

■ O erro aconteceu. O que o paciente e a
família
esperam de você agora?

Claudia Laselva

ISMP _ Brasil
Ouro Preto – MG 2014

Disclosure



- Uma das premissas para o alcance da cultura de segurança é a existência de uma comunicação aberta, honesta e transparente entre os serviços de saúde e seus pacientes;
- É um direito dos pacientes receber informações sobre sua saúde, enfermidades bem como os riscos inerentes ao tratamento de saúde:
 - 8º direito: O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.
 - 9º direito: O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.
- A comunicação com o paciente se torna um desafio a medida que ocorre um dano a sua saúde;

Disclosure



- O processo de disclosure reconhece e informa ao paciente a ocorrência de um evento adverso mantendo a confiança e confiabilidade no sistema de saúde;
- Uma explicação honesta, transparente e o comprometimento com a continuidade do cuidado pode aumentar a confiança do paciente e fortalecer o relacionamento com o serviço de saúde;
- Disclosure inclui suporte para o paciente, familiares e profissionais de saúde;
- Não fornecer explicações após um resultado adverso é uma causa relevante de processo e uma fonte de insegurança para o paciente.

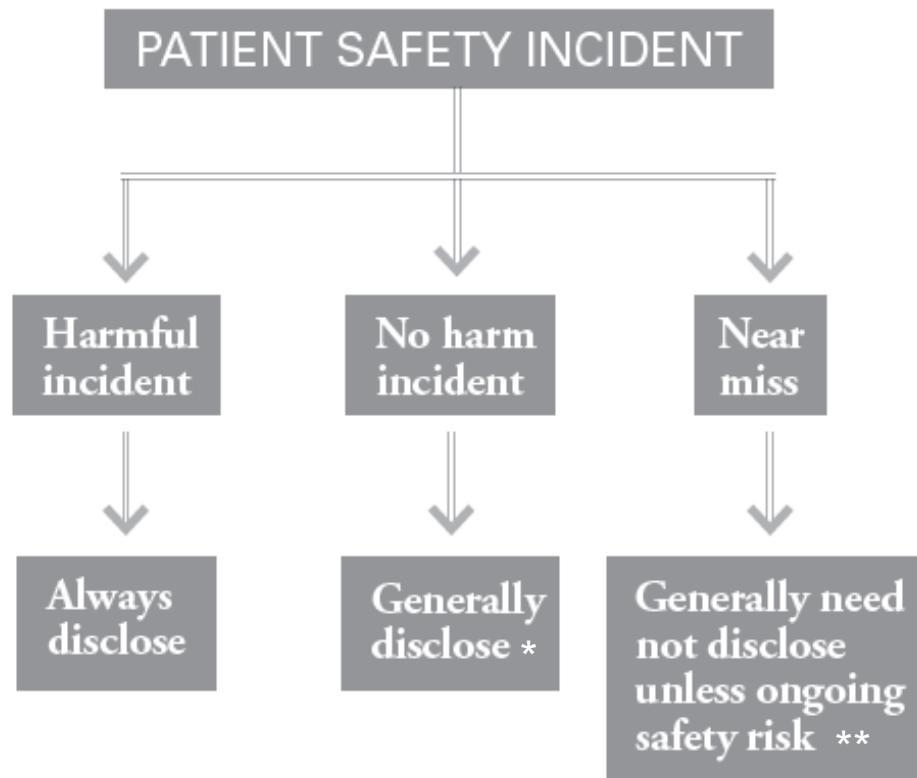


O que os pacientes esperam após a ocorrência de um evento?

- Reconhecimento da organização sobre o que aconteceu – preocupação e desculpas pelo ocorrido;
- A revelação dos fatos sobre o evento;
- As etapas do que foi e do que será feito para minimizar o dano;
- Quais medidas adotadas para evitar a ocorrência de eventos semelhantes.

Disclosure

Quando Realizar?



* Foi detectado que houve falha no processo de esterilização de instrumentais cirurgicos que foram utilizados em dois pacientes operados na data 25/02/2011. Os pacientes foram rastreados e não foi identificado sinais clínicos ou resultados de exames que pudessem evidenciar a ocorrência de dano. No entanto, há um risco de infecção e as opções de tratamento e monitoramento devem ser discutidas com os médicos titulares dos pacientes envolvidos.

** Sr José dos Santos e João dos Santos estão internados na mesma enfermaria, e a técnica de enfermagem quase administrou Penicilina no paciente errado. Ao perceber a possibilidade de confusão dos nomes no momento da checagem dos 5 certos, não administrou o medicamento. Nesta situação, seria prudente alertar ambos os pacientes do risco da confusão dos nomes para que eles também possam ser vigilantes na gestão do risco até que os mesmos sejam trocados de leitos.

Roteiro para o *Disclosure*



**Ocorrência de Evento Adverso
com dano ao paciente e percepção do paciente/
família ou EAG**

1

Importante
papal da
equipe
assistencial

**Fornecer os cuidados necessários para
minimizar ou reverter o dano**

2

Importante papal
do **médico**
titular e equipe

Planejar o *disclosure* inicial

3

Realizar o *disclosure* inicial

4

Importante
papal das
lideranças
da
instituição

Realizar o *disclosure* final

5

Ocorrência de Evento Adverso com dano ao paciente

- Identificar prontamente
- Comunicar ao líder imediato
- Envolver a liderança da área em que ocorreu o evento
- Não levantar expectativas do paciente e família
- Procurar não dar respostas imediatas

É importante que se estabeleça de imediato a comunicação entre as pessoas que poderão levar a cabo as medidas necessárias, tanto para o manejo da complicação como para o possível *disclosure*

Disclosure



Fornecer os cuidados necessários para minimizar ou reverter o dano

- Atender às necessidades clínicas
- Resolver as situações de emergência
- Fornecer apoio emocional
- Realizar registro do evento e das condutas adotadas para minimizar ou reverter o dano

A participação, envolvimento e compromisso do médico titular e sua equipe é essencial nesta etapa do processo

Planejar o *disclosure* inicial

- Identificar quais são os fatos inicialmente conhecidos
- Identificar quais são os fatos ou impressões do paciente e família
- Definir as pessoas que participarão do *disclosure* inicial
- Planejar o que será dito
- Definir quando e onde será o *disclosure* inicial

Disclosure



Disclosure inicial: Fornecimento de informações sobre os fatos do evento, impacto para o paciente e medidas adotadas para minimizar ou reverter o dano

- Fornecer informações confiáveis em até 24h após o evento
- Dizer apenas o que ocorreu, não os motivos pelos quais ocorreram (investigação posterior)
- Não fornecer informações cujo conhecimento seja superficial, por exemplo, relacionados a causas do evento e fatores contribuintes
- Não utilizar a palavra ERRO
- Explicar as medidas adotadas para minimizar o dano e os próximos passos (terapêutica, prognóstico)
- Verificar a necessidade de suporte ao paciente e familiares
- Acordar nova reunião para detalhamento dos fatos em 45 dias

Disclosure

Disclosure final: fornecimento de informações complementares com exposição das causas e lições aprendidas

- Envolver a diretoria e gerência – se for Evento Adverso Grave
- Pedir desculpas quando uma falha estiver associada
- Assumir responsabilidades
- Explicar ao paciente e a família o que aconteceu, considerando as causas e fatores contribuintes
- Explicar o que será feito para evitar futuros eventos adversos (lições aprendidas e as oportunidades de melhoria)
- Verificar a necessidade de fornecer suporte psicológico, social e financeiro (em parceria com o departamento jurídico)

Disclosure

PONTOS CRÍTICOS

- Não postergar a comunicação dos fatos (aumento de estresse e ansiedade)
- O *disclosure* deve ocorrer em local reservado com horário definido
- Garantir que a conversa final contará com a presença de todas as pessoas importantes para a tomada de decisão imediata
- Comunicação deve transcorrer de forma clara, simples, sensível e compreensiva
- Reações emocionais devem ser esperadas. Dê tempo ao paciente e seus familiares para que eles possam pensar sobre o que aconteceu
- Expressar genuína preocupação
- Apoio e orientação jurídica

Exemplo de um caso que requer *disclosure*

Evento Adverso Grave – *never event*



30/11/2013	01/12/2013	02/12/2013	04/12/2013	05/12/2013	
<p>Pc 05 anos interna para procedimentos de adenoamigdalectomia, timpanotomia bilateral e frenotomia lingual.</p> <p>Procedimento transcorre normalmente e criança tem alta hospitalar às 19:00h.</p>	<p>Criança volta ao HIAE (via UPA Morumbi) com história de desidratação leve e dor na garganta e sangramento oral e nasal.</p> <p>Solicitada internação</p> <p>Evolução médica registra fibrina em lojas amigdalíneas.</p> <p>Hidratação EV e analgesia</p>	<p>Registros de enfermagem de odor fétido na cavidade oral – higiene oral</p> <p>Evolução médica:</p> <p>Secreção amarelada retrofaringea e odor fétido.</p> <p>CD: Ceftriaxone e dexametasona</p>	<p>Registros de enfermagem: criança mais chorosa e irritada. Persiste com pouca aceitação alimentar e dor.</p> <p>Cd médica: alteração de soro endovenoso e avaliação da psicóloga</p>	<p>Criança persiste com negação à comida.</p> <p>Cd médica: acionamento do risco psiquiátrico e avaliação do Dr. Fábio Sato (psiquiatra infantil)</p> <p>Prescrito rivotril</p>	
06/12/2013	07/12/2013	08/12/2013	09/12/2013	11/12/2013	12/12/2013
<p>Criança bastante sonolenta (devido ao uso do rivotril ontem) e total recusa alimentar (inclusive água).</p> <p>Acionado código amarelo (pela sonolência sem alterações hemodinâmicas).</p> <p>Cd: Exames laboratoriais, de imagem, modificação de soro (glicosado) e solicitado EDA para passagem de SNE.</p>	<p>Criança apresenta vômito e expeli uma gaze cirúrgica de odor fétido e aspecto purulento</p> <p>CD: Enfermagem recolhe o material e avisa à médica otorrino. Mãe solicita o material, que lhe é entregue.</p>	<p>Criança evoluiu com melhora do odor desagradável na cavidade oral e aceitação alimentar.</p>	<p>Suspensão antibióticos e feito preparo para alta hospitalar, incentivando a dieta por via oral e apenas se necessário, dieta via SNE.</p>	<p>Criança com aceitação alimentar semelhante à habitual, com ganho de peso dentro do esperado.</p> <p>Cd: Solicitada avaliação do Dr. Adalberto (pediatra nutrólogo) e programação de alta hospitalar.</p>	<p>Alta hospitalar</p>

Exemplo de um caso que requer *disclosure*

Evento Adverso Grave – *never event*



Achados:

- Em entrevista com a médica otorrino, ela entende, que apesar de raro é possível que tenha esquecido a gaze no intra-operatório, uma vez que a gaze é típica de uso em CC;
- Informa que teve muita dificuldade em examinar a criança durante a internação, frente à resistência da criança em ser abordada.
- Afirma que não pensou na possibilidade deste diagnóstico, visto que a criança já possuía um histórico de aceitação alimentar ruim.

Causas:

Fatores relativos à tarefa –

1) Falta de padronização do padrão de prática médica (otorrino):

Identificamos que há uma grande variedade nas práticas cirúrgicas deste tipo de especialidade, a saber: pouco uso de tecnologia, ou muito uso de tecnologia; uso de hemostático, sem uso de hemostático, entre outros. Isto dificulta o gerenciamento desta prática de maneira pró-ativa.

2) Falta de barreiras neste processo: Temos padronizado no HIAE o procedimento de contagem de gaze em cirurgias pré-determinadas. Porém, as cirurgias de otorrino, em consenso com as especialidades, não identificaram a relevância de implementar esta rotina, até então.

Equipamentos e Recursos –

3) Equipamento não disponível: Atualmente não há disponibilidade, no Brasil, de um equipamento capaz de realizar a contagem e detecção de gaze/ compressa em sítio cirúrgico prevenindo eventos como este.



Exemplo de um caso que requer *disclosure*

Evento Adverso Grave – *never event*

Disclosure:

- A equipe assistencial da área que identificou o evento informou à família que o caso seria analisado por um grupo específico da instituição e que em breve, eles seriam contatados para receberem as explicações pertinentes (*disclosure* inicial)
- A equipe fez a notificação via sistema.
- Ao recebermos a notificação, visto que é um *never event*, este evento foi priorizado para início da investigação.
- Imediatamente já solicitamos o bloqueio da conta hospitalar, até a identificação das responsabilidades do caso.
- Entramos em contato com a médica titular do caso informando a ela que estaríamos gerenciando o caso e que ela seria acionado em tempo oportuno.
- Ao término da investigação do evento, acionamos a médica titular para mostrar os achados e a informamos que seguiríamos com o *disclosure* com a família.
- Fizemos o *disclosure* final com a família, pedindo desculpas, mostrando os achados, assumindo as responsabilidades financeiras do evento e nos colocamos à disposição para quaisquer outras questões.
- **Desfecho**: família sentiu-se amparada, mantivemos a fidelidade do cliente e conseguimos evitar um processo jurídico para a médica titular e para a instituição

Experiência do HIAE no Processo de *Disclosure*

ENSINO
EINSTEIN

Confiabilidade

Percentual de retorno do paciente após disclosure no ano de 2011-2012 (n: 44)	
90%	Retornou ao hospital
10%	Não retornou ao hospital



Processo Jurídico

Percentual de Processo Jurídico após Disclosure no ano de 2011-2012 (n: 44)	
98%	Ausência de processo jurídico
2%	Processo Jurídico*

*Apesar do processo jurídico, a paciente não perdeu a confiança no sistema, visto que mantém seu tratamento no HIAE.

*Ética é uma verdade absoluta.
Moral, já é uma variável, dependendo da
cultura de cada povo...
(autor desconhecido)*



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA

HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL



O contexto da cultura justa e sua contribuição para a segurança

O que é ser justo?

1. que age de forma moralmente correta, imparcial, equitativo
2. conforme ao direito ou à justiça
3. adequado, merecido
4. legítimo, justificado
5. exato, preciso, correto
6. apropriado
7. razoável, lógico

(léxico: dicionário de português online; infopédia)

- “Quem decide um caso sem ouvir a outra parte não pode ser considerado justo, ainda que decida com justiça” (Lúcio Aneu Séneca)
- “Ser justo é ouvir todos os envolvidos e analisar todas as provas, fatos, atos e atitudes ocorridos. É decidir com imparcialidade ” (Izzo Rocha)
- “Ser justo é reconhecer lealmente o seu erro ou a sua falta, e não os atribuir a outrem, e ainda menos a um subalterno que não fez mais do que executar, o melhor que pôde e soube e com os meios de que dispunha, as ordens imprecisas ou incompletas” (<http://lideranca.aaldeia.net/ser-justo/>)

Cultura de Segurança



Partindo do Princípio da Aviação

Investigação

“o único objetivo da investigação de acidente será o da prevenção de futuros acidentes” e “o propósito dessa atividade não é determinar culpa ou responsabilidade”.

Fonte: CENIPA

No entanto, mediante a ocorrência de um acidente ou evento adverso, a instituição e seus colaboradores não estão isentos de serem responsabilizados civilmente, criminalmente e eticamente pelo ocorrido.

Cultura de Segurança

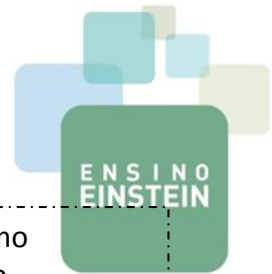
A maneira de endereçar e minimizar os riscos aos pacientes seria por meio da implantação de uma “Cultura de Segurança”

(IOM, 2001)

A Cultura de Segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

(Health and Safety Commission, 1993; Cox & Cox, 1991)

Elementos da Cultura de Segurança



- Erros ou críticas são vistos como oportunidades de aprendizado

- Que está preocupada com a possibilidade de falha e trabalha continuamente para se tornar mais resistente (resiliente) aos seus riscos operacionais.
- A notificação de eventos e de quase erros é estimulada e valorizada.

- Todos sabem o que é aceitável e o que não pode ser tolerado



Princípios da Cultura Justa



- A Instituição é responsável pelos resultados de seus processos e sistemas;
- A Instituição é responsável por uma **resposta justa e razoável** em relação ao cumprimento de suas normas para minimização dos riscos;
- Criar uma cultura de **aprendizagem**;
- Reconhecer os riscos a **nível individual e organizacional**;
- Os riscos são vistos através de eventos, quase-acidentes, observações do projeto do sistema e das escolhas comportamentais.
- Normas devem explicitar a diferença entre **expectativas e obrigações**;
- Não se limita a uma **abordagem não-punitiva**;
- **A omissão e as violações não são aceitáveis e são passíveis de punição em todos os níveis ;**
- **Ênfase no processo, no tamanho do risco assumido perante um comportamento não desejável, independentemente dos resultados.**

Errar é Humano



- “Normalmente as melhores pessoas cometem os erros mais graves, porque são mais exigidas.”
- “**90 % de todos os erros são isentos de culpa...** mas algumas pessoas **conscientemente** criam condições propícias para os seus próprios erros”.

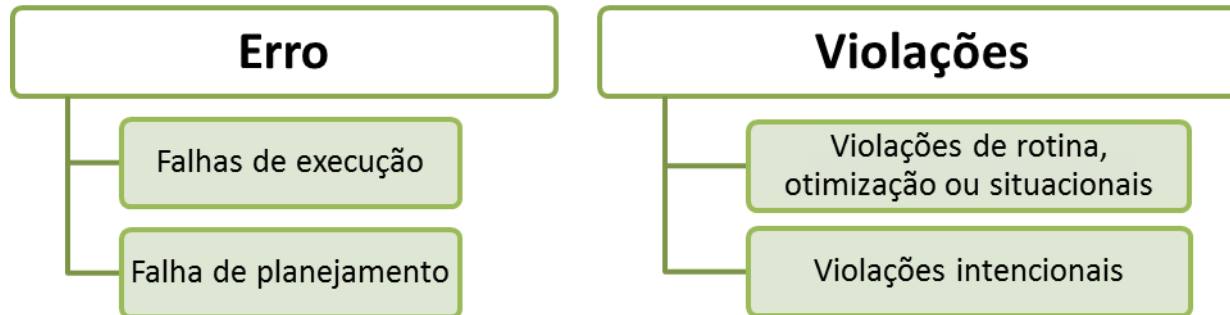
(James Reason, 1999 - Error Human)

Onde marcar a “linha divisória”?

Atos Inseguros



- Ato inseguro é definido como “um erro ou incumprimento cometido na presença de um perigo potencial” (Jeames T. Reason)
- Tipos de atos inseguros:



- **Falha de execução:** a ação não ocorre de forma planejada, pode ser observável ou não. Não há intenção e normalmente refere-se a desatenção (delizes) ou falhas de memória (lapsos).
 - Exemplos: enfermeiro estava sendo interpelado por familiares e esquece-se de se preparar para procedimento. Percebe a falha e corrige (desatenção); Enfermeira esquece de checar as medicações que administrou (lapso)
- **Falha de planejamento:** a ação ocorre conforme planejado, mas a ação é errada – (engano).
 - Exemplo: Paciente com nódulo de mama vai ao médico para consulta. De acordo com sua idade e histórico familiar, médico acredita que se trata de uma alteração fibrótica e não solicita mais exames. Em exames posteriores é determinado que se trata de um nódulo cancerígeno.

Atos Inseguros



Violações:

- Violações são desvios de segurança nas práticas, procedimentos, guias ou regras;
- Podem ocorrer violações de rotina, de otimização ou situacionais (quando são a única alternativa ou as regras parecem ser inapropriadas ou insuficientes para lidar com a situação);
- São ações deliberadas.

Cultura Justa: Violações (intencionais) devem ser punidas pois pressupõe que a pessoa fez escolhas comportamentais e processou um “re-desenho” no sistema estabelecido e portanto, ela passa ser responsável pelo resultado.

Pontos Críticos



- Garantir as informações necessárias para ser justo:
 - Está claro os riscos assumidos com a violação?
 - A pessoa envolvida foi ouvida, teve direito de defesa?
 - Foi levado em consideração o histórico profissional da pessoa?
 - A sanção está sendo aplicada de forma consistente?
- A decisão de punir ou não deve ser tomada de acordo com o risco do comportamento inseguro e não com base no resultado. Deve ser considerada para todas as categorias profissionais em todos os níveis hierárquicos.

Cultura Justa: O papel da liderança



- Sem liderança não se forma cultura justa;
- Exercer o papel de influenciar pessoas no sentido de que ajam voluntariamente, em prol dos objetivos da instituição;
- Não basta dar o exemplo, é preciso ser o exemplo;
 - As pessoas percebem o que você quer pelo seu comportamento, não pelo que você diz em discursos (Patrick Hudson)
- Não ser complacente com os comportamentos de risco;
- Supervisionar o cumprimento dos procedimentos e normas estabelecidas, bem como na identificação de possíveis falhas no desenho de processos, para providenciar os ajustes necessários para a segurança;
- Estimular a identificação e notificação de condições inseguranças e eventos adversos para a elaboração de melhorias e tratamento dos fatores humanos, contribuindo com a segurança do sistema;
- Seguir o decálogo de segurança.

Cultura Justa: O papel dos colaboradores operacionais



- Identificar os riscos presentes no seu cotidiano:
 - Notificação de eventos adversos e condições inseguras;
 - Ajudar a projetar sistemas de segurança – através do reporte, análise, sugestões de melhorias e proatividade nas soluções.
 - Manifestar-se mediante dúvidas ou mediante a detecção de atos inseguros – exercer a prática com segurança dentro das suas habilitações éticas e legais em consonância com os valores organizacionais.
- Fazer escolhas seguras:
 - Cumprir os Protocolos de Segurança – exercer a boa prática com evidência científica; auxiliar na implementação e aprimoramento dos protocolos;
 - Comunicar-se com clareza;
 - Cuidar-se para poder cuidar do outro – prestar cuidados sem estar em sua perfeita forma, pode contribuir com a ocorrência de eventos que levam danos aos pacientes.

Obrigada!



laselva@einstein.br