90Quais são os fatores mais próximos?		<u>Que etapas estiveram envolvidos (ou contribuíram) para o evento?</u>				
(Tipicamente são as “causas especiais de variação”)	<u>Fatores humanos</u>	Que fatores humanos foram relevantes para o resultado?				
	<u>Fatores de equipamentos</u>	Como o desempenho do equipamento afetou o resultado?				

	<u>Fatores ambientais controláveis</u>	Que fatores afetaram diretamente o resultado?			
	<u>Fatores externos incontroláveis</u>	Eles estão verdadeiramente além do controle da organização?			
	<u>Outros</u>	Existem outros fatores que influenciaram diretamente este resultado?			
		Que outras áreas ou serviços foram afetados?			



<u>Nível de Análise</u>		<u>Perguntas</u>	<u>Achados</u>	<u>Causa Raiz?</u>	<u>Pergunte Por que?</u>	<u>Empreender uma ação?</u>
Por que isso aconteceu? Que sistemas e processos estão subordinados àqueles fatores próximos?	Questões relacionadas á Recursos Humanos	Em que medida a equipe está qualificada de modo apropriado e é atualmente competente para as suas responsabilidades?				
(Aqui, causas comuns de variação podem conduzir à causas especiais de variação em processos dependentes)		Como a equipe atual está, comparada com níveis ideais?				
		Quais são os planos para lidar com contingências que tenderiam a reduzir os níveis efetivos da equipe?				
		Em que medida o desempenho da equipe é abordado no processo que está em funcionamento?				
		Como a orientação e o treinamento em serviço pode ser aperfeiçoado?				
	Questões relacionadas ao Gerenciamento da Informação	Em que medida a informação requerida está disponível quando necessário? Informação acurada? Completa? Ambígua?				



Análise de Causa Raiz e Plano de Ação



		Em que medida a comunicação entre os participantes é adequada?				
	Questões relacionadas ao Gerenciamento do Ambiente	Em que medida o ambiente físico estava apropriado para o processo que estava sendo executado?				
		Que sistemas estão em curso para identificar riscos ambientais?				
		Que respostas de emergência e de modelo de falha foram planejadas e testadas?				
	Questões da liderança: - Cultura corporativa	Em que medida a cultura contribui para a identificação e redução do risco?				
	- Incentivo à comunicação	Quais são as barreiras para a comunicação de potenciais fatores de risco?				
	- Clara comunicação das prioridades	Em que medida a prevenção de resultados adversos é veiculada como uma alta prioridade? Como?				
	Fatores incontroláveis	O que pode ser feito para a proteção contra estes fatores incontroláveis?				



<u>Plano de Ação</u>	<u>Estratégias para Redução do Risco</u>	<u>Medidas de Efetividade (indicadores)</u>
Para cada um dos achados identificados na análise que necessitam de uma ação, indique a ação planejada, a data de implementação e a medida de efetividade associada. OU.....	<u>Plano de Ação #1:</u>	
Se após a consideração de um achado, uma decisão for tomada de não se executar uma estratégia de redução de risco, indique a razão para não iniciar a ação neste momento.	<u>Plano de Ação #2:</u>	
Verifique para estar certo, que a medida selecionada fornecerá dados que permitirão avaliar a efetividade da ação.	<u>Plano de Ação #3:</u>	
Considere quando um teste-piloto de uma melhoria planejada deve ser conduzido.	<u>Plano de Ação #4:</u>	
As melhorias para reduzir o risco devem ser implementadas em todas as áreas onde aplicáveis, <u>nao</u> somente onde o evento ocorreu. <u>Identifique onde as melhorias serão implementadas.</u>	<u>Plano de Ação #5:</u>	
	<u>Plano de Ação #6:</u>	
	<u>Plano de Ação #7:</u>	
	<u>Plano de Ação #8:</u>	



Conclusões

- Foi possível identificar fragilidades nos processos que favorecem a ocorrência de incidentes;
- Necessidade de sensibilizar a equipe de saúde de que esta análise dos processos de trabalho, é fundamental na promoção da segurança do paciente.



Conclusões

- Os benefícios advindos dessa ferramenta superam suas possíveis fragilidades e limitações, devido ao raciocínio crítico desenvolvido e à aplicação do sistema sobre cada incidente ocorrido.



Obrigada!

