

# ORIENTAÇÃO

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012  
112 anos

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 011/2012

DATA: 30/07/2012

**ASSUNTO:** Análise de Incidentes e de Eventos Adversos  
**PALAVRAS-CHAVE:** Análise das Causas Raiz, Incidentes, Eventos Adversos  
**PARA:** Serviços prestadores de cuidados de saúde do Sistema de Saúde Português  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, emite, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, a seguinte:

### I – ORIENTAÇÃO

Sempre que se verificar a ocorrência de um incidente potencialmente grave ou de um evento adverso, os serviços prestadores de cuidados de saúde devem:

- 1) promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;
- 2) identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;
- 3) seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área, anexa à presente Orientação e que dela faz parte integrante.

### II - CRITÉRIOS

- 1) Os objetivos do desenvolvimento da Análise das Causas Raiz são:
  - a) identificar as causas próximas e os sistemas envolvidos;
  - b) rever os sistemas e os processos envolvidos;
  - c) identificar as causas subjacentes e os fatores contribuintes, explicando o seu papel potencial no incidente;
  - d) procurar encontrar oportunidades para melhorar os sistemas e, se nenhuma estiver disponível, explicar porquê;
  - e) desenhar um plano de melhoria, enquadrado nas oportunidades identificadas, ou, em alternativa, conseguir explicar porque a organização não o fez;
  - f) identificar, quando um plano de melhoria se justifica, o responsável, as metas temporais e as medidas que vão permitir determinar o sucesso do plano.
- 2) Para o desenvolvimento de uma Análise das Causas Raiz deve-se:
  - a) excluir as situações onde há intenção explícita em causar dano;
  - b) constituir uma equipa de análise;
  - c) elaborar a partir do processo de análise da equipa:
    - i. fluxograma com a sequência de eventos;
    - ii. fluxograma da sequência esperada de procedimentos ou de acordo com as normas estabelecidas na instituição;

- iii. lista de ações de melhoria implementadas imediatamente após o incidente;
- iv. revisão bibliográfica aprofundada relacionada com a natureza do incidente em estudo;
- v. lista e descrição das barreiras ou controlos existentes;
- vi. lista dos fatores contribuintes, que podem ter sido determinantes para o desenvolvimento do incidente;
- vii. diagrama de Ishikawa com a análise de cada fator contribuinte;
- viii. priorização das Causas Raiz;
- ix. lista de planos de melhoria, detalhando indicadores, metas temporais, medidas objetivas, responsáveis e recursos a empregar;
- x. relatório de resultados.

### III. FUNDAMENTAÇÃO

O responsável pelas iniciativas da Segurança do Doente da Organização Mundial de Saúde, *Sir Liam Donaldson*, afirma 'Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável'.

Quando algo corre mal, as pessoas tendem, geralmente, a centrar-se no resultado do acontecimento em vez de se focarem no processo e nas estruturas envolvidas nesse resultado.

A principal função do desenvolvimento de uma Análise das Causas Raiz para um incidente ou evento adverso é, através de uma abordagem sistémica, perceber quais os fatores e as causas que permitiram que o percurso do incidente se desenrolasse.

É mais importante identificar os fatores contribuintes para a ocorrência de um incidente, que estão muitas vezes ocultos no sistema, do que os fatores causais que são mais evidentes.

O grande objetivo da Análise das Causas Raiz é identificar os elementos mais profundos das causas dos incidentes com vista à implementação de ações que resultam na melhoria da segurança do doente.

### IV. APOIO CIENTÍFICO

Anabela Graça, Carlos Henriques, Fernando Barroso.

### V. BIBLIOGRAFIA

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324:370-376.

Canadian Patient Safety Institute. Canadian Root Cause Analysis Framework, a tool for identifying and addressing the root cause of critical incidents in healthcare. 2006.

Cook RI, Woods DD. Operating at the Sharp End. In *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1994.

Healthcare Risk Management. Sentinel event policy changed, but it's still a 'lawsuit kit' for attorneys. *Healthcare Risk Management*. 1998.

Institute for Healthcare Improvement. *Process Analysis Tools – Cause and Effect Diagram*. 2004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Conducting a Root Cause Analysis in Response to a Sentinel Event*. 1996.

Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. New England Journal of Medicine. 1991; 324:377-384.

Leape LL. Preventability of Medical Injury. In Human Error in Medicine. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1994.

Marx D. Maintenance Error Causation. A technical report prepared for the Federal Aviation Administration. 1999.

Moray, N. Error Reduction as a Systems Problem. In Human Error in Medicine. Lawrence Erlbaum Associates, Inc 1994.

National Health Service, Institute for Innovation and Improvement. The Handbook of Quality and Service Improvement Tools. 2010.

Ontario Health Quality Council. Quality Improvement Guide. 2009.

Prager LO. Keeping clinical errors out of criminal courts. American Medical News, 1998; 41-11.

Reason JT. Foreword to Human Error in Medicine, Lawrence Erlbaum Assoc. 1994.

Reason, James T. (1990). Human Error. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Veterans Health Administration. Systems Improvement Framework. 2010.

<http://www.ccdsystems.com/Products/RootCauseAnalyst/PapersandArticles.aspx>



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

1899-2012  
**112**anos

Direção-Geral da Saúde

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde



Departamento da  
Qualidade na Saúde

# **Análise das Causas Raiz de Incidentes e de Eventos Adversos**

**Julho  
2012**

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## Índice

Introdução .....	5
1. Conceitos .....	7
2. Análise das Causas Raiz.....	9
3. A Equipa de Análise das Causas Raiz .....	15
4. Metodologia de Análise das Causas Raiz.....	21
5. Conclusão.....	27
Bibliografia.....	28
Anexos .....	31
Anexo I - Árvore de decisão .....	33
Anexo II - Questões orientadoras e de triagem.....	65
Anexo III – Exemplos de desagregação dos Fatores.....	79
Anexo IV – Diagrama de Ishikawa .....	83
Anexo V – Exemplo para plano de melhoria .....	86

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## Introdução

Geralmente, quando algo corre mal, as pessoas tendem a centrar-se no resultado do acontecimento em vez de se focarem no processo e nas estruturas envolvidas nesse resultado.

Neste documento optou-se por utilizar ‘Causas Raiz’ no plural, por dois motivos: em primeiro lugar para ajudar a desviar a tendência natural da “cultura da culpa”, na qual se procura descobrir e punir um responsável. Em segundo lugar porque, como acontece na maioria das situações, o que se verifica é haver uma concorrência de fatores para um resultado não esperado. Desta forma, pretende-se que a Análise das Causas Raiz (ACR) seja sistémica e sistematizada e que as aprendizagens realizadas contribuam para o desenvolvimento de barreiras eficazes na prevenção de incidentes.

A ACR é, de acordo com a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, no sentido de reconstruir a sequência de acontecimentos, repetindo a questão “porquê” até que sejam esclarecidas as Causas Raiz subjacentes.

A principal função do desenvolvimento de uma ACR para um incidente ou evento adverso é, através de uma abordagem sistémica, perceber quais os fatores e as causas que permitiram que o percurso do incidente se desenrolasse.

Pela complexidade que pode envolver a condução de uma ACR, nalguns sistemas de saúde, como por exemplo no Canadá, Austrália, Grã-Bretanha e nos Estados Unidos da América, este tipo de análise é apenas aplicado aos incidentes com maior dano. No entanto, há autores que defendem o uso da ACR em incidentes de menor gravidade como formação para incidentes efetivamente graves, e como forma de melhorar processos e reduzir custos.

Ao longo deste documento vamos fazer referência a incidentes e eventos adversos na medida em que ambos podem dar origem a uma ACR.

O termo 'erro' não consta neste documento. Entendemos que 'erro' tem associado um sentido pejorativo com tendência a centrar-se nas pessoas e a penalizar os profissionais e não reflete o ambiente em que efetivamente o incidente ocorre. Em sua substituição optámos pelo termo 'falha'. A 'falha' ocorre em sistemas, na conexão entre sistemas, nos mecanismos de controlo, nos equipamentos e, eventualmente, na prática das pessoas.

## 1. Conceitos

A ACR é uma ferramenta que pode ser utilizada para perceber porque determinado incidente não esperado ocorreu. Assenta no trabalho de uma equipa multidisciplinar que, de forma retrospectiva, colaborativa e iterativa, procura identificar os fatores contribuintes e as Causas Raiz que levaram ao incidente.

Para que todas as pessoas envolvidas no processo de uma ACR possam participar de forma construtiva, é imprescindível o domínio de uma terminologia comum.

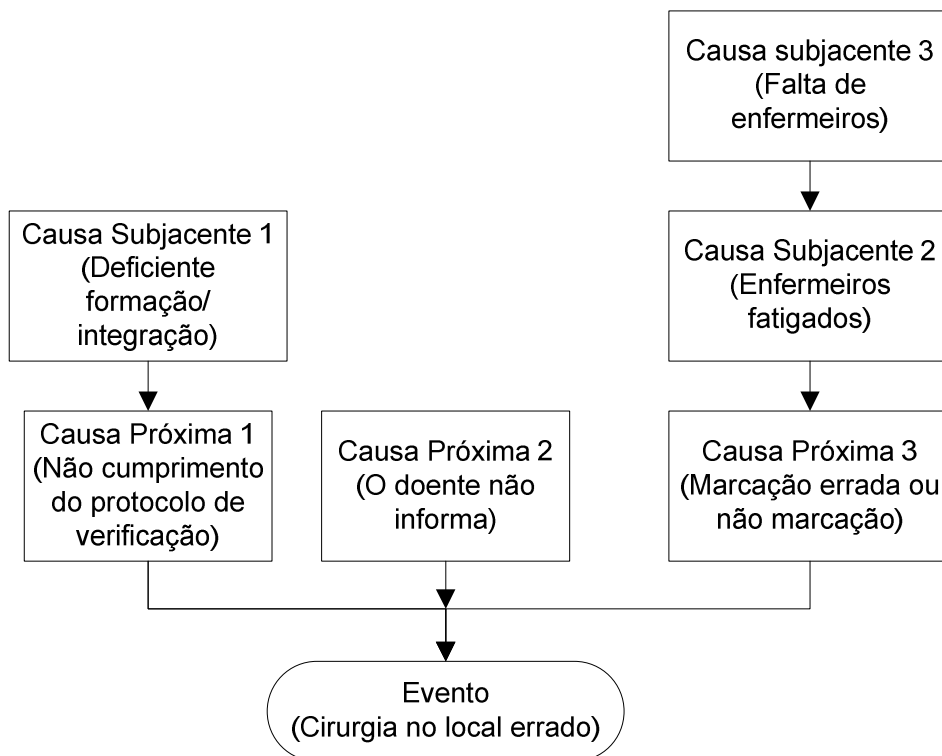
Em Portugal, adotou-se a Estrutura Concetual da CISD como referência, de onde se extraem os seguintes conceitos:

1. Causa: O ato pelo qual um efeito é produzido. Um fator antecedente que contribui para um evento, efeito ou resultado. Uma causa pode ser próxima se precede imediatamente o resultado. Uma causa também pode ser remota, contribuindo assim para o resultado.
2. Causa Direta: Uma causa que põe em movimento uma cadeia de eventos e origina um resultado sem a intervenção de qualquer outra fonte independente.
3. Causa próxima: Um ato ou omissão que naturalmente e diretamente produz uma consequência. A causa superficial ou óbvia de uma ocorrência. Tratar só "os sintomas", ou a causa especial próxima, pode levar a algumas melhorias a curto prazo mas não impedirá a variação de recorrer.
4. Causa Subjacente: A causa do processo ou sistema que abre caminho para que a causa próxima de um evento ocorra. As causas subjacentes podem envolver a variação de causa especial, variação de causa comum ou ambas.
5. Causa Raiz: A causa original da falha ou falta de eficiência de um processo. A razão fundamental para a ocorrência de um evento.

Por exemplo, num hospital o doente deve entrar no bloco operatório com o local da cirurgia marcado. Para tal, está instituído que o enfermeiro procede à marcação do local cirúrgico envolvendo o doente nesse processo. Por outro lado, como forma de dupla verificação, o cirurgião confirma o local da cirurgia no processo clínico, antes de procurar a marcação na região anatómica, e só em seguida intervenciona o doente.

Num incidente em que foi realizada a cirurgia no lado errado, concorrem várias causas e vários atores (fig.1). As causas próximas, as mais óbvias, são que o cirurgião não cumpriu a verificação no processo clínico do local da cirurgia antes de intervir na região marcada; que o doente não estava capaz de interagir com o enfermeiro na marcação do local correto, e que o enfermeiro não procedeu à marcação correta. As causas subjacentes, que são mais difíceis de identificar, podem ser a deficiente integração dos profissionais na instituição por não lhe serem apresentados os protocolos, a fadiga do enfermeiro que resulta, por exemplo, da falta de enfermeiros para o volume de trabalho.

Fig. 1 - Representação gráfica das causas de um evento adverso



## 2. Análise das Causas Raiz

O desenvolvimento de todas as atividades inerentes a uma ACR representa um custo que, consoante a natureza das equipas, pode ser significativo. Por este motivo a *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* só obriga à sua implementação nos eventos sentinela (Never Events). As entidades responsáveis pela segurança do doente da Austrália, Canadá e da Grã-Bretanha obrigam à sua implementação nos incidentes mais graves.

Há incidentes que não justificam uma ACR. A este respeito deve-se consultar o Anexo I – Árvore de decisão de incidentes adaptado de James Reason. De acordo com a *Canadian root cause analysis Framework* (2006), não há lugar a uma ACR em incidentes que:

1. Se julga terem resultado de um ato criminoso;
2. Desencadeados deliberadamente pelos profissionais;
3. Resultaram do abuso de substâncias por parte dos profissionais;
4. Envolvam violência sexual sobre os doentes.

Como ponto de partida, é importante estabelecer que a maioria dos incidentes ocorre como resultado de sistemas imperfeitos, por exemplo, de procedimentos pouco sustentados e sistematizados. Os profissionais podem por vezes estar condicionados por ambientes de trabalho propício à ocorrência de incidentes e pelos quais não podem ser plenamente responsabilizados.

É mais importante identificar os fatores contribuintes para a ocorrência de um incidente, que estão muitas vezes ocultos no sistema, do que os fatores causais que são mais evidentes. Em última análise, a ACR procura abordar os elementos mais profundos das causas dos incidentes com vista à melhoria da segurança do doente.

**Assim, a utilização da ACR para procurar o profissional culpado é a negação da filosofia dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos e não promove uma cultura de segurança para o doente.**

A necessidade de implementar a ACR na saúde resulta da grande complexidade que a prestação de cuidados de saúde atingiu. Os sistemas tornaram-se complexos, imperfeitamente conectados e propensos a acumular insidiosamente fatores latentes de difícil deteção.

O desenvolvimento de uma ACR, como qualquer ferramenta de gestão, pode ser feito de várias formas. Há, no entanto, que garantir que se aplicam os recursos num trabalho efetivo e que permita atingir o fim último de intervir nas causas profundas, muitas vezes latentes, dos sistemas. Assim, não basta juntar um conjunto de profissionais para preencher um diagrama de espinha de peixe ou de Ishikawa durante uma hora. Há que garantir que a ACR é meticulosa.

Uma ACR é meticulosa quando:

1. Identifica as causas próximas e os sistemas envolvidos;
2. Revê os sistemas e os processos envolvidos;
3. Identifica as causas subjacentes e os fatores contribuintes, explicando o seu papel potencial no incidente;
4. Procura encontrar oportunidades para melhorar os sistemas, e se nenhuma estiver disponível, explica porquê;
5. Desenha um plano de melhoria, enquadrado nas oportunidades identificadas, ou, em alternativa, consegue explicar porque a organização não o faz;
6. Quando um plano de melhoria se justifica, identifica quem é o responsável pela sua condução, as metas temporais para a implementação do plano e os métodos de medida que vão permitir determinar o sucesso do plano desenhado.

No final dos trabalhos, a ACR deve permitir construir um conjunto de documentos que constituem o relatório dos trabalhos:

1. Fluxograma com a sequência de eventos – no final deverá ser possível definir o **que** aconteceu, com **quem, quando, onde, porquê** (limita-se às causas próximas nesta etapa), **como** aconteceu e, se possível, o **quanto**, pelo custo acrescido associado ao incidente;
2. Fluxograma da sequência de procedimentos esperada ou de acordo com as normas estabelecidas na instituição – o que deveria ter ocorrido;
3. Lista de ações de melhoria implementadas imediatamente após o incidente;
4. Revisão bibliográfica aprofundada relacionada com a natureza do incidente em estudo;
5. Lista e descrição das barreiras existentes;
6. Lista dos fatores contribuintes, obtidos através de *brainstorming*, que podem ter sido determinantes para o desenvolvimento do incidente;
7. Diagrama de Ishikawa com a análise de cada fator contribuinte para ajudar a identificar as suas Causas Raiz;
8. Priorização das Causas Raiz através de uma matriz de pontuação;
9. Lista de planos de melhoria detalhando indicadores, metas temporais, medidas objetivas, responsáveis e recursos a empregar;
10. Relatório de resultados.

#### Fatores que conferem credibilidade a uma ACR:

1. Envolvimento dos profissionais que estão associadas aos processos e sistemas em análise;
2. Apoio e encorajamento da gestão de topo;
3. Conclusões coerentes e obtidas com a unanimidade dos elementos da equipa de ACR (importante obter consensos);
4. Revisão da literatura relevante na área do incidente;
5. Comunicação abrangente a todas as pessoas que podem beneficiar dos resultados;
6. Utilização de uma linguagem clara para todos.

A forma como são descritas as relações entre as causas e os efeitos podem condicionar as conclusões sobre as mesmas. Há um conjunto de linhas orientadoras para otimizar a forma como se estabelecem estas relações.

Na definição de relação causal, há que considerar três elementos fundamentais:

1. Condição antecedente: propicia uma consequência - A;
2. Comportamento: pode ser uma ação ou uma omissão - B;
3. Consequência: resulta do alinhamento dos anteriores - C.

Assim, a expressão de uma relação tem a seguinte estrutura: Um conjunto de circunstâncias (A) aumenta a probabilidade de que (B) ocorra, resultando que (C) possa ocorrer. Por exemplo, a falta de prescrição eletrónica de medicamentos (A) aumenta a probabilidade de falhas na leitura da prescrição (B) que podem resultar em eventos adversos com medicamentos (C).

### **Regras da atribuição das causas (ou causalidade) de David Marx**

A equipa precisa de se concentrar na abordagem por sistemas e estabelecer as ligações entre os elementos que contribuem para propiciar as falhas e os respetivos efeitos.

A utilização de um conjunto de regras, no estabelecimento dos fatores contribuintes e nas causas inerentes aos incidentes em estudo, permite que os planos de ação resultantes sejam mais eficazes por abordar as verdadeiras causas ou fatores contribuintes.

Regra número 1: A relação entre uma consequência e a sua causa ou fator contribuinte deve estabelecer-se de forma inequívoca. Ex: 'A deficiente higiene das mãos' aumenta a probabilidade de colonização das mãos que pode resultar em 'Infeção associada aos cuidados de saúde'.

Regra número 2: As descrições pela negativa devem ser evitadas na caracterização das Causas Raiz. Ex: em vez de 'o manual de procedimentos está mal escrito', deve estar 'o manual de procedimentos está desatualizado em relação às mais recentes recomendações, o que reduz a

adesão dos profissionais às normas nele inscritas, resultando na discricionariedade dos procedimentos’.

Regra número 3: Para toda a falha humana deve existir uma causa ou fator contribuinte precedente. Assim, não basta dizer que “O enfermeiro não cumpriu atempadamente a prescrição do medicamento”, é preciso especificar, consoante o caso, por exemplo, que a prescrição era ilegível, que havia sobrecarga de trabalho ou que o medicamento foi enviado na dose errada.

Regra número 4: O incumprimento dos procedimentos, tal como a falha humana, têm que ter uma causa ou fator contribuinte precedente. Um procedimento pode ficar por cumprir por uma variedade de motivos, por exemplo, falha na integração dos recém-admitidos, falta de tempo ou falha do equipamento.

Regra número 5: A falha devido a infração só existe, enquanto causa ou fator contribuinte, quando há a obrigação de realizar determinado procedimento. Por exemplo, a ausência da verificação na cirurgia segura só existe se na unidade de saúde está implementada a metodologia recomendada pela DGS.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

### 3. A Equipa de Análise das Causas Raiz

O desenvolvimento de competências para a implementação eficaz e eficiente de uma ACR é importante para as instituições de saúde como instrumento para a melhoria da gestão da qualidade e do risco.

É aconselhável preparar os profissionais, proporcionando-lhes formação e treino em incidentes não críticos. Desta forma, quando ocorrer um incidente efetivamente grave, os profissionais vão enfrentar menos dificuldades para obter melhores resultados.

Alguns autores defendem que a revisão de processos com incidentes não críticos, mas frequentes, ou até a revisão pura e simples de processos aparentemente seguros, pode resultar numa economia de recursos justificando, em parte, o custo inerente a uma ACR.

A equipa de ACR deve ser composta por um coordenador da equipa, um profissional sénior, um ou mais profissionais com conhecimento específico na área, eventualmente um ou mais consultores especializados e um gestor de topo da organização. Os papéis e responsabilidades descrevem-se de seguida. A tabela n.º 1 resume esta informação.

1. **Coordenador da equipa:** Técnico especialista que integra a área da qualidade ou da gestão do risco da instituição. É quem lidera o processo.

Competências:

- a) Especialista em ACR, em dinâmica de grupos e em promover consensos.

Responsabilidades:

- a) Orientar as reuniões da equipa;
- b) Manter a equipa focalizada no incidente em análise;
- c) Completar as linhas temporais da sequência de eventos;

- d) Garantir que o processo de ACR é cumprido;
- e) Participar nas entrevistas;
- f) Escrever o relatório final (eventualmente com o apoio de um secretário).

2. **Profissional sénior:** Profissional com conhecimentos genéricos sobre o tipo de incidente, dos processos da organização e com autoridade para garantir o desenvolvimento de processo de ACR. Por exemplo, o diretor de serviço ou o chefe do serviço.

Competências:

- a) Capacidade analítica na área do incidente.

Responsabilidades:

- a) Manter a equipa focalizada no incidente em análise;
- b) Apoiar a melhoria da cultura de segurança do doente;
- c) Apoiar os membros na sua análise;
- d) Remover as barreiras que os membros da equipa encontrem.

3. **Profissionais com conhecimento específico sobre a área** (em número variável em função do incidente): Podem ser profissionais ligados, ou não à atividade clínica (incluindo profissionais ligados, ou não ao incidente em estudo). Por exemplo, os incidentes de suicídio de doentes podem também incluir profissionais ligados à engenharia ou arquitetura, os incidentes relacionados com a medicação podem incluir técnicos de farmácia, enfermeiros e técnicos de informática.

Competências:

- a) Conhecimento aprofundado na área envolvida;
- b) Credibilidade dentro da organização;
- c) Capacidade de análise e exploração de todas as possibilidades;
- d) Interesse na matéria em análise.

Responsabilidades:

- a) Prestar informação relevante em todas as etapas da ACR;
- b) Prestar informação sobre o procedimento estabelecido, relacionado com o incidente;
- c) Ajudar a identificar os fatores contribuintes para o processo e as ações relevantes para a prática atual.

4. **Consultores:** Incluem profissionais externos à organização que podem ser relevantes para o processo e que podem fornecer informação pertinentes. Podem ser fornecedores ou peritos.

Competências:

- a) Conhecimento específico sobre equipamentos, tecnologias, ou outros, que podem ter contribuído para o incidente ou que podem ser necessários para o desenvolvimento de ações de melhoria.

Responsabilidades:

- a) Prestar informação com base nos conhecimentos especializados para facilitar o entendimento sobre as Causas Raiz ou fatores contribuintes do incidente, e/ou ajudar a desenvolver um plano de ação.

5. **Gestor de topo:** profissionais do órgão de gestão com a supervisão da área da qualidade e/ou a responsabilidade da atividade clínica.

Competências:

- a) Autoridade para a tomada de decisão;
- b) Condução pelo exemplo da cultura de segurança do doente.

Responsabilidades:

- a) Garantir que as ações aprovadas são implementadas;
- b) Garantir que os profissionais são libertos de outras atividades para participar na ACR;

c) Garantir que os resultados divulgáveis da ACR o são de forma abrangente.

Tabela n.º 1 – Constituição da equipa de ACR

Papéis / Responsabilidades	Membros da equipa				
	Coordenador	Profissional Sénior	Profissionais com conhecimento específico sobre a área	Consultores	Gestor de topo
Conhecimentos sobre processos e técnicas de ACR	Perito em ACR	Sim	Familiarizada	Familiarizada	Familiarizada
Conhecimento profundo da área em análise	Desejável	Sim	Sim	Sim	Desejável
Conhecimento em 'primeira mão' sobre o incidente e as circunstâncias do mesmo	Não	Não	Desejável	Não	Não
Autoridade para a tomada de decisão e implementação de recomendações	Não	Desejável	Desejável	Não	Sim
Respeito pelo princípio da confidencialidade	Todos os envolvidos na ACR têm que garantir a confidencialidade de todo o processo.				

Fonte: Adaptado de *Canadian Root Cause Analysis Framework, a tool for identifying and addressing the root cause of critical incidents in healthcare* (2006).

O trabalho em equipas acarreta desafios específicos, principalmente em equipas multidisciplinares. Alguns dos profissionais que vão estar envolvidos nos trabalhos de ACR estão habituados a liderar as suas equipas de trabalho. Por este motivo, pode ser útil estabelecer um conjunto de regras-base à partida.

Em trabalho de equipas é tão negativo ser pouco interventivo como monopolizar o tempo, impedindo a intervenção dos outros.

Costuma ser uma boa prática dividir os papéis de forma rotativa entre as pessoas do grupo: um gestor do tempo, que garanta que os objetivos da reunião são cumpridos e um redator que recolhe a informação produzida. A cultura da organização e as próprias pessoas envolvidas no processo ditam estas decisões.

Regras-base a estabelecer na primeira reunião da equipa:

1. Respeito pelos outros;
2. Respeito pelas opiniões dos outros;
3. Igualdade de participação;
4. Respeito pela confidencialidade;
5. As questões servem para esclarecer e não para confrontar;
6. As decisões resultam de consenso;
7. Data para a finalização dos trabalhos;
8. Papeis dentro da equipa.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## 4. Metodologia de Análise das Causas Raiz

Neste capítulo descrevemos uma metodologia possível para a condução de um processo de ACR em concreto.

Na sala onde se vão realizar as reuniões da equipa de ACR é útil ter um quadro branco e/ou um computador com projetor. O quadro deve ser dividido para estabelecer uma zona de 'ideias soltas'. Esta área fica reservada para as ideias que não sendo aproveitadas imediatamente, podem ser úteis em situações futuras. Serve também para que todas as ideias possam ser recolhidas sem que se descarte imediatamente uma contribuição. Esta prática ajuda à participação de todas as pessoas e limita o potencial de perda de informação pertinente.

### Primeira reunião

**Intervenientes:** o Coordenador da equipa e o profissional sénior.

**Ordem de trabalhos:**

1. Determinar a informação a recolher inicialmente, qual deve ser classificada como de acesso restrito, quem deve a recolha fazer e como. São exemplos, os manuais dos equipamentos, normas da instituição, normas nacionais, literatura, a notificação do incidente, etc.;
2. Decidir quem deve fazer parte da equipa. Mais vale ser abrangente do que constituir uma equipa insuficiente. Desta forma, todas as pessoas aprendem com o processo e é mais fácil identificar fatores menos óbvios;
3. Definir a data da primeira reunião da equipa de ACR.

## Segunda reunião

**Intervenientes:** Equipa de ACR.

### **Ordem de trabalhos:**

1. Explicar o porquê do grupo ter sido constituído;
2. Dar ênfase ao facto de que a finalidade da ACR é contribuir para que o incidente não se repita. Não se pretende encontrar culpados;
3. Dar exemplos de situações em que inicialmente se julgava que a causa de um incidente era uma falha de um profissional e, depois de implementada a ACR, se concluiu que o incidente foi causado por uma falha do sistema. Por exemplo, num incidente adverso associado ao medicamento, é inicialmente atribuída a responsabilidade do incidente ao enfermeiro que o administrou. Depois de recolhida a informação, constata-se que o interno que prescreveu o medicamento está de serviço há mais de 24h, e que o enfermeiro que administrou o medicamento estava no seu segundo turno consecutivo. Passámos de uma causa próxima: a eventual falha de um enfermeiro, para a Causa Raiz: os horários de trabalho. A verdadeira questão que emerge é como pode o sistema permitir que os profissionais fiquem um número excessivo de horas a trabalhar;
4. Desenhar a sequência de eventos. Dependendo do incidente, a sequência de eventos pode abranger uma margem temporal entre algumas horas a vários dias. O coordenador anota no computador ou no quadro os contributos da equipa sobre a sequência de eventos.

Os profissionais vão ter tendência para comentar e discutir os elementos da sequência de eventos que são apresentados. Nesta fase, estes comentários devem ser anotados na área de ideias soltas, mesmo que não pareçam relevantes. No entanto, deve-se evitar prolongar estas discussões e centrar a atividade no desenho da sequência de eventos para que se obtenha um desenho tão completo quanto possível. Esta tarefa deve terminar apenas quando todos os elementos do grupo estiverem satisfeitos e normalmente decorre durante cerca de uma hora. Os elementos recolhidos, incluindo os da área de ideias soltas, devem ser guardados no computador.

Nesta etapa pode fazer sentido realizar uma visita ao local do incidente;

5. Fazer o levantamento das medidas corretivas desenvolvidas logo após o incidente. Guardar estes elementos no computador;
6. Rever a sequência de eventos e identificar os fatores contribuintes. Basta que um membro da equipa indique um fator para que este seja considerado. Nesta fase, pode ser útil consultar o anexo II – Questões orientadoras e de triagem, especialmente quando se tratar de uma equipa com pouca experiência em ACR;
7. Fazer corresponder os fatores contribuintes com os elementos da sequência de eventos através de uma *brainstorming*. Pretende-se que o grupo reflita sobre o incidente e as condições ou qualquer outro elemento que o possam ter facilitado (diferente de ‘causar’). Deve continuar a utilizar-se a zona de ideias soltas para as intervenções não diretamente relacionadas com esta tarefa. Por exemplo, para as que proponham soluções para as situações facilitadoras de incidentes. O anexo II pode ser útil para esta tarefa;
8. Analisar as barreiras existentes e as que falharam, fazer o seu inventário numa lista. Equacionar que barreiras adicionais poderiam existir. Juntar esta informação aos fatores contribuintes;
9. Categorizar os fatores contribuintes em: fatores do pessoal, fatores do doente, fatores do trabalho/ambiente, fatores organizacionais/do serviço, fatores externos e outros. O anexo III sistematiza os fatores de forma mais operacional. Estes dados vão servir para construir o diagrama de Ishikawa. Depois de agrupados os fatores de forma consensual dá-se por terminada a reunião.

### **Terceira reunião**

**Intervenientes:** Coordenador da equipa e o profissional sénior.

**Ordem de trabalhos:**

1. Dispor os fatores contribuintes e os causais num diagrama de *Ishikawa* (se necessário consultar o anexo IV). Este trabalho é realizado a partir da informação produzida pela equipa na reunião anterior, durante a semana que decorre até à próxima reunião com toda a equipa;

2. Rever os dados que resultaram da categorização. Colocar as categorias lado a lado com os elementos de cada categoria por baixo. Rever o conteúdo de cada categoria para perceber se há duplicações ou subcategorias que podem ser agrupadas. Depois, para cada uma das categorias ver os elementos que a compõem e perguntar ‘Como’ e ‘Porquê’ até que deixe de fazer sentido fazer a pergunta. Pretende-se perceber se é necessário procurar mais informação e/ou onde acrescentar itens. Para cada item dentro das categorias escrever um dos três: ‘Dados insuficientes’ a vermelho, ‘Fator contribuinte’ a verde, ou ‘Fator não contribuinte’ a preto. A reunião acaba com a definição de quem vai procurar os dados em falta.

**Observações:** Nesta fase pode ser necessário realizar entrevistas a quem esteve diretamente envolvido no incidente. As entrevistas devem ser realizadas com duas pessoas da equipa para facilitar a recolha de informação sem se perder no registo. O ambiente do tipo inquisitório é prejudicial, pretende-se uma descrição da sequência de eventos e não uma ‘audiência disciplinar’. Depois de obtida a descrição pode ser recolhida informação mais específica sobre possíveis fatores contribuintes e barreiras.

Adicionalmente, pode ser revista a eficácia e a eficiência das barreiras existentes: costumam fazer a deteção e prevenção de falhas nos processos que visam acompanhar? O custo que lhes está associado justifica a manutenção da barreira nos termos atuais? Podem ser abordadas alternativas mais eficazes e/ou mais económicas? Estas questões, a serem relevantes devem ser levadas à equipa aquando da preparação dos planos de melhoria.

### **Quarta reunião**

**Intervenientes:** Equipa de ACR.

**Ordem de trabalhos:**

1. Validar o diagrama de Ishikawa. As pessoas da equipa podem contribuir com mais dados, melhor organização ou diferente fluxo da informação;
2. Validar a informação da reorganização das categorias. Pôr o grupo a questionar-se o ‘Porquê’ e o ‘Como’ para ver se há abordagens diferentes. Gerar o consenso no diagrama. Esta etapa pode durar cerca de uma hora;

3. Certificar que os ‘Fatores não contribuintes’ o são de fato e que cada ‘Fator contribuinte’ não tem mais desdobramentos em níveis inferiores possíveis – são as Causas Raiz. Perguntar em relação a cada fator contribuinte se a eventual eliminação desse fator teria resultado na prevenção do incidente. Se for o caso deve merecer um plano de ação;
4. Listar os ‘Fatores não contribuintes’ para demonstrar que foram também objeto de análise. Se não forem referidos pode parecer que a análise foi incompleta por não ter em consideração estes fatores. A ACR propriamente dita está concluída;
5. Priorizar as Causas Raiz e desenhar os planos de ação. Para cada ‘Fator contribuinte’ desenhar uma ação corretiva ou um plano de melhoria. A este respeito consultar o anexo V. A tabela n.º 2 contém os elementos mínimos de cada uma das ações de melhoria. Se a equipa não conseguir completar as tabelas, será uma tarefa a concluir pelo coordenador da equipa e o profissional sénior;
6. Rever as barreiras existentes em termos de eficácia e eficiência, se for considerado útil e, se for esse o caso, propor alternativas.

Tabela n.º 2 – Elementos mínimos dos planos de ação

<b>Fator contribuinte</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>
Plano de ação	Rever protocolo de transporte de doentes para o bloco	Implementar cirurgia segura
Pessoa responsável	Enfermeira chefe Cirurgia Geral	Enfermeira chefe Bloco Operatório
Data fim	31-03-20xx	30-04-20xx
Indicadores de Medida	Protocolo atualizado	Cirurgia segura implementada
Recursos	Equipa de enfermagem X €	Direção do Bloco Equipa de enfermagem X €
Data de revisão	01-03-20xx	01-04-20xx

### Quinta reunião

**Intervenientes:** coordenador da equipa e o profissional sénior.

**Ordem de trabalhos:**

1. Terminar as tabelas referidas no ponto 5 da reunião anterior, se necessário;
2. Rever todo processo e a documentação produzida;
3. Preparar a reunião seguinte para que nela se conclua os trabalhos, se possível.

**Observações:** As reuniões de equipa significam um custo significativo. Uma boa preparação da sexta reunião pode garantir que não seja necessária outra subsequente.

**Sexta reunião**

**Intervenientes:** Equipa de ACR.

**Ordem de trabalhos:**

1. São apresentação das peças elaboradas:
  - a) Sequência de eventos observada;
  - b) Sequência de procedimentos esperada;
  - c) Lista de ações de melhoria;
  - d) Lista de barreiras existentes;
  - e) Lista de fatores contribuintes de Causas Raiz;
  - f) Diagrama de Ishikawa;
  - g) Análise e priorização das Causas Raiz identificadas;
  - h) Planos de ação.
2. Contributos para alterações finais, especialmente junto dos peritos da área;
3. Discussão dos documentos finais;
4. Conclusão dos trabalhos.

**Observações:** É importante que as conclusões da equipa cheguem às pessoas da organização que estão envolvidas com o incidente que a determinou: Diretores de Departamento, Diretores de serviço; profissionais do serviço, familiares do utente e/ou o próprio utente, o notificador do EA, e/ou outras pessoas relevantes.

## 5. Conclusão

Qualquer análise de incidentes e eventos adversos pressupõe a procura de aprendizagens para prevenir a sua repetição. Assumimos que os profissionais desenvolvem a sua actividade em sistemas imperfeitos que podem facilitar, e por vezes induzir, a ocorrência de falhas. Assumimos, também, que a procura de culpados não faz sentido na Segurança do Doente. A cultura de culpa demonstra ser avessa à melhoria e à procura das aprendizagens resultando, em última análise, na manutenção das falhas nos sistemas e na repetição de danos que podem ser evitados.

É importante garantir a homogeneidade na terminologia empregue. Em 2011, o Departamento da Qualidade da DGS traduziu e adoptou como referência a CISD, da OMS. O documento está disponível no sítio da DGS para consulta e para orientação dos países de língua oficial portuguesa.

O presente documento sobre ACR aborda de forma prática uma metodologia de investigação das causas de um incidente ou evento adverso. Não é, em si, uma prescrição de procedimentos, nem o procura ser. Pretendemos que as organizações de saúde desenvolvam ACR nos eventos críticos, para a sua compreensão e prevenção.

Preparámos um conjunto de anexos mais abrangentes para facilitar o esclarecimento de questões que possam emergir ao longo de todo o processo de ACR.

Concluimos realçando que o ponto de partida de uma ACR será sempre a detecção e a comunicação de um evento e assim, o primeiro passo é o da promoção de uma cultura de abertura aos relatos, sem procurar culpados.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## Bibliografia

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324:370-376.

Canadian Patient Safety Institute. *Canadian Root Cause Analysis Framework, a tool for identifying and addressing the root cause of critical incidents in healthcare*. 2006.

Cook RI, Woods DD. *Operating at the Sharp End*. In *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1994.

Healthcare Risk Management. *Sentinel event policy changed, but it's still a 'lawsuit kit' for attorneys*. Healthcare Risk Management. 1998.

Institute for Healthcare Improvement. *Process Analysis Tools – Cause and Effect Diagram*. 2004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Conducting a Root Cause Analysis in Response to a Sentinel Event*. 1996.

Leape LL. *Preventability of Medical Injury*. In *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1994.

Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. (1991). *The nature of adverse events in hospitalized patients*. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324:377-384.

Marx D. *Maintenance Error Causation*. A technical report prepared for the Federal Aviation Administration. 1999.

Moray, N. *Error Reduction as a Systems Problem*. In *Human Error in Medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc 1994.

National Health Service, Institute for Innovation and Improvement. *The Handbook of Quality and Service Improvement Tools*. 2010.

Ontario Health Quality Council. *Quality Improvement Guide*. 2009.

Prager LO. *Keeping clinical errors out of criminal courts*. *American Medical News*, 1998; 41-11.

Reason, James T. (1990). *Human Error*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Reason JT. *Foreword to Human Error in Medicine*, Lawrence Erlbaum Assoc. 1994.

Veterans Health Administration. *Systems Improvement Framework*. 2010.

<http://www.ccdsystems.com/Products/RootCauseAnalyst/PapersandArticles.aspx>

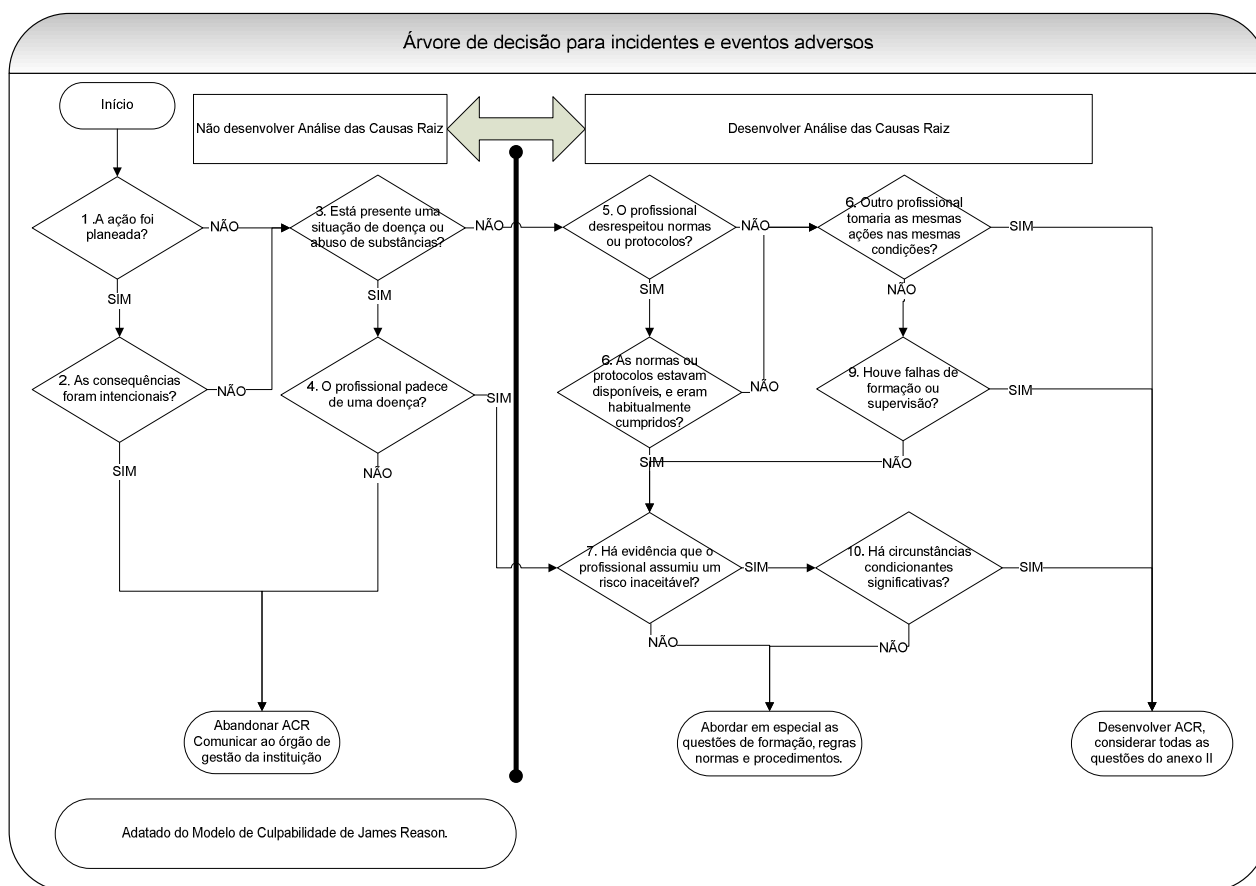
## **Anexos**

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## Anexo I - Árvore de decisão

A árvore de decisão é uma ferramenta desenvolvida por James Reason e adotada por vários sistemas de saúde para a análise de eventos adversos. A sua finalidade é ajudar a determinar se deve ou não haver uma ACR. A decisão é tomada antes dos trabalhos da equipa de ACR.

Para este documento, em que se pretende ajudar a desenvolver uma ACR, a decisão de a fazer já está implícita, pelo que esta etapa já deveria ter sido ultrapassada. No entanto, optámos por traduzir, adaptar e manter este anexo para ajudar as equipas menos experientes a cimentar a decisão de proceder, ou não, a uma ACR, e subsequentemente conduzir a mesma pois há questões e reflexões, como as que compõem o fluxograma seguinte, que podem ajudar ao próprio processo de realização da ACR.



As 10 questões expressas no fluxograma. São em seguida abordadas são apresentados exemplos para facilitar a aplicação da árvore de decisão.

### **Questão 1: A ação foi planeada?**

Na esmagadora maioria dos incidentes de segurança do doente o profissional tinha o seu bem-estar em mente. No entanto, em alguns casos extremamente raros, a intenção era efetivamente a de causar danos ao doente. Nesta etapa coloca-se a questão para identificar ou eliminar essa possibilidade, numa fase mais precoce possível.

Pergunta-se se as **ações** foram conforme o esperado, não se o **resultado** foi como o esperado. Esta é uma distinção importante.

Orientações para a questão: A ação foi planeada?

#### Atos de comissão:

Uma enfermeira injeta a droga X a um doente, em vez da droga Y, como resultado o doente morre. A questão que se coloca, nesta etapa, é saber se a enfermeira tencionava administrar a droga X, não se pretendia que o doente morresse.

#### **Exemplos:**

Um médico realiza uma operação à criança A, em vez da criança B. Como resultado uma criança fica desfigurada. A questão, nesta etapa, é determinar se o médico tinha a intenção de operar a criança A, não se pretendia que a criança ficasse desfigurada.

#### Atos de omissão:

Envolvem deslizes, lapsos, esquecimento ou a decisão de não agir. Atos de omissão são tão importantes quanto os atos de comissão.

**Exemplos:**

- a) Não administração de medicamentos;
- b) Não chamar a equipa de reanimação;
- c) Não registo da informação clínica;
- d) Decisão de não pedir uma segunda opinião num caso difícil;
- e) Não verificação dos registos do doente.

**Apure se o profissional:**

- a) Se esqueceu de agir de alguma forma;
- b) Foi de alguma forma impedido de agir;
- c) Decidiu não agir;
- d) Recusou o cumprimento de uma instrução.

**Exemplo:**

Um enfermeiro não deu a um doente o seu comprimido para dormir. Este facto pode resultar de o enfermeiro:

- a) Se esquecer de dar a medicação;
- b) Ser chamado a ajudar numa situação de urgência;
- c) Considerar que o doente ficaria melhor se não tomasse aquele comprimido para dormir;
- d) Decidir sair a horas, sem providenciar que outro colega administrasse a medicação.

Nos dois primeiros cenários, as ações não decorreram como planeado, nos segundos dois cenários as ações foram conforme o planeado.

### Inquirir o profissional

A única pessoa que pode responder à pergunta com precisão é o próprio profissional. Por isso, é importante tentar abordar o assunto com ele.

Podem haver circunstâncias em que tal não é possível (por exemplo, o profissional está de férias), ou se houver a dúvida plausível de que o profissional não responde honestamente.

Neste caso será necessário formar uma opinião com base no saldo de probabilidade, utilizando as informações que se apresentarem disponíveis.

Se novos factos vieram à luz pode-se reiniciar o trabalho de análise da árvore de decisão para Incidentes.

### Se o profissional nega envolvimento no incidente

Se o indivíduo diz não estar envolvido no incidente, a resposta para a 'ação ser planeada' pode ser difícil de obter. É possível que o profissional:

- a) Não estivesse mesmo envolvido no incidente;
- b) Esteja traumatizado e confuso com o que realmente ocorreu;
- c) Esteja a mentir para encobrir uma intenção maliciosa.

Tenha em mente que profissionais envolvidos numa "cultura da culpa", por vezes, sentem-se impelidos a negar falhas pelo medo de punição.

Esta questão é importante para determinar um processo de ACR e pode ser muito complexa. Pode ser necessário recolher informação adicional antes de tomar uma decisão. Em última análise é uma questão de discernimento e antecede a fase de ACR propriamente dita.

A ação foi planeada?

Se sim, passe à questão 2.

Se não, passe à questão 3.

## **Questão 2: As consequências foram intencionais?**

Esta questão tenta identificar a intenção do indivíduo nas medidas que tomou. Na maioria dos casos em que as ações que determinaram o resultado adverso foram intencionais, o indivíduo não pretendia que ocorresse dano ao doente.

No entanto, se a evidência sugerir que o dano foi deliberado, é suspensa a iniciativa de ACR e comunicada esta conclusão ao órgão decisor da instituição.

Orientação para a questão: as consequências foram intencionais?

### Dano não intencional

Apure se o profissional pretendia efetivamente causar dano ao doente. O mais provável é que não pretendesse.

### **Exemplos:**

Um interno a trabalhar no serviço de Urgência coloca uma tala de tração cutânea a um doente com uma fratura do fémur, como resultado aumentou significativamente a dor do doente. O médico pretendia a aplicação da tala de tração, mas não tinha intenção de causar danos (dor).

Um enfermeiro administrou a um parente desesperado um calmante sem prescrição médica. O medicamento interagiu com outro medicamento que a pessoa estava a tomar, e como resultado precisou de passar várias horas na unidade sob vigilância médica. O enfermeiro definitivamente pretendia administrar o calmante, mas não tinha intenção de causar dano.

### Dano infligido deliberadamente

#### **Exemplos:**

O medicamento errado foi administrado deliberadamente com vista a causar dor, incapacidade ou morte.

A bomba infusora foi desligando deliberadamente.

Um doente foi agredido.

### Não prestação de um tratamento ou um cuidado com vista a causar o dano

#### **Exemplos:**

Não foi administrado deliberadamente um medicamento vital para o doente.

Não foi deliberadamente ventilado um doente idoso.

### Não prestação de um tratamento ou um cuidado a um doente para benefício próprio ou de outros

#### **Exemplos:**

Não foram administrados medicamentos que alteram o humor ou aliviam a dor ao doente para uso próprio.

Não administrando medicamentos ao doente para benefício de terceiros.

### Infligir medo ou humilhação ao doente

#### **Exemplos:**

Exagero grosseiro das consequências possíveis da não adesão ao plano de tratamento proposto.

Deixando deliberadamente o doente sujo com as suas excreções e/ou fezes.

Servir-se em proveito próprio da vulnerabilidade do doente

**Exemplo:**

Abuso sexual de doente sedado.

Não proteger o doente deliberadamente de danos infligido por terceiros

**Exemplo:**

Desviando o olhar enquanto um doente agride ou molesta outro.

Cooperar com a automutilação

A cooperação com o doente que atua contra a sua integridade deve ser visto como 'intenção de causar dano', independentemente do grau de doença e quaisquer que sejam as crenças éticas do profissional, a menos que as ações estejam integradas no tratamento.

**Exemplos:**

Fornecendo eméticos a um doente bulímico ou anorético.

Fornecendo medicamentos adicionais a um doente com tendências suicidas.

As consequências foram intencionais?

Se sim, abandonar a ACR e comunicar as conclusões ao órgão de gestão.

Se não, passe à questão 3.

**Questão 3: Há suspeita de doença ou abuso de substâncias por parte do profissional?**

Depois de afastada a intenção de causar dano, aplica-se a questão de determinar se uma doença do profissional ou o abuso de substâncias pode estar relacionado com o incidente.

Orientação para a questão: há suspeita de doença ou abuso de substâncias por parte do profissional?

Quando se avalia esta questão é preciso ter presente que o foco está no momento em que se deu o evento.

**Exemplo:**

Um cirurgião alega que ocorreu um incidente durante uma cirurgia por ter sido vítima de uma crise de asma. Apesar de saber que o médico sofre de asma, não há evidência que tenha ocorrido uma crise no momento da intervenção. No incidente em causa foi decidido responder 'não' a esta questão.

É provável que um profissional fique traumatizado e sujeito a stresse depois de um incidente grave para o doente, mas este facto não significa que fosse esse o seu quadro psicológico no momento do incidente.

Impacto da doença

Se existe evidência de que o profissional se encontrava com um problema de saúde no momento do incidente, há que considerar qual a probabilidade de esse problema de saúde ter algum impacto nas ações que resultaram no incidente. Trata-se de mais uma questão de juízo para o qual não há regras fáceis.

**Exemplo:**

Se um profissional referir que estava com dor de garganta ou ligeira dor de cabeça provavelmente a resposta para esta questão será 'não'.

Se, pelo contrário, o profissional se queixou ao longo do dia com enxaqueca, tivesse febre alta, ou com sinais de depressão grave, provavelmente a resposta a esta questão seria 'sim'.

### Situações de vida semelhantes ou conflitos

Se um profissional está a lutar na sua vida pessoal com uma situação semelhante à do doente a sua capacidade de prestar aconselhamento pode ficar condicionada. São exemplos a enfermeira de cuidados paliativos que tem o marido em processo de fim de vida ou a obstetra que passou por um aborto.

### Casos duvidosos

Se o incidente ocorreu há pouco tempo e existe dúvida se a alegação de doença é fiável, pode-se consultar, por exemplo o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho. Se tal não for possível, apurar se o profissional:

- Mencionou sentir-se doente a outros profissionais antes do incidente;
- Aguardava uma consulta médica;
- Regressava de uma baixa médica e ainda não estava totalmente recuperado;
- Tinha comentado sentir a necessidade de pedir uma baixa médica, mas resolvera ficar a trabalhar;
- Tinha tomado medicação que pudesse afetar a sua capacidade de tomar decisões ou a sua performance;
- Recentemente tenha passado por situações de vida significativas.

### Stresse

O stresse pode ser uma área a avaliar e pode estar relacionado com as condições de trabalho ou a outras circunstâncias externas ao trabalho. O grau e o padrão de stresse devem ser considerados.

A investigação mostra que pessoas que atravessaram recentemente por situações de vida significativas estão mais propensas a envolver-se em incidentes de segurança do doente.

Se a evidência disponível sugerir que o profissional padecia de stresse severo no momento do incidente, responder 'sim' a esta questão. Em caso de dúvida consultar por exemplo o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho.

Um comportamento inesperado para uma pessoa pode ser um sintoma de doença física ou psicológica. No entanto, o comportamento inadequado não significa necessariamente que o profissional estivesse doente.

**Exemplos:**

Um fisioterapeuta com um desempenho normal começou a esquecer-se das consultas agendadas e das histórias clínicas dos seus doentes. Verificou-se que estava nas fases iniciais da doença de Alzheimer.

Um enfermeiro experiente e com um comportamento adequado agrediu um colega durante uma discussão no bloco operatório. Na altura associou-se o comportamento a uma doença no momento do incidente. Mais tarde soube-se que havia uma história pessoal com o agredido.

Abuso de substâncias

Se existe evidência de que o profissional estava intoxicado ou sob o efeito de substâncias no momento do incidente, a resposta a esta questão é 'sim'.

O abuso de substâncias inclui a intoxicação pelo álcool ou 'drogas recreativas', solventes, inalação de gases anestésicos e automedicação inapropriada (por exemplo, injeção de opiáceos).

Se não se consegue determinar se o profissional foi influenciado por abuso de substâncias é importante consultar urgentemente o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho.

Há suspeita de doença ou abuso de substâncias por parte do profissional?

Se sim, seguir para a questão 4.

Se não, seguir para a questão 5.

#### **Questão 4: O profissional padecia de alguma doença conhecida?**

Nesta questão tem-se em consideração se o profissional sofria de alguma doença e se estava ou não consciente da mesma, no momento em que ocorreu o incidente. Entende-se como 'doença conhecida' um problema de saúde crônico com o potencial de afetar a capacidade de um profissional levar a cabo o seu trabalho. Exemplos comuns são a diabetes, hipertensão, epilepsia, enxaqueca, asma, dermatite, artrite, esclerose múltipla, esquizofrenia, hepatite B, incapacidade visual severa, depressão e alcoolismo. Problemas cognitivos resultantes de demência ou traumatismo craniano também podem ser causa de problemas de saúde crônicos.

Em muitos casos os problemas de saúde estão controlados e não interferem com o trabalho dos profissionais.

Orientação para a questão: o profissional padecia de alguma doença conhecida?

#### Consciência da doença no momento do incidente

O profissional pode ou não ter consciência da doença no momento do incidente. A manifestação da doença pode ter surgido só após o incidente.

Vai ser necessário estabelecer se se tratou de uma primeira manifestação de doença, se existia conhecimento prévio de doença, junto de, por exemplo:

- O profissional;
- A chefia do profissional;
- Os colegas;
- O Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho.

**Exemplo:**

Um Ortopedista cometeu uma falha grave numa cirurgia sem ter consciência que desenvolvera diabetes e que estava próximo do colapso durante a intervenção. Neste caso a resposta à questão seria 'sim'.

Incidentes de segurança podem estar ligados a situações em que os profissionais:

- Não têm conhecimento da doença;
- Trata-se de uma doença recentemente diagnosticada ou em fase de adaptação às medidas terapêuticas;
- Não estão conscientes que a sua situação se deteriorou;
- Não estão a cumprir o seu plano terapêutico;
- Estão ajustar-se a modificações terapêuticas.

**Se o profissional estava visivelmente alterado no momento do incidente, mas não apresentava uma situação crónica pré-estabelecida (p.e. gripe ou mal estar gástrico), responder 'não' a esta questão.**

O profissional padecia de alguma doença conhecida?

Se sim, seguir para a questão 7.

Se não, não há lugar a ACR. Comunicar ao órgão de gestão.

Todas as questões subsequentes conduzem à realização da ACR. Foram mantidas como orientação para a mesma, principalmente para as equipas menos experientes.

**Questão 5: O profissional não cumpriu os protocolos, normas ou práticas de segurança estabelecidas?**

Se a intenção de causar dano e a incapacidade do profissional foram descartadas determine se os protocolos, normas ou os procedimentos de segurança foram devidamente cumpridos.

Nesta questão procura-se determinar se o incidente resultou de:

- Inexistência de procedimentos de segurança;
- Os procedimentos instituídos não eram eficazes;
- Os procedimentos existentes eram conflituosos entre si;
- Uma falha de aplicação de protocolos de segurança adequados;
- O profissional decidir ignorar os procedimentos de segurança;
- O profissional assumir um risco inaceitável.

**Não se pretende afastar ou procurar a eventual responsabilidade do profissional pelos seus atos, mas sim estabelecer o contexto de potenciais problemas com os protocolos, normas ou procedimentos de segurança.**

Orientação para a questão: O profissional não cumpriu os protocolos, normas ou procedimentos de segurança estabelecidos?

Verifique que existe um protocolo, norma ou procedimento

Primeiro clarifique se as ações seguiram um protocolo ou procedimento. Não se pode assumir que sim, há que verificar os registos.

Mantenha presente que é impossível estabelecer procedimentos para todas as eventualidades. Neste contexto, é perigoso estabelecer protocolos rígidos, sem permitir uma margem para as

circunstâncias invulgares. O não permitir a reação a estas circunstâncias pode ser tão perigoso como o não cumprimento de um protocolo ou procedimento de segurança.

A questão n.º 8 serve como segurança em relação a de protocolos inadequados ou inexistentes.

### Códigos de conduta profissionais

Não devemos assumir à partida que os profissionais desenvolveram competências sobre procedimentos de segurança durante a sua formação profissional.

#### **Exemplo:**

Um cirurgião operou um doente no local errado, o local estava incorretamente marcado. O cirurgião não examinara o doente antes da intervenção e foi apurado que o procedimento de segurança de dupla verificação não foi cumprido. Este procedimento não foi transmitido durante a formação do cirurgião. Desta forma, a resposta a esta questão seria 'não'.

O profissional não cumpriu protocolos, normas ou práticas de segurança estabelecidas?

Se sim, seguir para a questão 6.

Se não, seguir para a questão 8.

**Questão 6: Os procedimentos de segurança estavam disponíveis, operacionais, inteligíveis, corretos e eram implementados?**

Recomenda-se uma pausa e uma avaliação criteriosa dos fatos. Não assuma automaticamente que os procedimentos de segurança são operacionais e estão a ser efetivamente implementados.

Tenha presente a necessidade de analisar a situação reportando-a ao momento que se deu o incidente. Pode ter-se verificado uma revisão dos procedimentos subsequente ao incidente em análise.

Orientação para a questão: Os procedimentos de segurança estavam disponíveis, operacionais, inteligíveis, corretos e eram implementados?

Coloque as seguintes questões:

- O procedimento de segurança estava disponível?
- O procedimento era operacional, inteligível e correto?
- O procedimento promovia a ação correta e sensata?
- O procedimento era implementado habitualmente?
- Os profissionais sabiam que o procedimento existia?
- O profissional esqueceu-se de implementar o procedimento?
- O profissional decidiu não implementar o procedimento?
- O profissional saltou passos do procedimento por pensar que o dominava?

#### O procedimento de segurança estava disponível?

Um procedimento só está 'disponível' se um profissional teve dele conhecimento e tem acesso fácil ao mesmo.

#### O procedimento era operacional, inteligível e correto?

O que à primeira vista pode parecer um procedimento operacional pode ser problemático na sua implementação prática.

**Se o procedimento era tecnicamente correto, mas muito exigente em termos de tempo ou de implementação complexa, o profissional pode ter sido obrigado a não o seguir para conseguir cumprir as tarefas que lhe estavam atribuídas.**

O procedimento promovia a ação correta e sensata?

**Se o procedimento for inadequado ao contexto, o profissional pode ter optado pela sua não aplicação.**

**Exemplo:**

Na sequência de um furto de medicamentos, a unidade de cardiologia introduziu uma política de medicamentos trancados. No entanto, os profissionais do turno noturno consideraram que não era seguro, em caso de urgência, ter que ir buscar os medicamentos ao armário trancado. Colocado este problema os enfermeiros passaram a guardar algumas ampolas de adrenalina na mesa de cabeceira dos doentes mais críticos para ter acesso mais rápido. Algumas ampolas caíram no chão e uma criança que visitava um doente foi encontrada a brincar com uma dessas ampolas.

Neste contexto, um procedimento implementado com uma boa intenção demonstrou ser inadequado levando ao surgimento de uma situação de risco ainda mais significativa. Para esta questão a resposta seria 'não'.

O procedimento era implementado habitualmente?

Não é realista assumir que o simples facto de um procedimento existir signifique que os profissionais o implementem no dia a dia.

Os profissionais sabiam que o procedimento existia?

Verifique se os profissionais sabiam que o procedimento existia.

Verifique se os profissionais tinham tomado conhecimento do procedimento durante a sua integração ou durante a introdução do procedimento, se for posterior à primeira.

**Exemplo:**

Uma doente da maternidade, submetida a uma cesarina, ficou ansiosa depois de se separar do seu filho por ter sido levado para o berçário. Este ato colidia com um novo procedimento recentemente implementado que estabelecia que a criança devia permanecer junto da mãe. Verificou-se que o enfermeiro que levou a criança tinha regressado de uma baixa prolongada e não tomou conhecimento do novo procedimento.

Neste caso a resposta à questão seria 'não'.

O profissional esqueceu-se de implementar o procedimento?

Pode ocorrer que o profissional execute um procedimento habitual de forma instintiva, esquecendo que uma alteração posterior. Isto pode ocorrer quando:

- Um procedimento mais antigo é revisto;
- Um profissional muda de serviço;
- Um profissional muda de instituição.

**Exemplo:**

Um médico ligou para o número de emergência interna do hospital onde trabalhava anteriormente, em vez de ligar para o número do hospital onde começara a trabalhar recentemente, como resultado houve um atraso nas manobras de ressuscitação.

O profissional decidiu não implementar o procedimento?

Se o profissional tinha conhecimento do procedimento, mas decidiu não o implementar, há que estabelecer a razão dessa decisão.

Se havia algum impedimento razoável que impedisse a implementação do procedimento, a resposta à questão seria 'não'.

Se não havia justificção, a resposta poderia ser 'sim'.

O profissional saltou algum passo do procedimento por pensar que o dominava?

Pode ocorrer que o profissional esteja tão familiarizado com o procedimento que, por excesso de confiança, decida não cumprir um ou mais passos do procedimento. 'Atalhar caminho' causa problemas quando o caso em concreto se revela tardiamente como atípico.

O não cumprimento de etapas de um procedimento pode ser verificado como um caso isolado ou ser prática corrente a toda a equipa.

Os procedimentos de segurança estavam disponíveis, operacionais, inteligíveis, corretos e eram implementados?

Se sim, passe para a questão 7.

Se não, passe para a questão 8.

**Questão 7: Existe evidência de que o profissional assumiu um risco inaceitável?**

'Risco inaceitável' é um termo corrente para orientar uma ação de gestão após a ocorrência de um incidente de segurança para o doente.

**A árvore de decisão do incidente não tem em vista a determinação se houve ou não um comportamento perigoso ou de negligência nem como o suporte a ações legais sobre esse tipo de comportamento.**

Esta questão pretende ajudar a determinar se o profissional assumiu um risco que seria considerado, em condições normais, pouco razoável no contexto em causa. É porventura a questão mais difícil da árvore de decisão e requer ponderação cuidada.

Há muitas razões que podem levar um profissional a desrespeitar um procedimento devidamente implementado.

Por vezes, o profissional desrespeita o procedimento sem que se perceba o motivo. Geralmente, quanto maior for o cariz técnico da atividade do profissional na situação em concreto, maior a probabilidade de se considerar que assumiu um comportamento inaceitável.

Orientação para a questão: Existe evidência que o profissional assumiu um risco inaceitável?

Interpretações dos corpos reguladores (ordens profissionais, por exemplo)

Note que diferentes corpos reguladores podem ter diferentes interpretações do que é 'um risco inaceitável' e 'responsabilidade profissional'. Se existirem dúvidas consulte o respetivo órgão.

Fatores a considerar:

Os motivos que podem levar um profissional a não cumprir um procedimento incluem:

- Cultura organizacional;
- Benefício de terceiro (doente, colega, familiar do doente);
- Benefício próprio;
- Excitação associada ao risco;
- Presunção;
- Falha de autodisciplina;
- Infrações sem uma razão clara.

Outros fatores a considerar quando se avalia esta questão:

- Informação disponível ao profissional no momento;
- Opções de ação que se colocavam ao profissional;
- O tempo que teve para tomar a decisão;
- Grau de consciência do risco em que ia incorrer.

**Compare e pondere:**

**A.** Um enfermeiro de serviço numa enfermaria sobrelotada foi chamado para lidar com um familiar de um doente agressivo e esquecendo-se de administrar a outro doente diabético a sua insulina.

**B.** Outro enfermeiro esqueceu-se de dar ao doente a terapêutica para dormir porque ficou absorvido com a televisão.

Violação por um motivo conhecido:

Cultura Organizacional

Considere a possibilidade importante de estar perante uma situação de 'profissional num serviço com uma fraca cultura de segurança'. Se o profissional trabalha num ambiente em que o 'atalhar caminho' ou o ignorar procedimentos é prática comum, pode-se ponderar se será o caso de só conhecer esta forma de proceder.

Benefício de terceiros

Por vezes, a intenção pode ser altruísta com vista a ajudar um doente, colega ou outra pessoa. A motivação varia de caso para caso.

### **Compare e pondere:**

**A.** Um médico do serviço de urgência desrespeita o procedimento ao dar prioridade a um amigo adulto na vez de uma criança com febre.

**B.** Um assistente operacional tentou realizar a manobra de *Heimlich* a um colega que se engasgou na copa. O assistente recebera formação em primeiros socorros. Não havia mais ninguém na copa, mas o assistente podia ter pedido ajuda pelo telefone.

Mesmo quando bem-intencionado, é importante determinar se o risco assumido pelo profissional era ou não aceitável.

Não há respostas rápidas para esta questão. Há que fazer uso de um julgamento apurado.

### **Exemplos:**

Um doente cirúrgico recebia anestesia com opiáceos através de seringa infusora. O enfermeiro responsável, que acabara de receber o turno, apercebe-se que a seringa está a infundir a um ritmo excessivo e que a respiração do doente está lenta e superficial. O enfermeiro pede observação médica, mas não obtém resposta. O doente entra em paragem respiratória. O enfermeiro resolve administrar *naloxone* para tentar salvar o doente.

Ao fazê-lo o enfermeiro quebrou consciente e deliberadamente um procedimento que era claro, exequível e amplamente utilizado. No entanto, em face do risco de vida associado à espera por uma observação médica, a não atuação constituía um risco ainda maior.

Neste caso, a resposta à questão seria 'não'.

Um segurança, numa unidade de internamento, apercebeu-se que um enfermeiro tentava impedir um doente idoso de se evadir do serviço. O segurança tentou de imediato conter o doente mas fê-lo com demasiada força e fraturou-lhe várias costelas.

O segurança desobedeceu ao procedimento instituído, ao agir sem o pedido de intervenção do enfermeiro. Neste caso, não havia perigo eminente para ninguém. O segurança simplesmente decidira intervir.

Neste caso a resposta à questão seria 'sim'.

### Benefício próprio

Por vezes, pode ocorrer que um profissional coloque um doente em risco em benefício próprio. Pode ou não ter consciência de que colocava o doente em risco.

#### **Exemplos:**

‘Cortar caminho’ nalgumas tarefas para sair do turno mais cedo.

Prestar mais atenção ao assunto de uma conversa do que à tarefa que está a desempenhar.

### Excitação associada ao risco

Algumas pessoas correm riscos desnecessários simplesmente pela descarga de adrenalina.

James Reason descreve este comportamento como ‘otimização das infrações’.

Normalmente, nestes casos é fácil identificar que o profissional assumiu um risco inaceitável. Se for o caso a resposta à questão é ‘sim’.

### Presunção

Por vezes os profissionais desrespeitam um procedimento por este representar um constrangimento que lhes é imposto. Por exemplo, podem decidir fazer tarefas para as quais não têm qualificação ou formação.

#### **Exemplo:**

Um enfermeiro de obstetrícia decidiu fazer um parto com ventosas, apesar da norma da unidade reservar este procedimento a um médico obstetra. Posteriormente o enfermeiro explica que já assistira a inúmeros partos com ventosas e que se sentia capaz de o desenvolver tão bem como qualquer outra pessoa. Estava consciente que existia um regulamento e não tentou contactar um médico.

A questão teve como resposta ‘sim’.

### Falha de autodisciplina

Esta categoria envolve questões como:

- Retaliações físicas ou verbais;
- Recusa em trabalhar com um colega de que se não gosta.

#### **Exemplo:**

Um obstetra impediu um neonatologista de estar presente num parto de uma criança muito prematura. Esta postura ia contra o procedimento estabelecido. O motivo do obstetra era uma desavença anterior com o colega e não o queria ver.

A resposta a esta questão seria 'sim'.

### Infrações sem uma razão clara

Por vezes, não há simplesmente uma explicação ou uma aparente motivação para a ação do profissional. Há que fazer um julgamento sobre o que poderá ser um 'risco inaceitável'.

Frequentemente, estes casos resultam de uma falha de perceção como sejam retirar o medicamento errado de um armário, ou durante o preenchimento de um formulário informático, seleccionar a opção errada.

#### **Exemplo:**

Um enfermeiro de cuidados de saúde primários retira uma ampola de vacina anti-hepatite B, em vez de retirar a ampola de vacina antitetânica e administra a vacina errada. Só se apercebe da falha quando se prepara para deitar a ampola vazia para o lixo.

O enfermeiro não consegue explicar o sucedido. Não tem qualquer registo de falhas no passado e não há condicionantes evidentes.

Neste caso a resposta à questão é 'sim'.

Existe evidência que o profissional assumiu um risco inaceitável?

Se sim, passe à questão 10.

Se não, consulte o anexo II.

**Questão 8: Outro profissional do mesmo grupo profissional, com um nível de formação/conhecimento equivalente, tomaria as mesmas ações nas mesmas condições?**

Se não estavam implementados procedimentos de segurança, esta questão ajuda a avaliar como outro profissional, com o mesmo nível de formação/conhecimento, reagiria à mesma circunstância.

Orientação para a questão: Outro profissional do mesmo grupo profissional, com um nível de formação/conhecimento equivalente, tomaria as mesmas ações nas mesmas condições?

Esta questão pretende enfatizar falhas ao nível de:

- Formação;
- Experiência;
- Supervisão.

Que possam estar envolvidas no incidente de segurança para o doente.

Fatores a considerar

Tenha em conta como o incidente se desenrolou e como foi percecionado pelos profissionais envolvidos ao longo do seu percurso. Pode ser necessário pedir aconselhamento de outro profissional da instituição ou de fontes externas como uma ordem profissional.

**Exemplo:**

Um doente disse ao profissional que sentia calor a emanar do aparelho de raios-X. O profissional ignora a informação e continua o seu trabalho porque a luz indicadora de avaria do equipamento não acendeu. Posteriormente soube-se que o sistema de alerta estava ele mesmo avariado e que o doente sofrera uma queimadura.

Neste caso pode-se considerar que a resposta à questão é 'não'.

Quando estão envolvidas questões relacionadas com o comportamento dos profissionais, é mais sensato não deduzir uma norma sem conhecimento de causa ou com base em preconceitos.

**Exemplos de preconceitos:**

"Os cirurgiões são pessoas de trato difícil";

"A maioria dos enfermeiros tem dificuldade em ter iniciativa";

"Os médicos têm dificuldade em comunicar com os doentes";

"Todos os profissionais da urgência devem estar habilitados a lidar com o stresse";

"Não se pode esperar que os seguranças tenham bom senso".

Questione-se: Outro profissional, com o mesmo nível de formação/conhecimento razoável, com maturidade e sensibilidade teria feito o mesmo naquela situação, agindo de forma sensata?

Outro profissional do mesmo grupo profissional, com um nível de formação/conhecimento equivalente, tomaria as mesmas ações, nas mesmas condições?

Se sim, provavelmente trata-se de uma falha do sistema. Consulte o anexo II.

Se não, passar à questão 9.

### **Questão 9: Houve falhas de formação, integração e experiência ou de supervisão?**

Considere a possibilidade de o profissional não estar preparado para lidar com a situação. Se o profissional não estiver formado/integrado, estamos perante uma falha do sistema.

Há problemas de formação/integração que se tornam imediatamente aparentes, ou podem emergir logo que se aborda o incidente com o profissional ou com a sua chefia.

Orientação para a questão: Houve falhas de formação, integração e experiência ou de supervisão?

Avalie cuidadosamente os seguintes fatores:

- Falhas ou limitações na formação do profissional;
- Integração inadequada no serviço, com pouca experiência para lidar com as situações;
- Supervisão inadequada.

Verifique qual a formação contínua que o profissional frequentou e confirme que foi:

- Abrangente no contexto em que se insere;
- De acordo com um diagnóstico de necessidades;
- Planeada com conteúdos atuais;
- Desenvolvida de acordo com o plano;
- Desenvolvida de forma específica para as competências a desenvolver.

Verifique se o plano de integração foi cumprido e avaliado.

Certifique-se que a supervisão foi ativa e garantiu o apoio necessário ao profissional.

**Não assuma que os padrões mínimos de formação, integração e supervisão foram cumpridos.**

Pode ocorrer que a falha na formação, integração ou supervisão afete a capacidade de um profissional em pensar da melhor forma e tomar as decisões corretas.

**Exemplo:**

Foi pedido a um enfermeiro recém-formado que preparasse uma seringa de eritromicina e a administrasse a uma criança. O enfermeiro assumiu que se tratava de um injetável e fez a administração intravenosa. A intenção era fazer a administração de suspensão oral mas o responsável não pensou na necessidade de acompanhar o recém-formado nesta tarefa ou de indicar a via de administração.

Neste caso concorreram a supervisão inadequada e as falhas na formação.

A esta questão a resposta seria 'sim'.

Houve falhas de formação, integração e experiência ou de supervisão?

Se sim, trata-se provavelmente de uma falha do sistema. O anexo II pode ser útil para a análise.

Se não, passe à questão 7.

**Questão 10: Há circunstâncias condicionantes significativas?**

Se se concluiu que o profissional assumiu um risco inaceitável, há que considerar se houve ou não circunstâncias especiais que condicionaram a atuação desse profissional.

Orientação para a questão: Há circunstâncias condicionantes significativas?

As condicionantes concretas podem ou não ser suficientemente significativas para influenciar a forma como se avalia o incidente. Têm que ser apreciadas no contexto de todos os outros fatores envolventes.

As condicionantes podem corresponder a três grandes fatores:

- Fatores do trabalho;
- Fatores externos;
- Fatores ambientais.

Pode ocorrer uma conjugação em simultâneo destes fatores.

Exemplos podem incluir:

- Cansaço;
- Falta de pessoal;
- Prolongamento frequente do horário de trabalho;
- Assédio Moral;
- Ansiedade em relação à estabilidade no emprego;
- Falta de apoio da gestão;
- Condicionantes orçamentais.

Fatores do trabalho

**Exemplos:**

Um enfermeiro de Obstetrícia não detetou qualquer irregularidade no batimento cardíaco fetal, como resultado o recém-nascido precisou de ressuscitação.

O profissional referiu que o cansaço lhe reduziu a capacidade de observação e julgamento. Soube-se que estava no segundo turno consecutivo, com 15 horas de trabalho consecutivas e que trabalhara 65 horas nos últimos 5 dias para colmatar a falta de um colega.

Neste caso conclui-se que o profissional assumiu um risco inaceitável, mas considerou-se que se tratou de uma falha sistémica associada à falta de pessoal.

#### Fatores externos

Os fatores externos relacionam-se com a ansiedade ou preocupação com incidentes ou problemas fora do ambiente de trabalho. Podem envolver a necessidade de sair do trabalho a horas ou mais cedo para cuidar de um dependente ou outros assuntos pessoais.

#### **Exemplos:**

Um enfermeiro 'salta passos' do procedimento de preparação do material para esterilização. Precisa de sair do trabalho mais cedo para ver de um familiar idoso que está doente. Numa conversa anterior a chefia mostrara-se pouco disponível.

Um médico colocou o soro errado a um doente, no dia em que a sua mulher lhe dissera que queria o divórcio.

Um radiologista engana-se no processo em que devia fazer registos no dia em que esperava saber se a sua mulher ia ou não ser despedida.

#### Fatores ambientais

Uma vasta gama de fatores ambientais podem estar envolvidos nos incidentes de segurança dos doentes.

São exemplos:

- Distrações;
- Condições de trabalho inadequadas;
- Falta de material.

**Exemplos:**

Um enfermeiro administrou o medicamento errado a um doente na enfermaria sem que se percebesse o motivo. Posteriormente apurou-se que o ar condicionado da enfermaria estava avariado no dia do incidente, que a temperatura era superior a 30°C e que já nesse dia dois enfermeiros tinham ficado doentes devido às más condições. Foi reconhecida como condicionante significativa o facto de este enfermeiro ter continuado a trabalhar apesar de também referir estar a ficar doente.

Um médico da urgência punccionou uma criança com uma agulha de adulto por não haver material pediátrico disponível. Este facto resultou em mais dores para a criança.

Uma equipa de reanimação teve dificuldade em proceder à entubação orotraqueal de um doente por não conseguirem libertar a cabeceira da cama.

**Conjugação de fatores**

Por vezes o profissional lista um leque de fatores.

**Exemplo:**

Um pediatra agrediu uma criança de 3 anos com uma bofetada durante uma consulta. Este incidente foi considerado 'um risco inaceitável'. O médico refere os seguintes fatores:

- Medo que a criança o mordesse;
- Cansaço e stresse por estar a ver os doentes da sua consulta e os doentes de um colega;
- Ansiedade em relação a um exame clínico de um filho.

Todas estas condicionantes foram verificadas mas não consideradas significativas, não podendo atenuar a gravidade da ação do profissional. A resposta a esta questão seria 'não'.

Há circunstâncias condicionantes significativas?

Se sim, trata-se provavelmente de uma falha do sistema, ver as questões do anexo II.

Se não, ver as questões do anexo II, com especial ênfase nos Fatores do Pessoal, Formação.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## **Anexo II - Questões orientadoras e de triagem**

Este anexo resulta de uma adaptação das recomendações da *United States Veterans Affairs National Center for Patient Safety*.

### CONCEITOS E DEFINIÇÕES DAS QUESTÕES ORIENTADORAS

Os conceitos, definições e exemplos apresentados podem ajudar a identificar fatores contribuintes. A utilização sistematizada das questões pode apoiar a equipa a conduzir uma ACR, não se pretendendo, no entanto, que estas constituam um guião prescritivo. Entendemos as questões como um conjunto de linhas orientadoras para ajudar as equipas na abordagem de áreas que podem facilmente passar despercebidas.

De acordo com os autores, este documento despoleta outras linhas de pensamento relevantes para complementar os elementos que naturalmente emergem da ACR.

#### Ponto de partida

##### **Primeiro**

Este incidente resultou de ato criminoso, um ato propositadamente perigoso relacionado com o consumo de álcool ou outra substância, ou um incidente relacionado com abuso sexual de um doente? Se sim, o processo de ACR deve ser suspenso e os achados comunicados ao órgão de gestão.

##### **Segundo**

1. A avaliação do doente está envolvida no incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com os **Fatores do Pessoal, Comunicação**.

2. A formação dos colaboradores ou a sua competência está envolvida no incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com **Fatores do Pessoal, Formação**.
3. O equipamento está, de alguma forma, envolvido no incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com **Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos**.
4. O ambiente de trabalho é um fator neste incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com **Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos**.
5. A falta de informação ou uma falha na interpretação da informação é um fator neste incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com **Fatores do Pessoal, Comunicação**.
6. A comunicação é um fator neste incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com os **Fatores do Pessoal, Comunicação**.
7. As questões relacionadas com os colaboradores ou questões do pessoal são fatores envolvidos no incidente? Se sim, responder a todas as questões relacionadas com **Fatores do Pessoal: comunicação, formação e Recursos/Carga de Trabalho**.
8. A utilização ou má utilização de Protocolos e Procedimentos estiveram envolvidas no incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com a utilização das **regras de causalidade**.
9. A falha em barreiras para promover a segurança do doente, pessoas, equipamento ou o ambiente, é um fator do incidente? Se sim, responder às questões relacionadas com **Barreiras**.

As regras de causalidade, abordadas nas questões 8, serão abordadas transversalmente em todos os fatores contribuintes. As barreiras, referidas na questão 9, não são em si fatores contribuintes, mas são determinantes para a segurança do doente e devem ser analisados na revisão dos sistemas, motivo porque é abordado num capítulo final deste documento.

## Terceiro

Lembre-se que a realização de uma ACR é um processo iterativo. À medida que se aprende mais sobre o incidente pode revelar-se útil voltar às questões de triagem para obter uma imagem mais clara do que aconteceu e como proceder para que não volte a acontecer.

### I – FATORES DO PESSOAL, COMUNICAÇÃO:

Neste capítulo estão as questões relacionadas com a comunicação, fluxo e disponibilidade de informação. Estas questões relevam também a importância da comunicação na utilização de equipamentos, implementação de políticas e procedimentos, barreiras não intencionais à comunicação e a cultura organizacional em relação à partilha de informação.

#### **Questões relacionadas com Fatores do Pessoal, Comunicação**

1. O doente foi corretamente identificado?
2. A informação relacionada com o doente (identificação, avaliações dos diferentes profissionais, etc.) foi partilhada atempadamente e utilizada pelos membros da equipa de prestação de cuidados? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

#### **Organize as suas ideias sobre as cinco regras de causalidade de David Marx (ver p. 12):**

3. A documentação clínica existente fornece elementos claros acerca do plano de cuidados, a sua implementação e a resposta do doente aos mesmos? Inclui:
  - Avaliação;
  - Consultas;
  - Pedidos e/ou prescrições;
  - Registos dos profissionais da equipa prestadora de cuidados;
  - Notas de evolução;
  - Registos de medicação administrada;

- Resultados de MCDT;
- Etc.

Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

#### **Reveja as cinco regras de causalidade**

4. A comunicação entre a gestão/supervisor e os prestadores de cuidados foi adequada? Ela foi:

- Rigorosa?
- Completa?
- Com recurso a linguagem comum e sem calão?

Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

5. A comunicação entre os profissionais foi adequada? Se não, descreva como é que a comunicação entre os profissionais não foi adequada.

6. As políticas e procedimentos foram adequadamente comunicados? Se não, descreva como é que as políticas e procedimentos não foram adequadamente comunicados.

Se esta for uma questão relevante, veja as questões dos **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.

7. A informação técnica foi adequadamente comunicada nas 24 horas do dia, para as pessoas que dela precisavam? Se não, descreva como é que a informação técnica não foi adequadamente comunicada.

8. Estavam implementados métodos de avaliação dos fluxos de comunicação entre os membros da equipa? Havia métodos de:

- Repetir a instrução recebida (*read back*)?
- Confirmação de mensagem (*talk back*)?
- Análise e discussão do processo de comunicação (*debriefing*)?

- Etc.

Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

9. Os potenciais fatores de risco foram comunicados sem obstáculos? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

#### **Reveja as cinco regras de causalidade**

10. Havia alguma informação/alerta/recolha em relação a um equipamento, medicamento, ou unidade para transfusão de um fornecedor na altura do incidente? Os membros da equipa tinham conhecimento da informação/alerta/recolha? Se esta questão for relevante aborde as questões relacionadas com **Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos**.

11. Os doentes e/ou as pessoas significativas do doente foram ativamente incluídos na avaliação e plano de tratamento?

12. A gestão estabeleceu métodos adequados para fornecer dados, aos profissionais que dela precisavam, de forma acessível e atempada? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

#### **Organize as suas ideias sobre as cinco regras de causalidade:**

13. A cultura da unidade/serviço valoriza ou promove as observações, sugestões ou alertas dos profissionais da equipa sobre situações de risco e prevenção dos riscos? Este tipo de incidente já ocorreu antes? E foi tomada alguma iniciativa para impedir que se repetisse?

14. Verificou-se comunicação adequada entre as várias estruturas da organização?

## **II - FATORES DO PESSOAL, FORMAÇÃO:**

Este ponto refere-se a questões relacionadas com a formação. Inclui-se a formação pré-definida para um quadro funcional, formação específica e formação contínua, incluindo os tempos em que as mesmas se devem realizar. O desenvolvimento de competências está relacionado com a implementação de procedimentos e utilização correta de equipamentos e a utilização adequada

de barreiras de proteção. Estas questões colocam ênfase na interface entre pessoas, ambiente de trabalho e equipamentos.

### **Questões relacionadas com Fatores do Pessoal, Formação**

1. Foi implementado um procedimento para identificar os conteúdos de formação que são efetivamente necessários para os profissionais? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.
2. Houve formação antes do início das atividades? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.
3. Os resultados do processo de formação foram avaliados ao longo do tempo? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.

### **Reveja as cinco regras de causalidade**

4. A formação foi adequada? Se não, considere os fatores:
  - Responsabilidade do supervisor;
  - Omissão do processo;
  - Falhas na formação;
  - Falhas nas normas, regras ou procedimentos.

Se sim, responder às questões das **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.

5. As ações de formação para os profissionais foram desenhadas principalmente com vista a prepará-los para desenvolver as suas atividades sem falhas? Se não, este pode ser um fator contribuinte/Causa Raiz.
6. Os equipamentos e os procedimentos foram geridos de forma a garantir que existe compatibilidade entre as pessoas e as tarefas que desenvolviam, ou entre as pessoas e os equipamentos que utilizavam? Se os procedimentos não foram cumpridos de acordo com o que se pretendia responder às questões das **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.

7. Todos os profissionais receberam formação sobre as barreiras e controlos relevantes? Se sim, ver as questões sobre **Barreiras**.
8. Se havia equipamento envolvido, o seu desempenho foi condicionado por:
  - Necessidades dos profissionais?
  - Experiência dos profissionais?
  - Procedimentos, requisitos e carga de trabalho existentes?
  - Espaço físico e respetiva localização?

Se havia equipamento envolvido, responder às questões de **Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos**.

### III – FATORES DO PESSOAL, RECURSOS/CARGA DE TRABALHO:

Neste contexto pondera-se o impacto do Stress e da fadiga resultante por exemplo, da elaboração ou alteração de horários, da constituição de equipas, da privação do sono ou da distração ambiental do ruído.

#### **Questões relacionadas com Fatores do Pessoal Recursos/Carga de Trabalho**

1. Os níveis de ruído, vibração ou outras condições ambientais eram os adequados?
2. Se aplicável, os fatores geradores de stresse foram adequadamente antecipados?
  - Se os fatores geradores de stresse foram antecipados, ver os **Fatores do Pessoal, Formação**;
  - Se os fatores geradores de stresse não foram antecipados, porque não foram antecipados?
3. Os profissionais dormiram um período de tempo adequado?
4. Os horários permitiram aos profissionais ter o tempo adequado para dormir?

**Reveja as cinco regras de causalidade**

5. A fadiga foi adequadamente antecipada?
6. O ambiente estava livre de fatores de distração?
7. Havia profissionais operacionais suficientes para a carga de trabalho no momento? (i.e. sobrecarga de trabalho, excesso de profissionais, ou combinação errada de profissionais para o trabalho). Se sim, ver as questões de **Fatores do Pessoal, Formação**.
8. O nível de automação era o adequado? (i.e. nem em excesso nem em falta). Se sim, ver as questões de **Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos**.

#### IV – FATORES DO TRABALHO OU DO AMBIENTE, AMBIENTE FÍSICO E EQUIPAMENTOS:

Estas questões demonstram que o que podia parecer um assunto relacionado com a falha de um equipamento pode estar também relacionado com Fatores do Pessoal, Formação e/ou Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos.

Este conjunto de questões ajuda a avaliar dimensões relacionadas com:

- Uso e localização de equipamentos;
- Proteção contra incêndios e treino em situações de catástrofe;
- Normas, procedimentos e especificações;
- Adequação do ambiente em geral;
- Possibilidade de recuperação após a ocorrência de um EA.

#### **Questões relacionadas com Fatores do Trabalho ou do Ambiente, Ambiente Físico e Equipamentos.**

1. A área de trabalho foi projetada para suportar a atividade que lá estava a ser desenvolvida?

2. A área de trabalho tinha sido sujeita a avaliação do risco (i.e. auditoria de segurança)? Se não, considere as questões da área de **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.
3. Os níveis de stresse associados ao ambiente de trabalho (físico ou psicológico) eram adequados (i.e. temperatura, espaço, ruído, transferência dentro da infraestrutura, projetos de construção)? Se sim, seguir para as questões de **Fatores do Pessoal, Recursos/Carga de Trabalho**.
4. Foram adequadamente realizadas simulações de evacuação e de catástrofes?
5. A área de trabalho cumpria com as atuais normas e regulamentos?

**Equipamento** (Se a formação foi identificada como uma questão relevante seguir para as questões de **Fatores do Pessoal, Formação**).

6. O equipamento foi projetado para cumprir corretamente o fim pretendido?
7. O equipamento utilizado cumpria com as atuais normas, regras e regulamentações?
8. Existe documentação da avaliação de segurança realizada ao equipamento envolvido? Se relevante, as recomendações para manutenção preventiva/recolha pelo fabricante/manutenção curativa foram cumpridas atempadamente?
9. Existia um programa de manutenção preventiva/curativa implementado para o equipamento em questão? Se não, seguir para as questões da área de **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.
10. Se existia um programa de manutenção, a inspeção mais recente anterior ao incidente indicava que o equipamento estava a trabalhar adequadamente?
11. Se as inspeções anteriores indicavam problemas do equipamento, as medidas corretivas foram implementadas e foram eficazes?
12. Se existiam problemas identificados, foram alocados recursos suficientes para as intervenções na estrutura e no equipamento?
13. Existia equipamento adequado para o desenvolvimento dos processos de trabalho?

14. Existiam disposições de emergência e sistemas de salvaguarda disponíveis em caso de falha de equipamento?
15. Este tipo de equipamento trabalhava bem e era utilizado adequadamente no passado?
16. O equipamento estava projetado de forma a tornar as falhas de utilização pouco prováveis?
17. As especificações do equipamento foram cumpridas? Se sim, veja as questões relativas aos **Fatores do Pessoal, Formação**.
18. O equipamento foi produzido de acordo com as especificações e operado da forma para que tinha sido projetado?
19. Os profissionais receberam formação para trabalhar adequadamente com o equipamento que esteve envolvido no incidente? Se sim, veja as questões relativas aos **Fatores do Pessoal, Formação**.
20. O equipamento foi projetado para detetar problemas e torná-los atempadamente óbvios ao seu operador?

**Reveja as cinco regras de causalidade**

21. O equipamento foi projetado para permitir que as ações corretivas pudessem ser concretizadas de forma a minimizar/eliminar resultados não esperados?
22. Os manómetros foram interpretados corretamente? Os manómetros e os comandos estavam a trabalhar corretamente?
23. O equipamento ou dispositivo médico destinava-se a ser reutilizado (não era de uso único)?

**V – FATORES ORGANIZACIONAIS OU DO SERVIÇO, PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS.**

Estas questões ajudam a avaliar a existência e a acessibilidade de diretrizes, incluindo a informação técnica para a avaliação do risco, mecanismos de reporte em processos-chave, intervenções eficazes implementadas após o desencadear de incidentes, cumprimento das

normas nacionais, uso e incentivo na aderência às leis, padrões e regulamentos. As qualificações das instalações e dos colaboradores para o nível de cuidados prestados, orientação e formação para o cumprimento das medidas de segurança, incluindo a manipulação de materiais perigosos e preparação para procedimentos de urgência, a disponibilidade de informação para todos os colaboradores em tempo parcial, voluntários ou estudantes, também são abordados.

### **Questões relacionadas com Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**

Nesta secção abordar todas as questões.

1. Existia um plano de gestão do risco e atribuição de responsabilidades em relação ao risco?
2. A gestão tinha um sistema de auditoria ou de controlo de qualidade para se manter informada sobre os processos-chave relacionados com o incidente?
3. Realizou-se anteriormente alguma auditoria por um incidente semelhante, as causas foram identificadas e as intervenções foram implementadas de forma eficaz atempadamente?
4. Este problema passaria despercebido ou não seria corrigido numa auditoria/inspeção?
5. A prestação de cuidados que o doente necessitava estava dentro do âmbito da missão da unidade e da experiência e disponibilidade dos profissionais?
6. A prestação de cuidados que o doente necessitava estava dentro da disponibilidade técnica e de recursos das unidades de apoio?
7. Os profissionais envolvidos no incidente estavam qualificados e formados para o desempenho destas suas funções?
8. Todos os profissionais envolvidos estavam alinhados com a tarefa, as políticas da unidade e da organização em relação a: segurança, prevenção, gestão de materiais perigosos, atuação em emergência, suporte de vida, gestão de utensílios e equipamento médico?
9. Existiam normas e procedimentos escritos e atualizados em relação ao procedimento envolvido no incidente?

10. Esses procedimentos eram coerentes com as orientações dos órgãos reguladores (Direção Geral da Saúde, Instituto Português do Sangue, Instituto da Farmácia e do Medicamento, etc.)?
11. As normas e procedimentos eram claros, perceptíveis e estavam atempadamente disponíveis para todos os profissionais? Se não, veja as questões relativas aos **Fatores do Pessoal, Comunicação**.
12. As normas e procedimentos eram efetivamente utilizados no dia a dia?
13. Se as normas e procedimentos não eram efetivamente utilizados, o que obstava à sua utilização pelos profissionais?
14. Se as normas e procedimentos não eram efetivamente utilizados, que incentivos positivos e negativos estavam presentes (e eventualmente ausentes)?

#### VI – BARREIRAS.

1. Que barreiras ou controlos estiveram envolvidos neste incidente?
2. Estas barreiras foram projetadas para proteger os doentes, os profissionais, os equipamentos ou o ambiente?
3. O risco para os doentes foi considerado quando se projetaram estas barreiras e controlos?
4. Estas barreiras e controlos estavam implementados quando se deu o incidente?
5. Estas barreiras e controlos foram avaliados em relação à sua fiabilidade?
6. Existiam outras barreiras e controlos para processos de trabalho?
7. O conceito de ‘tolerância a falhas’ foi aplicado no desenvolvimento do sistema?
8. As barreiras e controlos relevantes foram objeto de manutenção e de verificação de forma regular por profissionais específicos? Se não, seguir para as questões da área de **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.

9. O incidente poderia ter sido prevenido se as barreiras e controlos existentes tivessem funcionado corretamente?
10. Os sistemas ou procedimentos foram testados antes de serem implementados?
11. As auditorias/inspeções relativas às barreiras incluíam os planos, modelos, instalações, manutenção e processos de mudança? Se sim, seguir para as questões da área de **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.
12. A gestão tinha uma metodologia para identificar quais seriam os resultados das mudanças sistémicas antes da sua implementação? Se sim, seguir para as questões da área de **Fatores Organizacionais ou do Serviço, Protocolos e Procedimentos**.

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

### ***Anexo III – Exemplos de desagregação dos Fatores***

Para a construção de um digrama das causas considerar por exemplo, mas não exclusivamente:

#### **Fatores do doente:**

- Fatores cognitivos (Percepção, correlação ilusória, efeito de Halo, resolução de problemas baseada no conhecimento);
- Fatores de desempenho (Erro técnico, baseado em regras, seletividade, parcialidade);
- Comunicação (Método de comunicação, dificuldades linguísticas, literacia em saúde, etc.);
- Comportamento do doente (Problemas de atenção, fadiga/exaustão, excesso de confiança, não cumprimento, etc.); Fatores sociais;
- Fatores sociais;
- Fatores relacionados com doenças/fisiopatológicos;
- Fatores emocionais.

#### **Fatores do pessoal:**

- Fatores cognitivos (Percepção, correlação ilusória, efeito de Halo, resolução de problemas baseada no conhecimento);
- Fatores de desempenho (Erro técnico, baseado em regras, seletividade, parcialidade);
- Comportamento do profissional (Problemas de atenção, fadiga/exaustão, excesso de confiança, não cumprimento, etc.).
- Formação;

- Comunicação (Método de comunicação, dificuldades linguísticas, etc.);
- Comunicação entre profissionais;
- Comunicação com o doente;
- Comunicação com pessoas significativas do doente;
- Comportamento dos profissionais;
- Fatores sociais;
- Fatores relacionados com doenças/fisiopatológicos;
- Fatores emocionais.

#### **Fatores do Trabalho ou do Ambiente:**

- Infraestruturas;
- Códigos e regulamentos;
- Condições físicas e Distâncias;
- Sistemas e circuitos de informação;
- Adequação dos serviços de manutenção;
- Avaliação do risco ambiental/avaliação de segurança.

#### **Fatores Organizacionais ou do Serviço:**

- Protocolos e Procedimentos;
- Procedimento de identificação do doente;
- Processo de transferência do doente;
- Procedimentos de avaliação do doente;
- Procedimentos de planeamento dos cuidados;
- Processos de acreditação de competências;
- Sistemas de supervisão dos profissionais;

- Sistemas de gestão do medicamento;
- Horários de trabalho;
- Atividade do serviço;
- Cultura;
- Organização das equipas;
- Plano de emergência

**Fatores externos:**

- Lei e regulamentação;
- Ambiente natural;
- Tecnologias e infraestruturas sociais.

**Outros:**

- ...

(Esta página foi intencionalmente deixada em branco)

## ***Anexo IV – Diagrama de Ishikawa***

Deve o nome a Kaoru Ishikawa (1915-1989), membro fundador do *Japanese Union of Scientist and Engineers*, e influente estudioso da qualidade. Também é chamado de ‘gráfico de causa e efeito’ ou ‘gráfico de espinha de peixe’ devido ao seu aspeto depois de preenchido.

É uma ferramenta de análise da dispersão de processos. Ilustra as causas principais e as causas secundárias para chegar a um efeito ou resultado.

Serve para ajudar a focalizar a atenção no efeito em análise (problema ou oportunidade de melhoria), organizar e mostrar graficamente as várias interpretações sobre a dinâmica das variáveis envolvidas nesse efeito e revela as relações entre essas variáveis para identificar as possíveis raízes causais. Estabelece um ponto de partida comum para a melhoria dos processos.

É muitas vezes utilizado para resumir os dados apurados depois de uma sessão de *brainstorming*.

Passos para o desenvolvimento de um Ishikawa:

- a) Identificar claramente o problema ou a área que se pretende melhorar.

É importante que seja claro para todos os envolvidos qual a natureza do efeito que se pretende melhorar. Um efeito pode ser negativo quando se aborda um problema que se pretende resolver, ou positivo quando se explora uma oportunidade identificada.

- b) Desenhar a estrutura do gráfico.

Neste passo começa-se por desenhar a caixa do efeito à direita e a linha horizontal (Fig. 1). Pode-se escolher uma descrição breve do efeito, desde que todos conheçam a descrição completa.

- c) Identificar a estrutura das causas principais.

Escrever a estrutura das causas principais. Recomendamos a utilização da CISD da OMS por ser possível obter alguma informação diretamente da notificação do incidente e por estar suportada

numa terminologia familiar aos técnicos de saúde. A figura 1 apresenta a estrutura das causas principais com um exemplo de análise.

Metodologia com base na CISD da OMS:

1. Fatores do doente;
2. Fatores do pessoal;
3. Fatores do trabalho/ambiente;
4. Fatores Organizacionais/do serviço;
5. Fatores externos;
6. Outros.

Fig. 1 – Estrutura com base na CISD da OMS



d) Identificar as causas ou fatores contribuintes dentro das causas principais

Colocar dentro de cada causa principal a 'subcausas' respectivas. Se uma 'subcausa' poder ser aplicada a mais do que uma causa principal, então repetir dentro das causas principais.

e) Identificar causas dentro das subcausas

Escrever dentro das subcausas o desdobramento que for necessário, perguntando sistematicamente 'porquê' se se trata da resolução de um problema, ou 'como' quando se trata de explorar uma oportunidade.

f) Analisar o gráfico

A aparência do gráfico pode ajudar a perceber onde há trabalho a fazer:

- a. Uma nuvem das causas dentro de uma causa principal pode indicar a necessidade de estudar essa categoria das causas;
- b. Uma área com poucos ou nenhuns elementos indicia que há que estudar melhor essa categoria das causas;
- c. Vários ramos com poucos elementos podem significar que se podem agrupar numa só categoria;
- d. Causas repetidas *podem* ser Causas Raiz.

## ***Anexo V – Exemplo para plano de melhoria***

O plano de ação define no mínimo quem deve fazer o quê, quando, com que recursos, até quando e como.

No quadro em anexo está o quadro de controlo de um plano de ação com elementos complementares:

- a) Unidade orgânica onde se desenvolve o plano;
- b) Número da iniciativa ou plano;
- c) Data da última revisão do plano;
- d) Designação do plano;
- e) Descrição do plano;
- f) Medida de sucesso do plano;
- g) Constrangimentos ao sucesso do plano;
- h) Pressupostos;
- i) Vetor estratégico afetado pelo plano;
- j) Objetivos do plano;
- k) Orçamento do plano;
- l) Prazos médios de pagamento e de recebimento;
- m) Fontes do financiamento;
- n) Meios internos;
- o) Responsável pelo plano de ação;
- p) Intervenientes internos no plano;
- q) Parceiros externos para o desenvolvimento do plano;

- r) Gráfico Gant por semanas do ano e etapas do plano;
- s) Indicador de execução física: para as diferentes etapas do plano avaliação efetiva da sua realização. Assinala-se no gráfico que foi atingido ou não;
- t) Indicador de nível de risco: após cada avaliação de execução física a avaliação de que se prevê ou não atingir o próximo nível de execução física. É uma forma de antecipar problemas e corrigir o plano com antecedência;
- u) Execução efetiva orçamental ao longo das semanas.

