

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

NO ÂMBITO HOSPITALAR



Lucia Helena Grando



Maria Sigride 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-ICHС
- 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 (HSOPSC)*** 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>



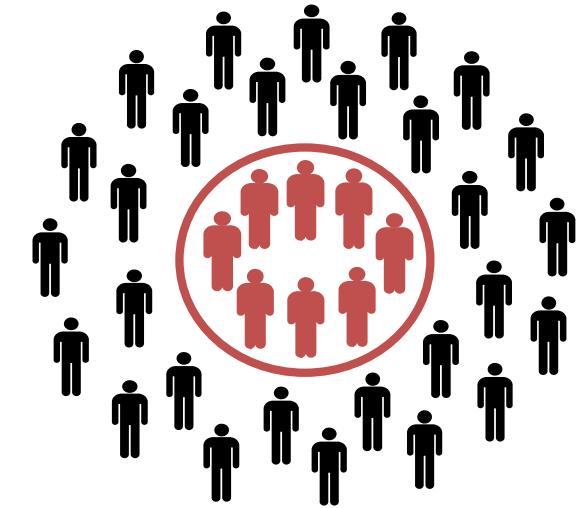
DEMOGRAFIA

Critérios de inclusão

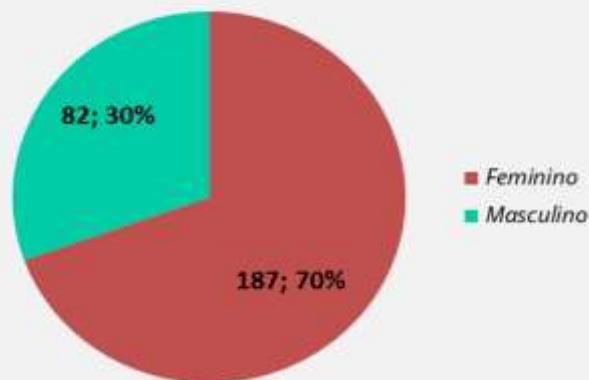
Profissionais IPq = 566

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

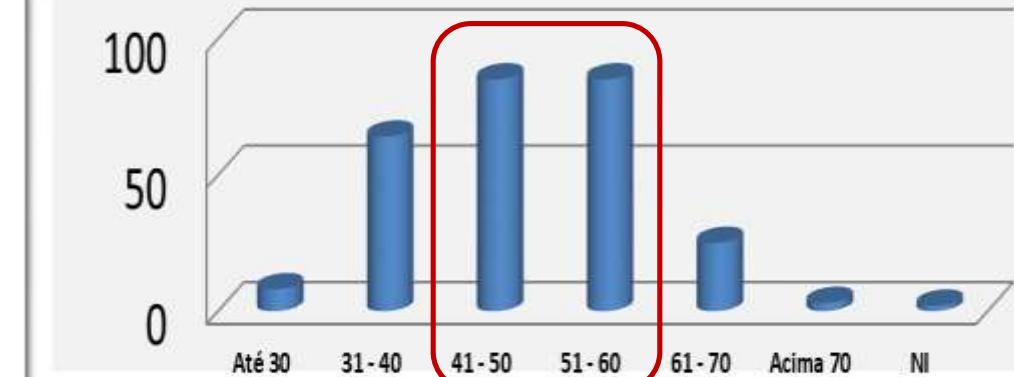
Total = 521

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

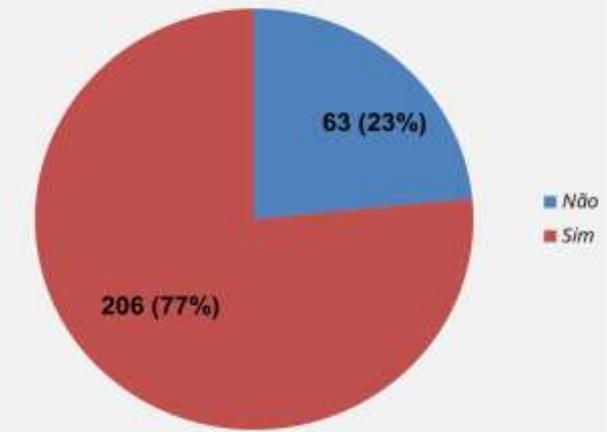
- Sexo -



Idade



- Contato com paciente -



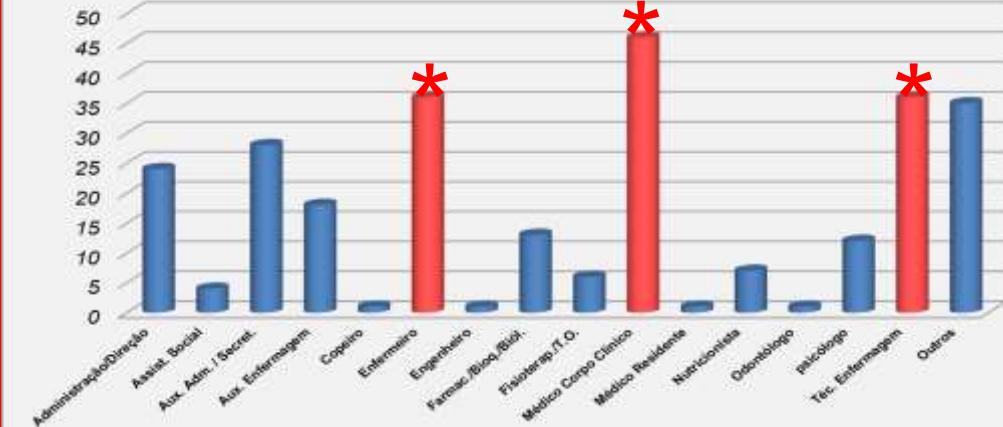


DEMOGRAFIA

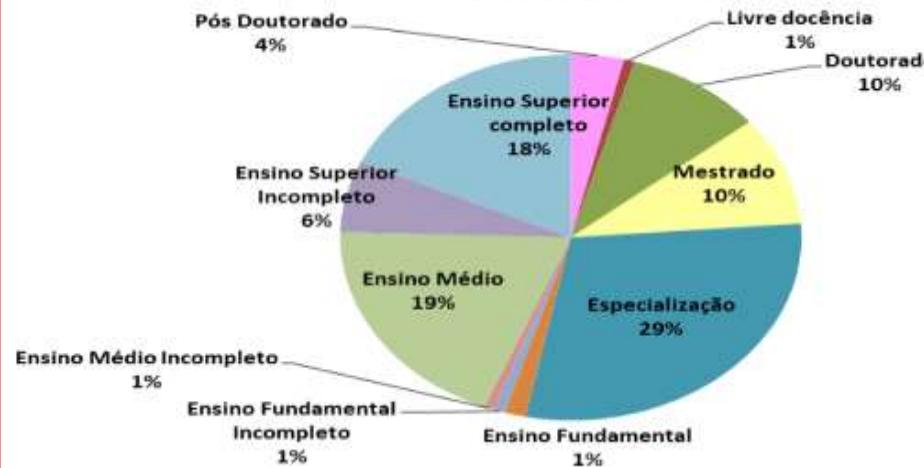
Tempo de trabalho neste hospital



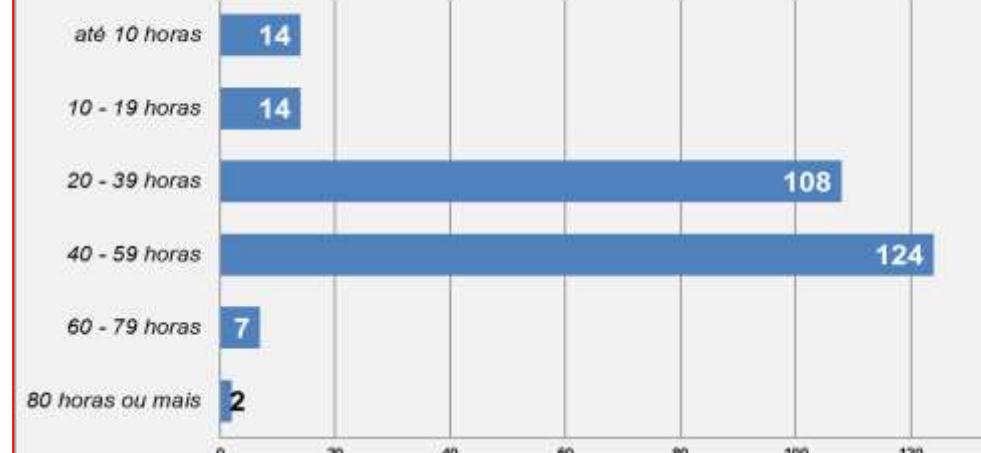
- Profissão / Função -



- 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>	<table border="1"> <caption>Profissionais (Staffing)</caption> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>A2</th> <th>A5R</th> <th>A7R</th> <th>A14R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSITIVA</td> <td>41.3%</td> <td>29.9%</td> <td>39.1%</td> <td>28.9%</td> </tr> <tr> <td>NEUTRA</td> <td>19.6%</td> <td>35.0%</td> <td>46.8%</td> <td>26.4%</td> </tr> <tr> <td>NEGATIVA</td> <td>39.1%</td> <td>35.0%</td> <td>14.0%</td> <td>44.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>35,3</p>	Resposta	A2	A5R	A7R	A14R	POSITIVA	41.3%	29.9%	39.1%	28.9%	NEUTRA	19.6%	35.0%	46.8%	26.4%	NEGATIVA	39.1%	35.0%	14.0%	44.7%
Resposta	A2	A5R	A7R	A14R																		
POSITIVA	41.3%	29.9%	39.1%	28.9%																		
NEUTRA	19.6%	35.0%	46.8%	26.4%																		
NEGATIVA	39.1%	35.0%	14.0%	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>	<table border="1"> <caption>Respostas não punitivas aos erros</caption> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>A8R</th> <th>A12R</th> <th>A16R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSITIVA</td> <td>27.2%</td> <td>34.0%</td> <td>14.0%</td> </tr> <tr> <td>NEUTRA</td> <td>29.8%</td> <td>28.9%</td> <td>30.2%</td> </tr> <tr> <td>NEGATIVA</td> <td>43.0%</td> <td>37.0%</td> <td>56.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>25,1</p>	Resposta	A8R	A12R	A16R	POSITIVA	27.2%	34.0%	14.0%	NEUTRA	29.8%	28.9%	30.2%	NEGATIVA	43.0%	37.0%	56.7%				
Resposta	A8R	A12R	A16R																			
POSITIVA	27.2%	34.0%	14.0%																			
NEUTRA	29.8%	28.9%	30.2%																			
NEGATIVA	43.0%	37.0%	56.7%																			



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		IPq INSTITUTO DE PSIQUIATRIA HCFMUSP
Instituto de Psiquiatria		POP_IPQ_Nº 602-1
Divisão Médica		Data última revisão: 10/09/2021
CÓDIGO BRANCO – PSIQUIATRIA		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 consequente evolução para quadros instáveis (código amarelo).

IV. RESPONSABILIDADES

Equipe de enfermagem: enfermeiro do Ambulatório Térreo Norte.
Equipe médica: residente plantonista.

V. ABREVIACOES

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

PROTOCOLO CLÍNICO HCFMUSP		IPa
Instituto de Psiquiatria	PROT_IPQ_Nº 07-1	IPa Instituto Paulista de Psiquiatria
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:

- 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

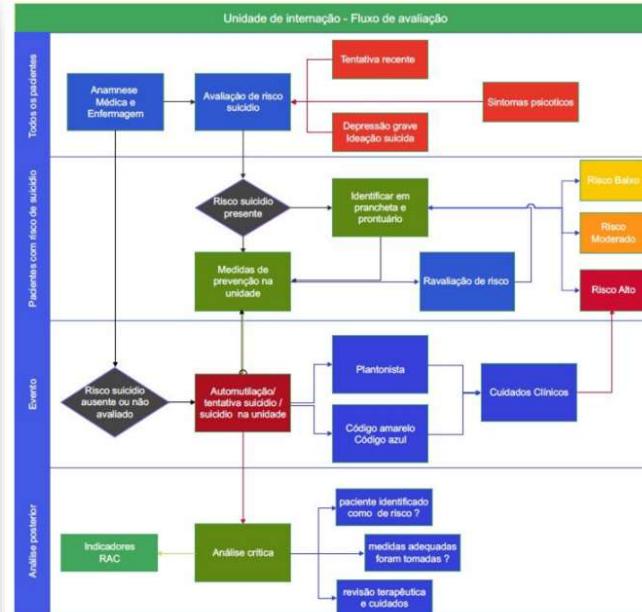
Todos os envolvidos na assistência aos pacientes com risco de suicídio.

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/ avaliação/ pontos relevantes 24 horas								
JANEIRO FEVEREIRO		ANO 2021 / 2022	1	2	3	4	5	6
LEITO	Identificação	Diagnóstico	Riscos (alergias, fuga, autolesão, suicídio...)	Confortabilidades	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA
Leito 01					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 / 07 ala
Leito 02	Parkinson	Queda	Insuficiência Cardíaca	Dium: Sem intercorrências. Lucas Modesto 670295. Noturno - Período de confusão, colonoado fazia abdominal para prevenção de queda. Edileusa Corên/SP 195731.	Dium: Apresentou hipotensão e sonoléia pesada pela manhã. Apresentando exsuscitações amoleidas. Lucas Modesto 670295. SN: SI.	Dium: Paciente teve Losartana suspensa pela manhã e apresentou picos de hipertensão sistólica no período da tarde (PAS > 170) com diastólica dentro da normalidade e assintomáticos para quaisquer queixas. Segue sob observação. Lucas Modesto 670295.	Dium: Paciente teve Losartana suspensa pela manhã e apresentou picos de hipertensão sistólica no período da tarde (PAS > 170) com diastólica dentro da normalidade e assintomáticos para quaisquer queixas. Segue sob observação. Lucas Modesto 670295.	Dium: Sem intercorrências. Apresenta PA 160 x 70 mmHg. SN: SI
Leito 03								
Leito 04		Ansiedad nervosa			Dium: Sem intercorrências. Lucas Modesto 670295. Noturno - Solotou para antecipar as medicinações de horário. Edileusa Corên/SP 195731.	Dium: 14 Medicada com 2mg de Clonazepam para crise de ansiedade. Jejum para coleta de exames. Lucas Modesto 670295. SN: insônia, medicada com clonazepam. Gláudia Neponutzeno 182019.	Dium: Realizada coleta de exames. Lucas Modesto 670295. Noturno: queixa de cólica menstrual, avaliada e medicada com BUSCOPAN COMPOSTO ocm. Edileusa Corên/SP 195731.	Dium: Sem intercorrências. 14hs - Referiu angustia e solicitou medicinação preventiva. 17hs - Referindo estar angustiado após o almoço por ter se alimentado, quer contato com seu médico Cleo, refere que não



D6 Profissionais (Staffing)

Cadeia medicamentosa –
dispensação por turno

 INTERAÇÃO DE PROCESSOS (Acordo de nível de serviço)		
Fornecedor: FARMÁCIA	Cliente: UNIDADES DE INTERNAÇÃO (Equipes Médica e de Enfermagem)	IP_IPQ_Nº 028-2 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

SITUAÇÃO ATUAL (COMO ACONTECE HOJE): Os medicamentos são dispensados 1 (uma) vez ao dia para as 24 horas.

ACORDO FIRMADO	
Atribuições do FORNECEDOR: <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.	Atribuições dos CLIENTES: <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>Exceptionalmente, 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

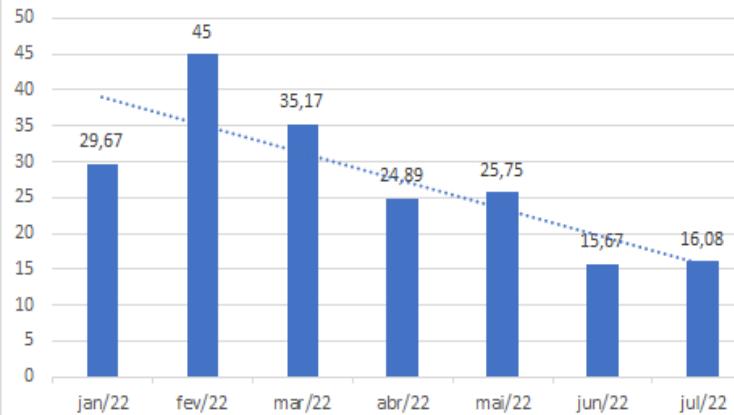
Abertura de 10 leitos de
internação e 3 leitos de
hospital dia

Transição de cuidados:
Enfermaria → HD



Resultado Enfermaria e HD Idosos

Media de permanência EGRT



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

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



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)



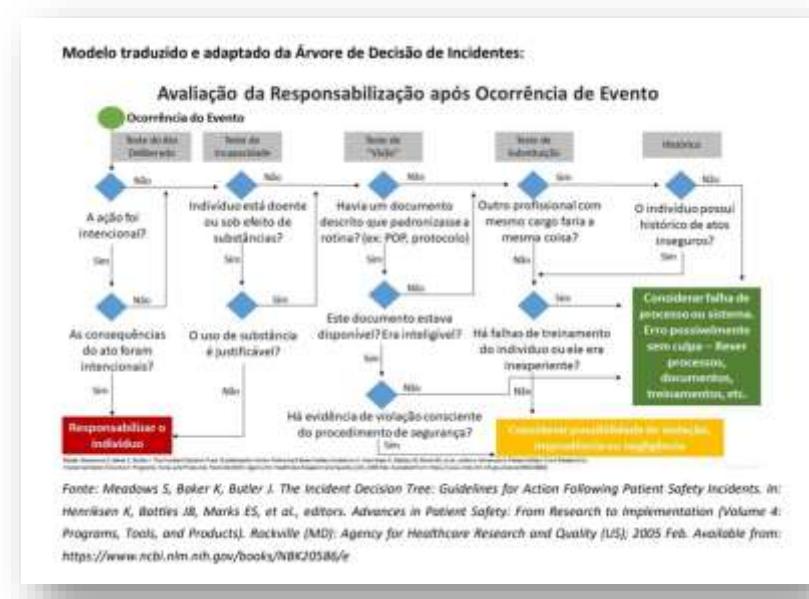
A Cultura Justa extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa.

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



HC IPq	POLÍTICA: HCFMUSP	IPq IPq
Instituto de Psiquiatria		POL_IPQ_NF_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

I. DEFINIÇÃO

A cultura justa é uma diretriz desafiadora que visa transformar uma cultura de culpabilidade em cultura justa, que leva 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 prever, 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 imperita para uma determinada tarefa é realizar-a sem ter o conhecimento técnico, teórico ou prático necessário para isso. Decore 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	IPa INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
Instituto de Psiquiatria	PROT_IPQ_Nº 51-1	
Gestão da Qualidade e Gerenciamento de Risco	Data última revisão: 05/11/2021	Data próxima revisão: 05/11/2023
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SEGUNDA VÍTIMA		

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.

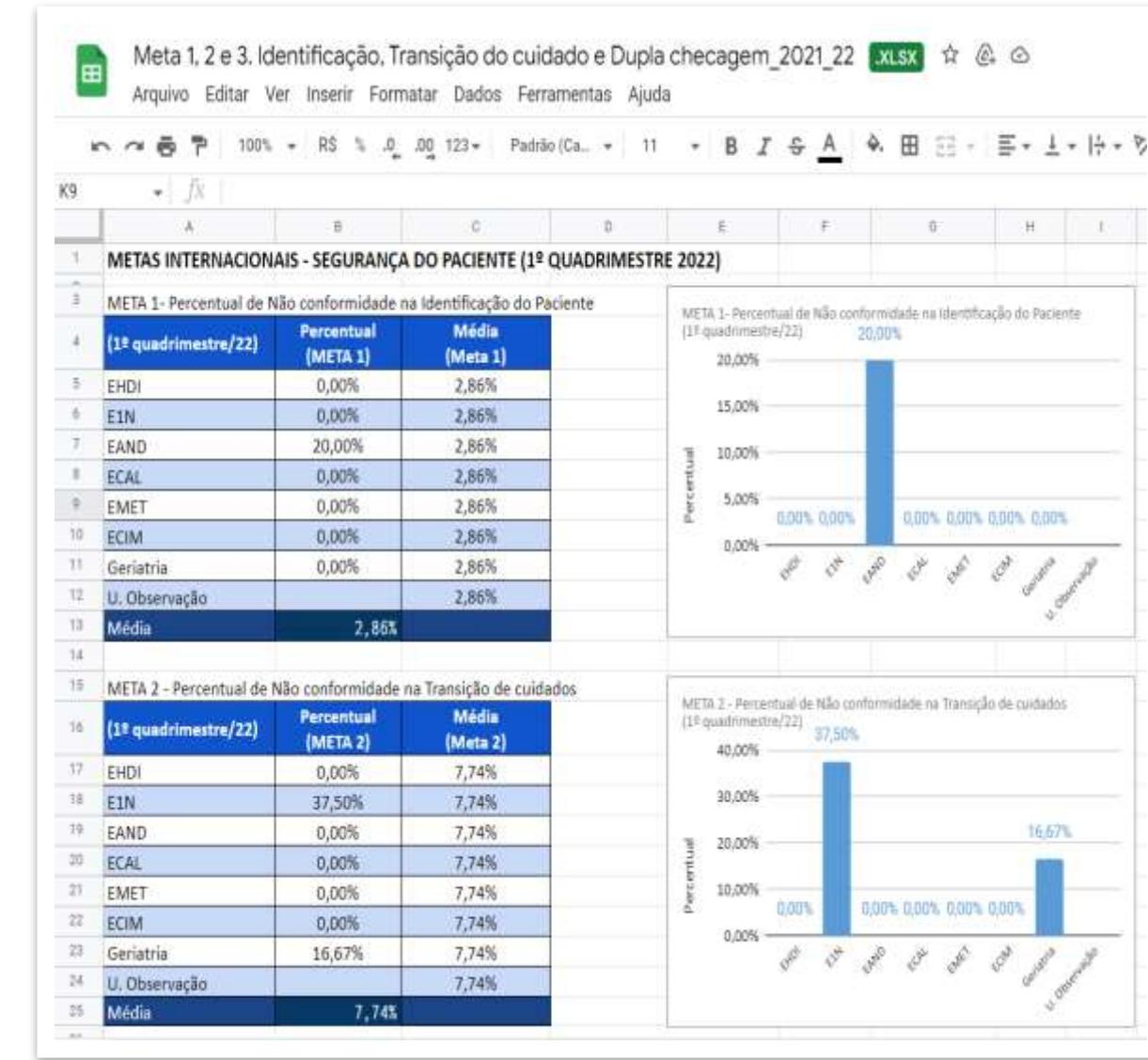


D7

Resposta não punitiva aos erros

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

- META 1 - IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE** - uso de pulseiras
- META 2 - COMUNICAÇÃO EFETIVA** - ficha de transição de cuidados
- 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

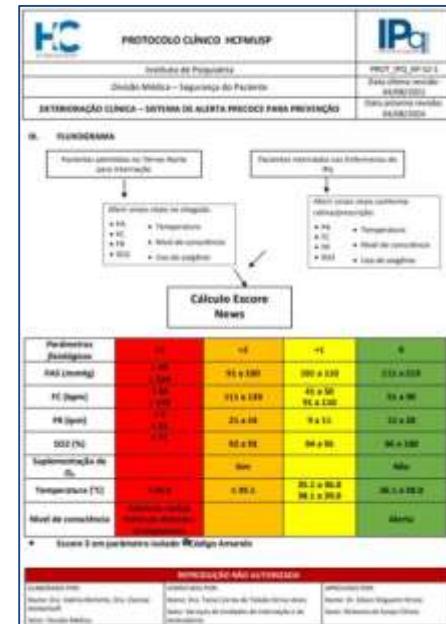
D8 – Apoio da gestão hospitalar para

segurança do paciente

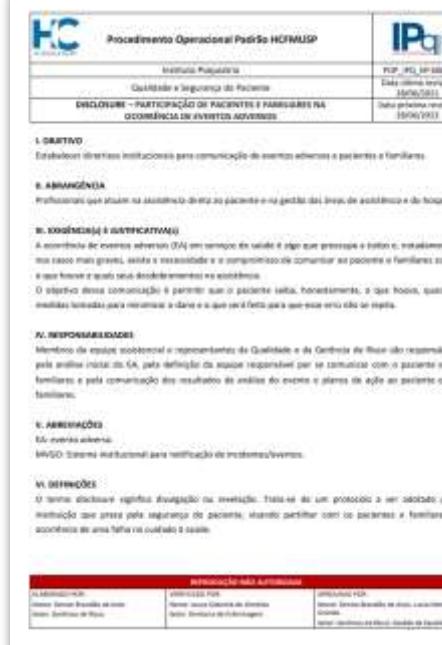
PLANOS DE AÇÃO e MELHORIAS

- ✓ 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)

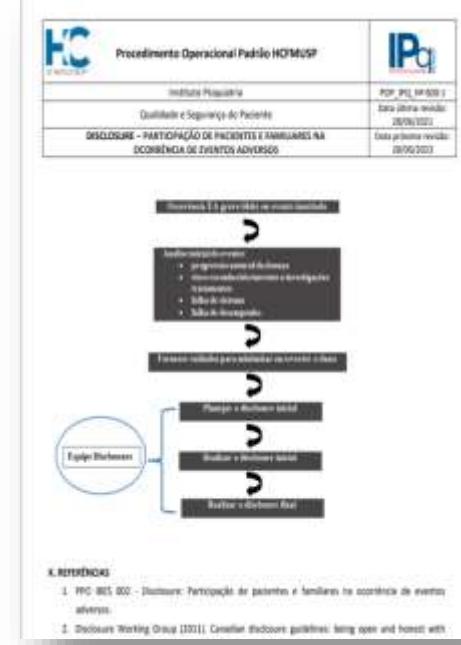
D3 - Escala NEWS e PEWS



D4 – POP Disclosure



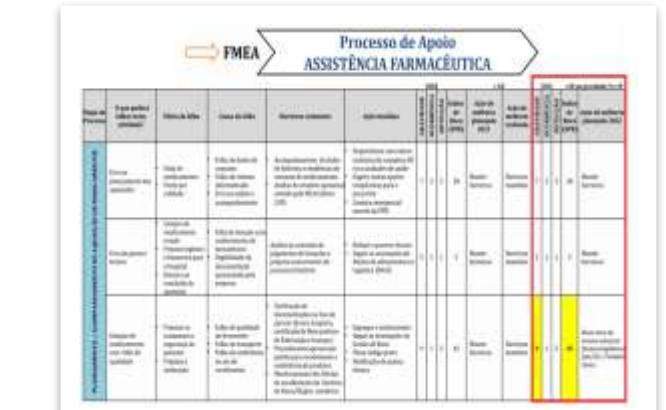
D4 – POP Disclosure



D3 – Aprendizado organizacional



D8 – Classificação de riscos





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 ACÃO 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

 PROJETO	POLÍTICA HCFMUSP	NP: POC-COPR-01 VERGÃO: 01
	COMITÉ DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	DATA CRIAÇÃO: 22/10/2016 DATA REVISÃO: 16/04/2021 PRÓXIMA REVISÃO: 16/04/2023
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
<p>OBJETIVO</p> <p>Este preâmbulo visa estabelecer diretrizes do processo e responsabilidades para a identificação dos pacientes, garantindo e assegurando a fluidez do referido, bem como o método da checagem da identificação do paciente, visando a mitigação dos eventuais adversos relacionados à assistência, assegurando a qualidade e a segurança ao custodio prestado no Serviço de Saúde.</p> <p>ABRANGÊNCIA</p> <p>Se aplica a todas as Unidades que compõem o HCFMUSP.</p> <p>DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES</p> <p>DEFINIÇÕES</p> <p>Documentação: todos os documentos que contêm o prenúncio do paciente devem conter obrigatoriamente as dois identificadores definidos e padronizados pela corporação.</p> <p>A identificação do paciente será realizada por meio de padrões de identificação no seu bráco, mascas ou anelins autoclaváveis contendo integralmente os dois identificadores definidos e padronizados pela corporação.</p> <p>Identificadores:</p> <p>Nome completo sem abreviação</p> <p>Data de Nascimento – (dia, mês, ano)</p> <p>Nota: devem ser utilizados o número de quarto ou leito como identificador (esta informação é de baixa riscos), em função do risco de bracos no decorrer da permanência do paciente hospitalizado.</p> <p>Os identificadores padronizados devem estar sempre legíveis e visíveis, sendo avaliados diariamente a fim de detectar falhas de legibilidade.</p> <p>As pulseiras devem ser de tamanho adequado para o uso desde o NW ao paciente adulto.</p> <p>O posicionamento do paciente deve respeitar as recomendações dos profissionais, fazendo, por exemplo, amputações, presença de dispositivos necessários, entre outros.</p> <p>A checagem de identificação do paciente deve ser por meio de comunicação clara, como por exemplo, solicitar ao paciente ou ao seu familiar/acompanhante que informe seu nome completo e data de nascimento, verificando as informações contidas na pulseira. Para as novas/nascidas será realizada a dupla checagem das duas chaves com os bebês.</p>		
ELABORADO POR: Nome Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente Setor: Diretoria Clínica		
VERIFICADO POR: Nome: Beata Ferreira Setor: Diretoria Clínica		
APROVADO POR: Nome: Diretoria Clínica Setor: Diretoria Clínica		
PUBLICADO POR: Nome: Qualidade Setor: NED		





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

SEGURANÇA DO PACIENTE

- Protocolos -



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

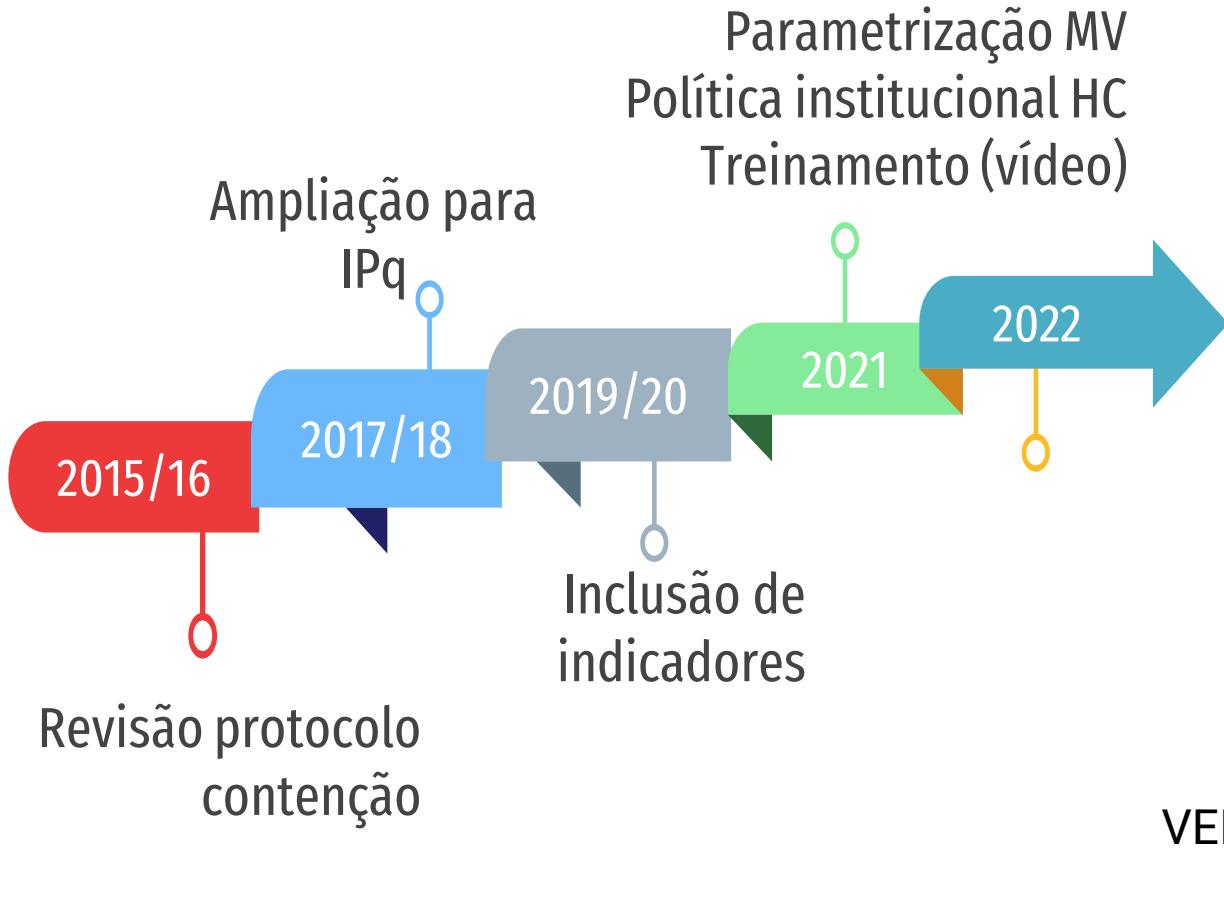
Reuniões multidisciplinares
periódicas para discussão
e avaliação de resultados

Protocolos Iniciados:

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

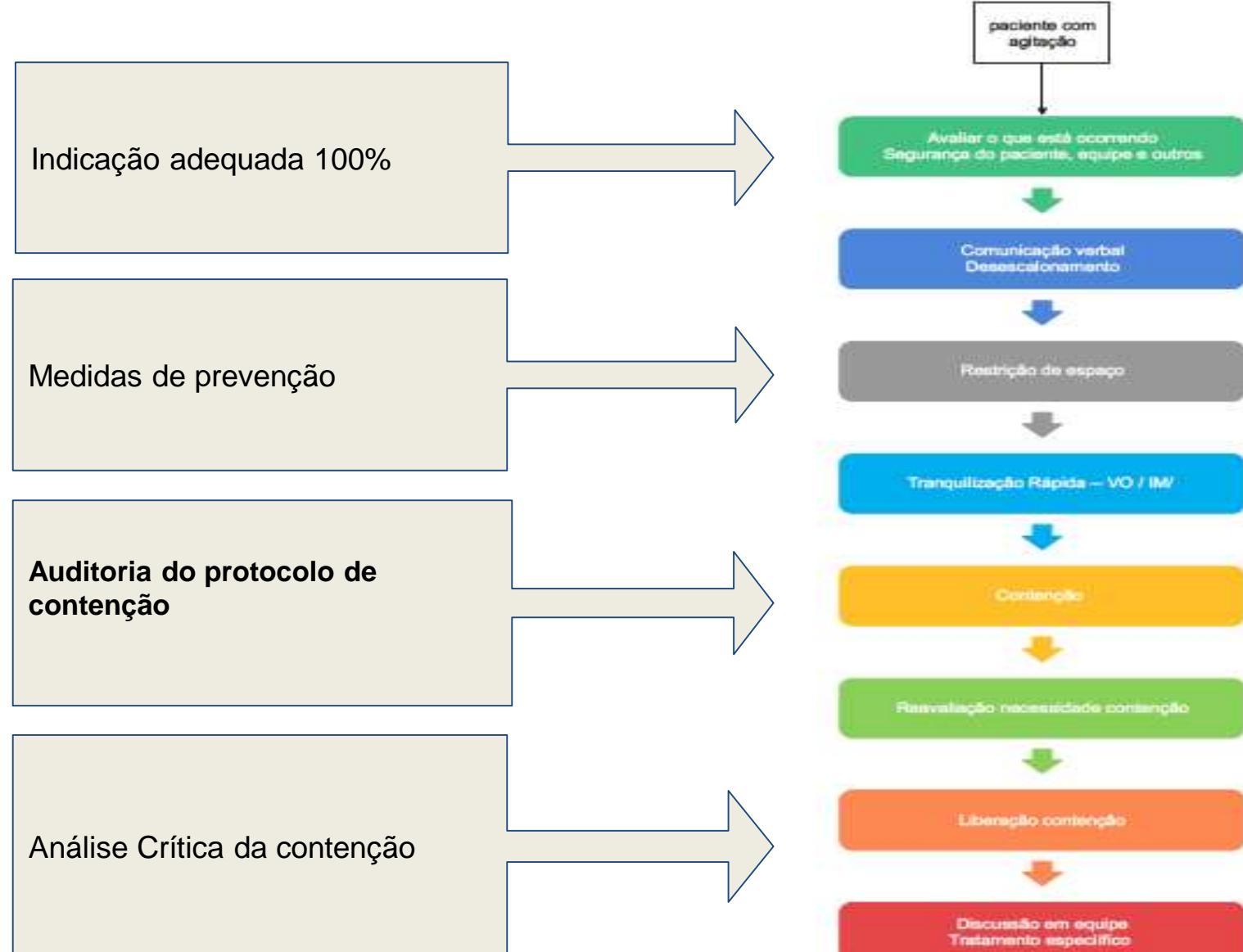
SEGURANÇA DO PACIENTE
- Protocolo de Contenção -

Auditoria Clínica – Protocolo Contenção



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

**1- Identificação precoce:**

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

2 - Medidas de prevenção:

- Identificação na prancheta, quanto 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

HC HCFMUSP	PROTOCOLO CLÍNICO HCFMUSP	IPq INSTITUTO DE PSIQUIATRIA 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 ambulatórios.

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. ABREVIACÕES

ECT – Eletroconvulsoterapia

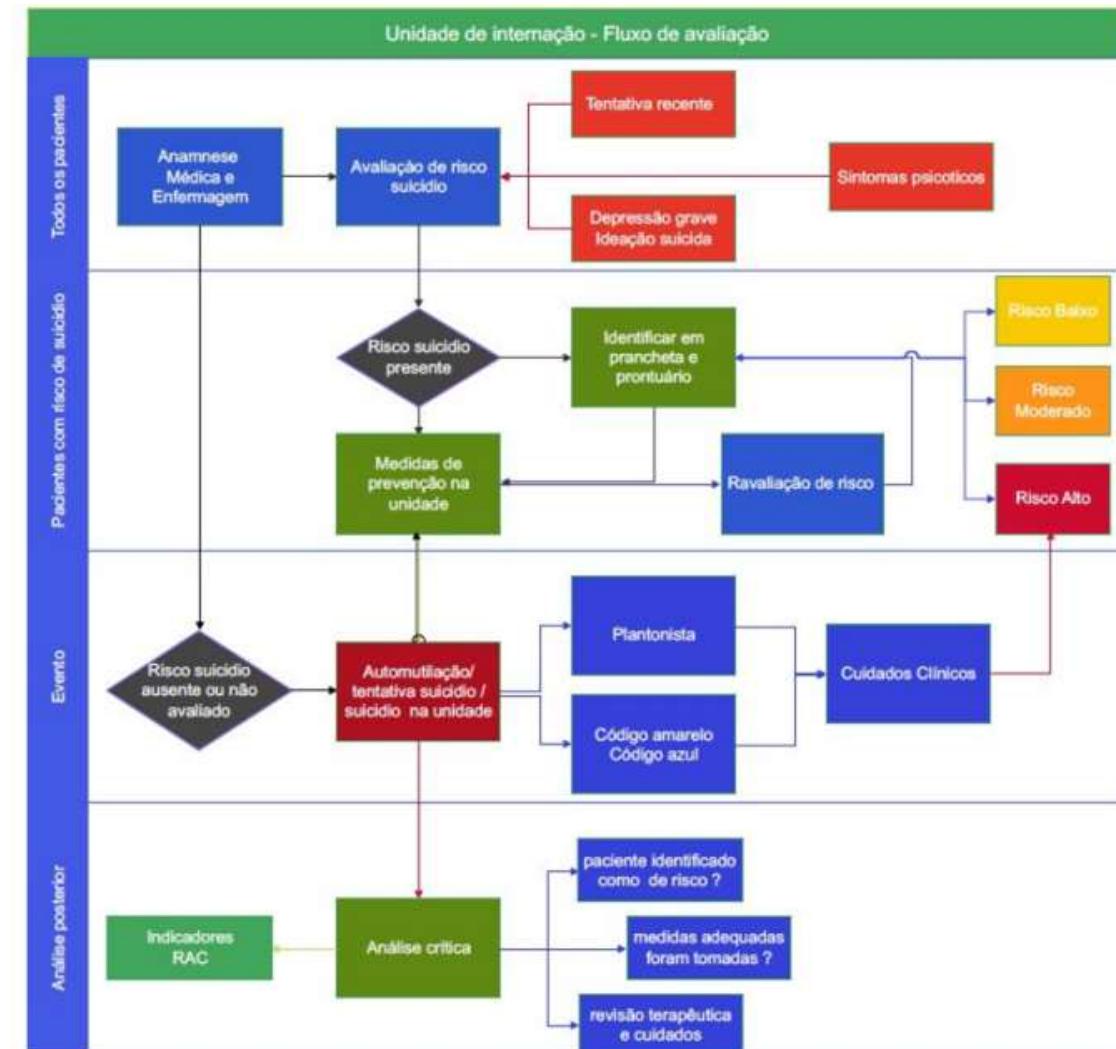
PTS – Plano terapêutico singular



Fluxo de Atendimento

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.





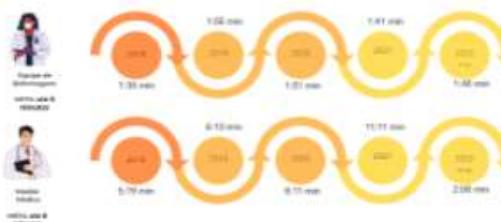
Código azul



Códigos existentes



Código amarelo

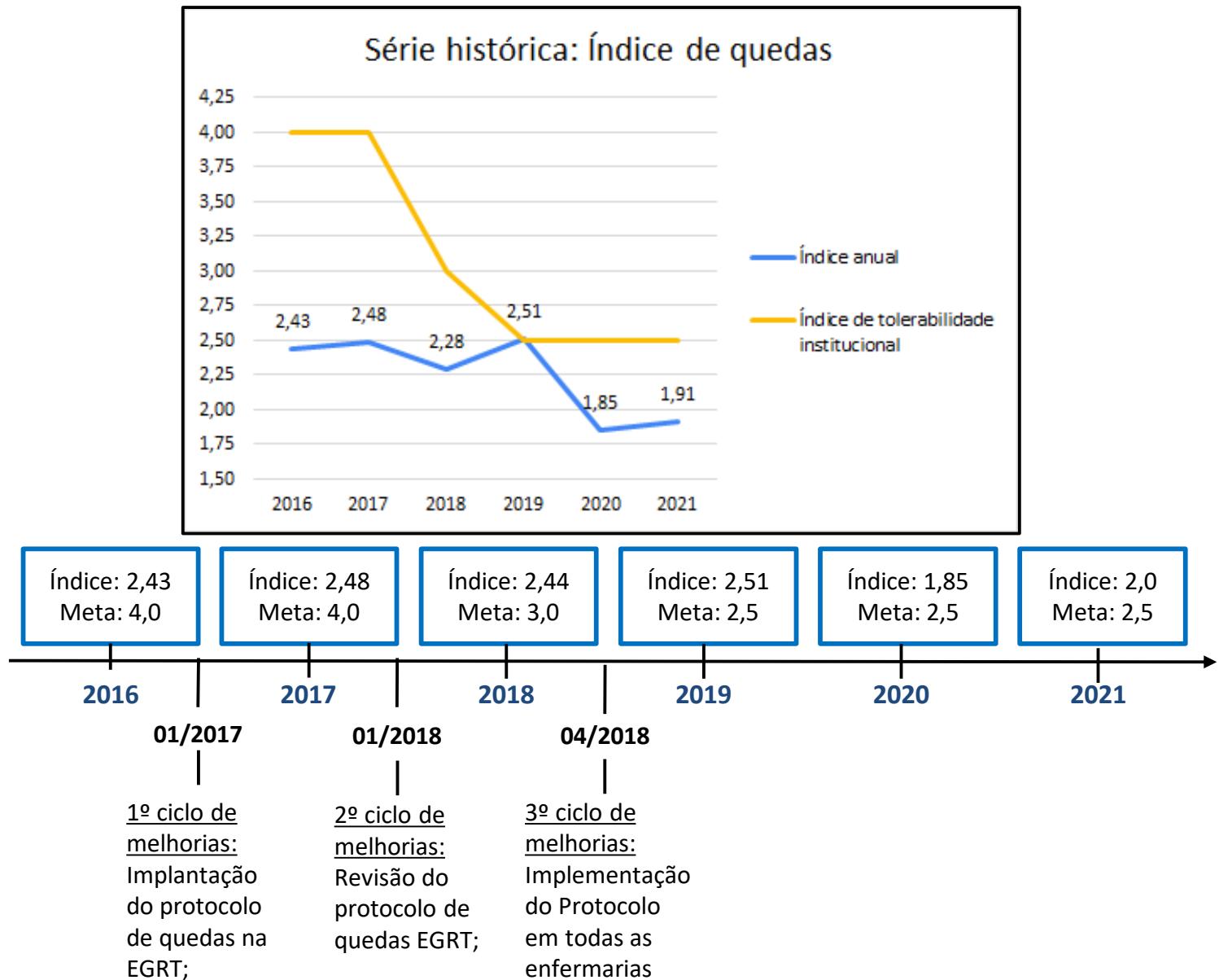


Código branco



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

- Protocolo de Prevenção de Queda -



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