12 - Ferramentas da qualidade aplicadas no gerenciamento da segurança do paciente

Celsa Raquel Villaverde Melgarejo
Patricia de Carvalho Mastroianni
Fabiana Rossi Varallo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MELGAREJO, C. R. V., MASTROIANNI, P. C., and VARALLO, F. R.
Ferramentas da qualidade aplicadas no gerenciamento da segurança do
paciente. In: *Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde*
[online]. São Paulo: Editora UNESP, 2019, pp. 85-89. ISBN: 978-85-9546-
337-0. <https://doi.org/10.7476/9788595463370.0014>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under
a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado
sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está
bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

12

FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADAS NO GERENCIAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Os incidentes são investigados por meio da busca ativa a partir das notificações de casos. Diversas ferramentas são utilizadas na avaliação e classificação de incidentes com o intuito de propor melhorias.

PDCA – *Plan, Do, Check, Action*

O ciclo de Deming ou PDCA é uma metodologia para controle de melhoria contínua de processos e produtos, em que processos é uma sequência de ações que norteiam as atividades a serem desenvolvidas. É uma ferramenta gerencial para tomada de decisões e visa garantir o alcance das metas previamente estipuladas.

Figura 10 – Esquema ilustrativo do ciclo PCDA.

Fonte: Ebserh (2015).

Quadro 20 – Descrição do ciclo PCDA.

Fase do ciclo	Ação	Ferramentas
P	Diagnosticar	Brainstorming, gráficos, 5W3H.
	Observar	Gráficos.
	Analisar	Brainstorming, Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe).
	Planejar ação	Fluxograma, HAZOP, 5W3H.
D	Executiva	Treinamentos, reuniões, capacitações, cronograma.
C	Checagem	Relatórios, gráficos.
A	Aprendizagem	Manuais, reflexão, protocolos.

Fonte: Ebserh (2015).

RCA – *Root and Cause Analysis* (Análise de causa raiz)

Com essa ferramenta é possível realizar uma análise mais abrangente dos incidentes, pois é composta de três etapas: identificação das causas diretas e da causa raiz, formulação de estratégias para prevenção de incidentes e desenvolvimento de planos de ação, avaliação da eficácia do plano de ação. Portanto, a RCA identifica os fatores relacionados à ocorrência dos eventos e sugere ações que possam preveni-los futuramente, reduzindo ou impedindo sua recorrência (Hinrichsen et al., 2011).

HFMEA – *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*

Deriva da técnica FMEA, que teve origem nos anos 1940-1950 com militares norte-americanos, que objetivavam identificar falhas em equipamentos durante a Segunda Guerra, e é bastante utilizada na indústria. A técnica HFMEA foi adaptada para ser utilizada nas instituições de saúde, pois permite identificar e avaliar as potenciais

falhas e seus efeitos antes que elas ocorram, ou seja, é um sistema preventivo com envolvimento de uma equipe multiprofissional.

Figura 11 – Modelo das etapas para aplicação do HFMEA.

Fonte: Adaptado de Derosier et al. (2002).

A avaliação de riscos e desenvolvimento de planos de ação preventivos utiliza cinco etapas, classificando-as pela severidade dos efeitos e pela probabilidade de sua ocorrência.

Diagrama de Ishikawa (causa e efeito)

Nesta técnica investiga-se a relação do efeito com todas as prováveis causas que levaram à ocorrência de um incidente, isto é, por meio de uma sessão de *brainstorming* com os envolvidos, considera-se todos os fatores causais que poderiam ter contribuído para a ocorrência de falhas.

Essa técnica, também denominada Espinha de Peixe, permite elencar os fatores contribuintes de acordo com sua origem e reconhecer os diversos mecanismos envolvidos nos eventos. Entende-se por um fator contribuinte circunstância(s), ação(ões) ou influência(s) que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente e/ou no aumento do risco, podendo levar à sua recorrência (Taylor-Adams; Vincent, 2004).

Protocolo de Londres (PL)

Para entender a causa de um incidente ocorrido, primeiramente se faz necessário identificar os fatores que levaram às ações

inseguras. Entende-se como atos inseguros o não monitoramento ou a não observação de suas ações, não buscar ajuda quando necessário ou tomar decisões erradas ou precipitadas.

O Protocolo de Londres tem como base a teoria de James Reason (Reason, 2000; Vincent, 2003), que propõe um modelo organizacional de acidentes, em que as ações inseguras estão atreladas às decisões advindas de gestores superiores, isto é, hierarquicamente de cima para baixo. Portanto, o ponto inicial para investigação é identificar falhas ativas que são ações inseguras que levam ao incidente de imediato. A partir disso, prossegue-se com uma busca ativa dos fatores que contribuíram para os atos inseguros, isto é, analisar as condições em que os erros ocorrem, bem como seu contexto organizacional.

Figura 12 – Adaptação do modelo de acidentes organizacionais de James Reason.

Fonte: Taylor-Adams; Vincent (2004).

Na prática clínica, os fatores que podem influenciar e desencadear um incidente são aqueles relacionados: ao paciente, à tarefa, ao ambiente de trabalho, à equipe, pessoais, organizacionais e gerenciais e ao contexto institucional (Quadro 6).

Originalmente, o protocolo foi desenvolvido para ser utilizado especialmente nas áreas da aviação e indústria, fora da área da saúde; as análises de incidentes eram realizadas individualmente por cada gestor. Atualmente é possível utilizar o protocolo de

modo individual ou em equipe, sendo este último o mais recomendado, pois serve para apurar um incidente detalhadamente e de forma rápida.

Vêm sendo considerado um instrumento importante na área da saúde, principalmente em ambiente hospitalar, e também tem sido utilizado no ensino como ferramenta de compreensão e da dimensão a respeito dos cuidados necessários à saúde.

Figura 13 – Exemplo da espinha de peixe.

Fonte: Ebserh (2015).