	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 1/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

1. OBJETIVO

Descrever as estratégias para o gerenciamento dos riscos financeiros, de imagem, assistenciais, sanitários e ambientais/ocupacionais relacionados às atividades do Hospital Porto Dias (HPD), fornecendo o suporte para as lideranças atuarem na identificação, análise, avaliação, prevenção, tratamento, mitigação e monitoramento dos riscos institucionais, a fim de assegurar a sustentabilidade da Instituição.

2. RESPONSABILIDADES

2.1. ALTA LIDERANÇA

Estabelecer as diretrizes para identificar, avaliar, monitorar e mitigar riscos financeiros e riscos de imagem (em conjunto com a Assessoria de Marketing) pertinentes ao Hospital, garantindo a sustentabilidade econômica e a preservação da reputação institucional.


2.2. GESTORES

Realizar, assessorado pela Qualidade, a avaliação preliminar e mapeamento de riscos do processo sob sua responsabilidade, utilizando as ferramentas da qualidade adequadas para a predição e análise de ocorrências.

2.3. ASSESSORIA DA QUALIDADE

- Assessorar os gestores dos processos de apoio e estratégicos no uso das ferramentas da qualidade para avaliação preliminar e mapeamento de riscos (gestão riscos preditiva)
- Gerenciar o Sistema de Notificações (gestão de riscos reativa) ocorridas nas instalações do Hospital, acerca dos riscos assistenciais, sanitários, ambientais e ocupacionais;


Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 2/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- Elaborar e disseminar conteúdo como boletins e alertas internos com informações sobre prevenção de riscos relacionados à segurança do paciente e eventos adversos ocorridos a fim de evitar que novos eventos adversos ou problemas relacionados a materiais e equipamentos médico-hospitalar.
- Assessorar os gestores na definição e implantação de medidas preventivas e corretivas, como educação continuada, publicação de alertas, campanhas etc.;
- Realizar workshops, oficinas de aprendizagem e treinamentos para o público interno com intuito de disseminar a importância das notificações e informar sobre as ações tanto corretivas como preventivas adotadas pela Organização;
- Desenvolver planos de melhoria alinhados aos temas definidos pelas agências e órgãos reguladores externos (Secretarias de Saúde, ANVISA, Ministério da Saúde, etc);
- Promover e participar de atividades científicas internas e externas que abordem o tema prevenção e mitigação de riscos;
- Integrar os diversos setores do HPD com atividades de avaliação de riscos como: segurança do trabalho, engenharia clínica, infraestrutura, diretoria financeira, assessoria de marketing, entre outros;
- Acompanhar o andamento e cumprimento, bem como o reporte para a Alta Liderança, das medidas de controle instituídas de acordo com os riscos mapeados e ocorrências notificadas;

2.4. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA E SEGURANÇA DO PACIENTE E DO COLABORADOR

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 3/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente à nível organizacional;
- Definir e instituir ações de segurança do paciente como melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias de saúde;
- Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- Articulação e a integração dos processos de gestão de riscos;
- Assegurar o cumprimento de boas práticas assistenciais, de segurança ocupacional e segurança ambiental.

3. DESCRIÇÃO

3.1. GESTÃO DE RISCOS INSTITUCIONAIS


Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018) risco é definido como o efeito da incerteza nos objetivos ou a possibilidade de que um evento ocorra e afete, positivamente ou negativamente, os objetivos.

Este procedimento toma como base a Norma ISO 31000: 2009 que trata de Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes. De acordo com a norma, gestão de risco é definida como:

A aplicação sistemática de políticas procedimentos e práticas de gestão para atividades de comunicação, de consulta, estabelecimento do contexto e na identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos.

Considerando que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes, faz-se necessária a identificação e tratamento destes. A atividade de gestão de risco representa uma postura proativa, pois permite o desenvolvimento de estratégias e planejamento das atividades em resposta aos mesmos.

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 4/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

O processo de gestão de risco do HPD está dividido em duas estratégias: a preditiva que tem foco na avaliação e redução/mitigação de riscos dos processos e a reativa que foca em notificações, investigação e análise de quase-falhas e incidentes.

3.2. GESTÃO DE RISCO PROATIVA

A gestão proativa pode ser realizada através do Mapeamento de Risco, da aplicação da ferramenta Failure Mode and Effect Analysis – FMEA, rounds executivos e auditorias clínicas, que serão descritos abaixo:

3.2.1. Mapeamento de Riscos


O mapeamento de riscos será realizado a partir do mapeamento dos processos, pois, a descrição dos riscos ocorre de forma mais clara com a definição sistematizada das tarefas. O processo compreende os cinco passos identificados, conforme (Figura 1).

O instrumento APR – Avaliação Preliminar de Riscos (em anexo) será utilizado para registro das etapas do processo de mapeamento de perigos, neste ficarão registrados: atividade, descrição do perigo, efeito, gravidade, probabilidade, score de risco, ações para mitigação e periodicidade de avaliação. Segundo a ISO/IEC 31010, que descreve as técnicas para o processo de avaliação de riscos esta ferramenta é fortemente aplicável neste processo. A seguir abordaremos cada etapa do processo passo-a-passo:

- Identificação de riscos:

Fase onde todos os riscos devem ser identificados a partir de atividades do processo, o objetivo é gerar uma lista abrangente de riscos que possam criar aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos. Devem ser utilizados dados de relatórios das auditorias internas e externas, notificações, relatos

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 5/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

na ouvidoria e todas as outras fontes que o processo achar necessário. Um risco não identificado nesta fase não será incluído em análises/fases posteriores.

Nesta primeira fase identifique a atividade, descrição do perigo e efeito (consequência para o paciente e/ou instituição).

- Análise de riscos:

Nesta etapa serão analisados todos os riscos, definindo a probabilidade e gravidade destes. A probabilidade avalia o quanto é provável que o risco aconteça, está relacionada à frequência de ocorrência. Deve ser classificada de acordo com a (Figura 2).

A gravidade se relaciona ao impacto, quanto o risco afetará o paciente e/ou o hospital se vier a acontecer. Deve ser classificada de acordo com a (Figura 3).

Após a definição destes critérios será estabelecida uma matriz de riscos, ferramenta visual onde as informações devem ser cruzadas visualizando a criticidade do risco, facilitando a tomada de decisão de acordo com o score, conforme (Figura 4).


Após a definição do nível de risco em extremamente elevado, elevado, médio e baixo estes devem ser avaliados na próxima etapa.

- Avaliação e tratamento dos riscos:

A avaliação de riscos envolve comparar o nível de risco encontrado durante o processo de análise com critérios estabelecidos de acordo com o contexto. Teremos a separação de riscos que serão aceitos e que não serão tolerados.

Segundo a ISO 31000, o tratamento de riscos envolve a seleção de uma ou mais opções para modificar os riscos e a implementação destas opções. Uma vez implementado, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes. Deverão ser desenvolvidos planos de ação com o objetivo de identificar estratégias para reduzir, mitigar ou eliminar os riscos de acordo com o Score. Os planos de ação

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 6/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

devem seguir o template institucional. As ações devem ser tomadas de acordo com o score do risco encontrado:

- Risco baixo:

Não requer ação específica, aceitável, não são necessárias ações preventivas periódicas, porém deve ser acompanhado. A aceitação pode ser ativa ou passiva, ativa criando, por exemplo, planos de contingência, passiva quando nenhuma ação é planejada até que o risco ocorra.

- Risco médio:

Implementar plano de ação para redução do risco a médio e longo prazo, reavaliação periódica das ações (4 meses) verificando eficácia e novas ocorrências do risco.

- Risco elevado:

Necessário mitigar e reduzir rapidamente o risco, redução a curto prazo com reavaliação periódica das ações (2 meses). Mitigar é trabalhar para reduzir a probabilidade ou impacto, as estratégias não eliminarão o risco, mas agem para que seja mais difícil que ele ocorra.


- Risco extremamente alto:

As ações devem ocorrer imediatamente e ser mantidas diariamente até o risco ser reduzido, controlado e/ou eliminado.

- Monitoramento dos riscos:

O objetivo da gestão de riscos do grupo Porto Dias é a melhoria contínua dos processos. Ao longo da utilização da metodologia os critérios de risco poderão ser alterados e novas oportunidades de melhoria surgirem, os contextos interno e externo podem mudar, portanto, o monitoramento das ações e a análise crítica

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 7/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

devem ser realizados. A utilização de ferramentas como PDCA em determinadas etapas que tenham riscos que precisam ser revistos periodicamente são consideradas boas práticas para registro e acompanhamento dos planos de ação.

O mapeamento de riscos ocorrerá anualmente nos processos do grupo Porto Dias, porém o monitoramento contínuo permitirá a mudança de planos de ação caso seja observado a não efetividade das ações propostas.

3.2.2. Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) - Análise de Modo e Efeito de Falhas

O FMEA tem por objetivo identificar, delimitar e descrever as não conformidades geradas pelo processo, suas causas e efeitos, para através de ações de prevenção poder diminuir a probabilidade de ocorrência de riscos e erros.

Pode ser utilizado para análise em linhas de cuidado, em um processo como um todo, bem como, em atividades (etapas) de um processo (por exemplo: etapa do Mapeamento de Perigos avaliado com risco elevado ou extremamente alto pode ser traçado um FMEA específico para acompanhamento).

O FMEA é fortemente aplicável no processo de identificação, análise e avaliação de riscos de acordo com a ISO/IEC 31010. Seguem orientações para o preenchimento adequado:

- Modo de falha potencial:

Como esse processo deixa de desempenhar as funções que se esperam dele?


- Efeito da falha potencial:

Qual o impacto de cada modo de falha no paciente?

- G – Gravidade:

Qual a gravidade das consequências do modo de falha?

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 8/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- O – Ocorrência da causa:

Qual a chance dessa causa ocorrer?

- D – Detecção da falha:

Qual a chance de detectar modo de falha antes do produto ser entregue ao paciente?

- R – Risco:


Devem ser multiplicados os scores avaliados em G, O e D (G x O x D).

3.2.3. Round's Executivos

- Round de segurança: avaliação diária com intuito de identificar discutir os obstáculos do ambiente, de comunicação e de cultura que podem originar erros que causem danos aos pacientes. O round segue com um instrumento (roteiro) definido que contempla a avaliação da estrutura, alertas de segurança, conquistas do processo e satisfação do cliente, sendo esses itens importantes e utilizados para direcionamento das discussões;
- Round assistencial: avaliação periódica (diária ou semanal) realizada pela equipe multiprofissional que tem por objetivo definir condutas assistenciais alinhadas voltadas para o alcance de metas terapêuticas que assegurem a completa estabilização, recuperação e alta do paciente sem eventos. É aplicado a todo paciente internado nas unidades de internação e unidades de terapia intensiva do Hospital Porto Dias. As ações provenientes dos round's, seja notificação ou outros sinalizadores, direcionarão a assistência ao cuidado com segurança.

3.2.4. Auditorias

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 9/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

As auditorias internas realizadas no HPD têm uma periodicidade trimestral, sendo seus indicadores utilizados para detecção de problemas de processo vinculados a segurança do paciente.

3.3. GESTÃO DE RISCOS REATIVA – ANÁLISE DE INCIDENTES

O foco da gestão reativa será a análise de incidentes ocorridos no HPD. Esta gestão possibilita investigar, identificar, analisar os riscos após a ocorrência destes.

Para esta gestão estão disponíveis duas ferramentas: o sistema de notificações e a análise de triggers (gatilhos).

3.3.1. Sistema de Notificações

O sistema de notificações padronizado permite a comunicação anônima dos eventos de segurança do paciente: condições perigosas, quase-falha (close call), evento sem danos, evento adverso e evento sentinela. estes termos e suas definições estão em consonância com a classificação internacional para segurança do paciente (organização mundial de saúde) e o manual de avaliação hospitalar da joint commission (7º Edição).

- Condição perigosa:

É uma circunstância (diferente do processo ou condição de doença do paciente) que aumenta a probabilidade de ocorrência de um evento adverso.

- Quase-falha:


Evento de Segurança do paciente que não atingiu o mesmo.

- Evento sem dano:

Evento de segurança do paciente que atinge o mesmo, mas não causa danos

- Evento adverso:

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 10/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Evento de segurança do paciente, não relacionado a evolução natural da doença que resulta em dano ao mesmo que pode ser leve (sintomas leves, duração rápida e intervenções mínimas necessárias) ou moderado (paciente sintomático, com necessidade de tratamento ou procedimento terapêutico adicional, aumento no tempo de internação)

- Evento sentinela (Never Event):


Evento de segurança do paciente que atinge um paciente e resulta em: óbito (não relacionado ao curso natural da doença), dano permanente, dano temporário grave.

O dano temporário grave é definido como potencialmente fatal, que dura por um tempo limitado sem consequência permanente, mas exige transferência para um nível mais elevado de cuidado para monitoramento por um período prolongado de tempo, por uma condição de risco de vida, ou cirurgia, procedimento ou tratamento adicional para resolver a condição.

São considerados Never Events:


- Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamento e serviços em um ambiente de cuidado 24 horas por dia ou em até 72 horas após a alta, inclusive da emergência do hospital;
- Ação de transfusão hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneo maior (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos);
- Estupro, agressão (levando a morte ou perda permanente de função), homicídio de um paciente, colaborador, estagiário, visitante, profissional independente licenciado ou fornecedores enquanto nas dependências do hospital;
- Lesão por pressão estágio III e IV;

Elaboração/Revisão: Enf.ª Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 11/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- Cirurgia no local errado;
- Procedimento cirúrgico incorreto;
- Cirurgia no paciente errado;
- Retenção não intencional de objeto estranho em um paciente após um procedimento invasivo, incluindo cirurgia;
- Perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível;
- Óbito, lesão permanente ou temporária de colaborador e ou paciente associado à introdução de objeto metálico em área de ressonância magnética;
- Alta de um bebê para a família errada;
- Rapto de qualquer paciente que recebe cuidados, tratamento e serviços;
- Qualquer fuga (saída não autorizada) de um paciente internado e em atendimento na emergência, levando a óbito, dano permanente ou temporário grave;
- Hiperbilirrubinemia neonatal grave (bilirrubina > 30 miligramas/decilitro);
- Fluoroscopia prolongada com dose cumulativa > 1.500 rads para um único campo ou qualquer entrega de radioterapia para a região do corpo errado ou > 25% acima da dose planejada de radioterapia;
- Fogo, chama ou fumaça inesperada, calor ou flashes ocorrendo durante um episódio de cuidado ao paciente;
- Qualquer morte materna intraparto (relacionada ao processo de nascimento);

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 12/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- Morbidade materna grave (não principalmente relacionada ao curso natural da doença ou condição subjacente do paciente) quando atinge um paciente e resulta em danos permanentes ou danos temporários graves.

O objetivo da investigação é determinar o quê e porque aconteceu, o que pode ser feito para reduzir o risco de recorrência, tornar a assistência mais segura, aprender com a ocorrência do evento. O rastreamento dos eventos notificados será utilizado para auxílio na análise de melhorias implementadas. As etapas para a análise reativam serão: notificação no sistema tasy; análise através da utilização de ferramentas da qualidade; plano de ação a partir da causa-raiz identificada, para eventos com dano grave e sentinelas finalizar com relatório escrito para superintendência e CMO.


Prazos para análise e encerramentos das notificações:

- Condições perigosas, quase-falha (close call) e evento sem danos: devem ser analisados em até 15 dias da ocorrência, planos de ação podem ser concluídos em até 03 meses do ocorrido.
- Eventos com dano: devem ser analisados em até 07 dias do ocorrido e o plano de ação se concluído em até 2 meses do ocorrido.
- Eventos sentinela ou a suspeita destes: devem ter análise imediata ou quando tomar conhecimento do evento, confirmada a ocorrência o plano de ação deve ser concluído em 45 dias após o evento.

A seguir a descrição de ferramentas sugeridas para uso nas análises de ocorrências:

- Brainstorming – chuva de ideias:

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 13/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Reunir um grupo de colaboradores envolvidos na ocorrência que se deseja analisar, estes deverão apresentar todas as ideias de motivos da ocorrência que lhe venham à cabeça.

As ideias serão anotadas à medida que forem sendo geradas, todas as ideias apresentadas deverão ser levadas em consideração, pois, isto pode facilitar uma nova forma de analisar ocorrido. A partir de todas as informações colhidas o grupo avalia qual a causa está ligada a causa-raiz da ocorrência.

O Brainstorming deve ser utilizado como ferramenta em análises simples de evento sem danos, situações de risco, quebra de interação de processos, quase-falhas, para eventos com dano leve, moderado, grave, óbito deve ser considerado ferramenta inicial de identificação de riscos e associado a outras ferramentas mais completas.

- Diagrama de Ishikawa – Diagrama de causa e efeito:


São propostas seis categorias pelo método: máquina, materiais, mão-de-obra, meio ambiente, método e medidas, no HPD será utilizado o diagrama de ishikawa modificado devido adaptação a realidade hospitalar.

Segundo a ISO/IEC 31010 esta ferramenta é fortemente aplicável na análise dos riscos, portanto, para realizar uma análise de causa e efeito deve ser realizado primeiramente um Brainstorming com a equipe para identificação de riscos e as ideias encontradas serão então categorizadas dentro do diagrama para análise, podendo ser utilizado também após a aplicação do protocolo de Londres em eventos com dano grave e eventos sentinela.

- Cinco porquês:

Técnica simples que serve para detectar a principal causa de um defeito ou problema, onde perguntamos 5 vezes o motivo de seu acontecimento. É importante

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 14/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

considerar os 5 porquês como uma ferramenta que possui limitações, pois fazer 5 perguntas não significa uma análise detalhada do problema investigado. É um método muito simples e deve ser utilizado para análises rápidas nas unidades de eventos sem dano e eventos com dano leve/moderado.

- Análise bow-tie (gravata borboleta):

É uma maneira esquemática e simples de descrever e analisar os caminhos de um risco, desde as suas causas até as suas consequências.

Um risco que precisa ser analisado é representado como o nó central de uma Bow-Tie; as causas do evento são listadas considerando as fontes de perigo; linhas são traçadas entre a causa e o evento, formando o lado esquerdo da Bow-Tie e as barreiras que evitariam que cada causa leve a consequências não desejadas podem ser mostradas como barras verticais cruzando a linha. No lado direito do Bow-Tie diferentes consequências potenciais do risco são identificadas e linhas desenhadas para irradiar o evento de risco para cada consequência potencial.


Segundo a ISO/IEC 31010 esta ferramenta deve ser utilizada para análise de riscos, para a identificação do risco deve ser associada outra ferramenta. O esquema de análise Bow-Tie está representado em (Tabela 1).

- Protocolo de Londres:

O protocolo de Londres apresenta um processo de investigação de acidentes e análises desenvolvidas em contexto de investigação, que foram adaptados para o uso prático pelos gestores em investigação de um incidente.

A finalidade do protocolo é garantir uma investigação exaustiva e pensativa e a análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de falhas e culpas. No grupo Porto Dias esta ferramenta é utilizada nas análises de óbito, eventos com dano grave e eventos sentinela. Consta no formulário de avaliação de óbito foi

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 15/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

inserido dentro do sistema tasy, no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), aba avaliações, sendo preenchido para análise de cada ocorrência.


As etapas para utilização do Protocolo de Londres são:

- Identificação: ocorrência de evento de segurança com dano grave e eventos sentinela nas unidades;
- Selecionar equipe para investigação: referência ou responsável pela investigação de eventos da gestão de risco, superintendente, gestor médico e de enfermagem da unidade de ocorrência, membro da unidade de ocorrência do evento;
- Informação e organização dos dados: descrever história clínica completa, levantar documentação institucional relacionada ao evento, declaração e observações imediatas, entrevista com os envolvidos, evidências físicas;
- Identificar fatores contribuintes: utilizando as ferramentas do protocolo de Londres e diagrama de Ishikawa;
- Recomendações e plano de ação: de acordo com a identificação de cada fator contribuinte identificado;
- Relatório da ocorrência: expedir relatório para a superintendência e diretoria clínica;
- *RCA (Root Cause Analyses).*

Processo reativo que deverá ser utilizado na análise de eventos sentinela. A análise é feita por meio de questionamento detalhado do que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, até o momento em que todos os pontos críticos tenham sido identificados e analisados. A Metodologia deverá ser realizada em quatro etapas:

- Coleta de dados: coletar maior número de informações em documentos do ambiente (prontuário, normas e rotinas institucionais, literatura científica), entrevistas com os envolvidos e observação in loco (no setor da ocorrência);

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 16/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

- Mapeamento de fatores de causa: organizar e analisar as informações coletadas durante a investigação, podem ser desenhados fluxogramas para melhor visualização das etapas;
- Identificação da causa-raiz: as causas principais podem ser agrupadas em um diagrama de ishikawa e até mesmo ser utilizado o protocolo de Londres para listar fatores contribuintes;
- Gerar e implementar correções: instituir plano de ação de acordo com as falhas identificadas.

Os formulários padrões/modelos das ferramentas da qualidade para uso Institucional encontram-se disponíveis na pasta arquivos / documentos institucionais / qualidade / templates – HPD.

3.3.2. Monitoramento e Comunicação

Monitoramento corresponde à verificação, supervisão, observação crítica ou identificação da situação, executadas de forma contínua, a fim de identificar mudanças no nível de desempenho requerido ou esperado. Serão monitorados:


- Se os controles existentes são eficientes/eficazes no projeto e na operação;
- Eventos e quase eventos;
- Identificar a necessidade de alteração dos critérios de risco, alterações nas diretrizes relacionadas as considerações dos riscos aceitáveis e não aceitáveis, os tipos de tratamento destinados a cada risco, entre outros.

Em relação ao processo de comunicação dos riscos, serão utilizados os critérios de inclusão, conforme (Tabela 2).

3.3.3. Triggers (Gatilhos de Segurança)

Segundo Pierdevara (2016), o Institute for Healthcare Improvement (IHI) com o objetivo de disponibilizar as instituições de saúde uma nova ferramenta que

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 17/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

contribua para a avaliação de incidentes desenvolveu a metodologia Global Trigger Tool, com o objetivo de identificar eventos adversos. Esta ferramenta agrega duas modalidades que se complementam: a vigilância automatizada e a revisão manual de processos.

No grupo Porto Dias alguns triggers são utilizados para análise de possíveis eventos adversos e sentinela:


Análise de óbitos:

- Óbitos ocorridos em Unidade de Internação;
- Óbitos Cirúrgicos (até o 7º pós-operatório);
- Óbitos com confirmação de Infecção Hospitalar;
- *Farmacovigilância*

Realizar análise e busca de eventos em pacientes com atendimento do Time de Resposta Rápida – TRR (qualquer tipo de acionamento) e rastreio de prescrições que contenham dos seguintes medicamentos:

- Fitomenadiona;
- Ipsilon;
- Transamin;
- Flumazenil;
- Naloxona;
- Desferoxamina;
- Hidrocortizona 500 mg;
- Prometazina.

Elaboração/Revisão: Enf.ª Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 18/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Assistenciais:

- Reinternação em 30 dias;
- Retorno ao atendimento da emergência (24 horas);
- Transferência não-esperada U.E – UI – UTI em menos de 24 horas;
- Transferência não-esperada UI – UTI.

A estratégia de utilização dos gatilhos de segurança em instrumento próprio, acontece por meio da comissão de revisão de óbito que avalia 100% dos óbitos ocorridos nas unidades do Hospital Porto Dias e da comissão de revisão de prontuário com auditoria mensal de 10% dos prontuários abertos e fechados da Instituição.

4. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Gestão de Riscos: Diretrizes e Princípios, ISO 31000. Rio de Janeiro: 2018.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual de Gestão de Riscos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: 2018.


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de eventos Adversos Relacionados a Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BUENO, Monise Carla. Como Montar do Zero um processo de Gestão de Risco: de acordo com a ISO 9001:2015 [acesso em 22/04/2019]. Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/como-montar-um-processo-de-gestao-de-riscos-de-acordo-com-iso-90012015/>

Consórcio Brasileiro de Acreditação. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7º ed. Rio de Janeiro: CBA, 2021

LEMES, Elezer Monte Blanco. Técnicas Para o Processo de Avaliação de Riscos: ISO/IEC 31010 [Acesso em 22/04/2019]. Disponível em <https://blogdaqualidade.com.br/analise-de-modos-de-falhas-e-efeitos-fmea/>

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 19/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

PIERDEVARA, Ludmila et al. Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. Rev. Enf. Ref., Coimbra, n.9, p.97-105, maio 2016.


SANTOS, Adriana Pires dos. Manual de Gestão de Riscos. São Paulo: Hospital Geral de Itapequerica da Serra, 2015.

5. ANEXOS

Tabela 1 – Protocolo de Londres

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR
Fatores do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condição (complexidade e gravidade) ▪ Comunicação e linguagem ▪ Fatores sociais e de personalidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Claridade da estrutura e desenho da tarefa ▪ Disponibilidade e uso de protocolos ▪ Disponibilidade e acurácia dos testes ▪ Auxílios a tomada de decisão
Fatores Individuais (pessoas)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento e habilidade ▪ Competência ▪ Saúde física e mental
Fatores do Time (equipes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação verbal ▪ Comunicação escrita ▪ Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc).

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 20/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Fatores do Ambiente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mix de nivelamento e habilidades do staff ▪ Padrões de turno e carga de trabalho ▪ Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos ▪ Apoio administrativo e gerencial ▪ Ambiente de trabalho ▪ Área física
Fatores Organizacionais & Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrições financeiras ▪ Estrutura organizacional ▪ Políticas, padrões e objetivos ▪ Cultura de segurança e prioridades
Fatores do Contexto Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexto regulatório e econômico ▪ Sistema de saúde nacional ▪ Ligação com organizações externas

Tabela 2 - Comunicação dos Eventos de Segurança

NÍVEIS	TIPOS DE INCIDENTES	COMUNICAR PARA	RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO	TEMPO DA COMUNICAÇÃO
Nível 1	Quase falha (close call), Condições de Perigo e Evento sem Dano	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/tasy)	Periódico
Nível 2	Evento Adverso Leve	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/tasy)	Periódico


Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 21/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

	Evento Adverso Moderado	Liderança da área envolvida	Colaborador da área envolvida (notificação/TASY)	Imediato
Nível 3	Sentinela	Superintendente, Diretor Clínico, Liderança imediata da área envolvida e Gestão de Risco	Liderança imediata da área envolvida	Imediato
	Grave	Superintendente, Diretor Clínico, Liderança imediata da área envolvida e Gestão de Risco	Liderança imediata da área envolvida	Imediato

Tabela 3 - Classificação da Probabilidade dos Riscos

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 22/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixa	Eventos extraordinários. Embora possa assumir dimensão estratégica para a manutenção do processo, não há histórico de sua ocorrência.	1
Baixa	Evento casual, inesperado. Muito embora raro, há histórico conhecido de sua ocorrência por parte dos gestores.	2
Média	Evento esperado, que se reproduz com frequência reduzida, porém constante. Seu histórico é conhecido da maioria dos gestores.	3
Alta	Evento usual, corriqueiro. Devido sua ocorrência habitual ou conhecida um uma dezena ou mais de casos, aproximadamente, seu histórico é amplamente conhecido por parte dos gestores	4
Muito Alta	Evento se reproduz muitas vezes, se repete seguidamente, de maneira assídua, numerosa. Interfere no ritmo das atividades, sendo evidente para os que conhecem o processo.	5

Fonte: Técnicas para o Processo de Avaliação de Risco, 2018.


Tabela 4 - Classificação Gravidade dos Risco

Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixo	Os riscos possuem danos pouco significativos	1
Baixo	Os riscos possuem danos reversíveis em curto e médio prazo, com custos pouco significativos	2
Médio	Os riscos possuem danos reversíveis em curto e médio prazo, impactos significativos porém recuperáveis, custos baixos	3
Alto	Os riscos possuem danos com custos altos, impactos de reversão difícil	4
Muito Alto	Os riscos possuem danos que impactam fortemente inclusive em outros processos, gerando custos economicamente inviáveis.	5

Fonte: Adaptação - Técnicas para o Processo de Avaliação de Risco, 2018.

Tabela 5 – Matriz de Risco

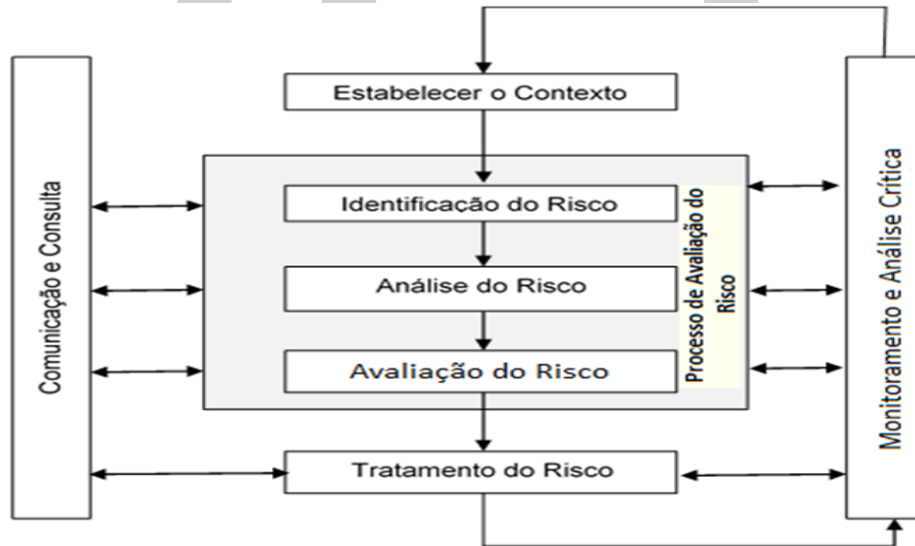
Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 23/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Legenda do Risco: Extremamente Elevado Elevado Médio Baixo		Probabilidade				
		1 Muito Baixa	2 Baixa	3 Média	4 Alta	5 Muito Alta
Gravidade	5 Muito Alta	5	10	15	20	25
	4 Alta	4	8	12	16	20
	3 Média	3	6	9	12	15
	2 Baixa	2	4	6	8	10
	1 Muito Baixa	1	2	3	4	5

Fonte: Técnicas para o Processo de Avaliação de Risco, 2018.

Figura 1 - Etapas do Processo de Gestão de Risco

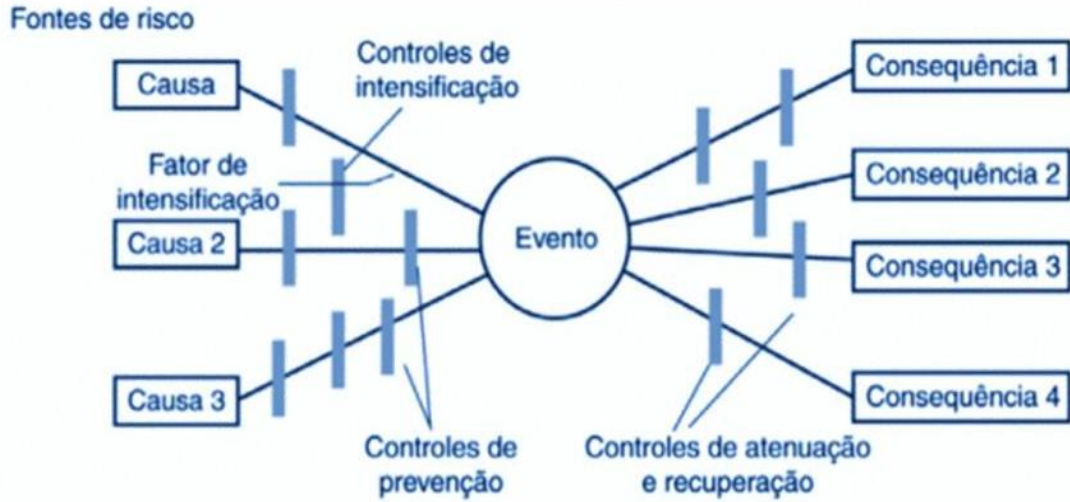


Fonte: ABNT, NBR ISO 31000:2009

Figura 2 – Esquema de Análise Bow-Tie

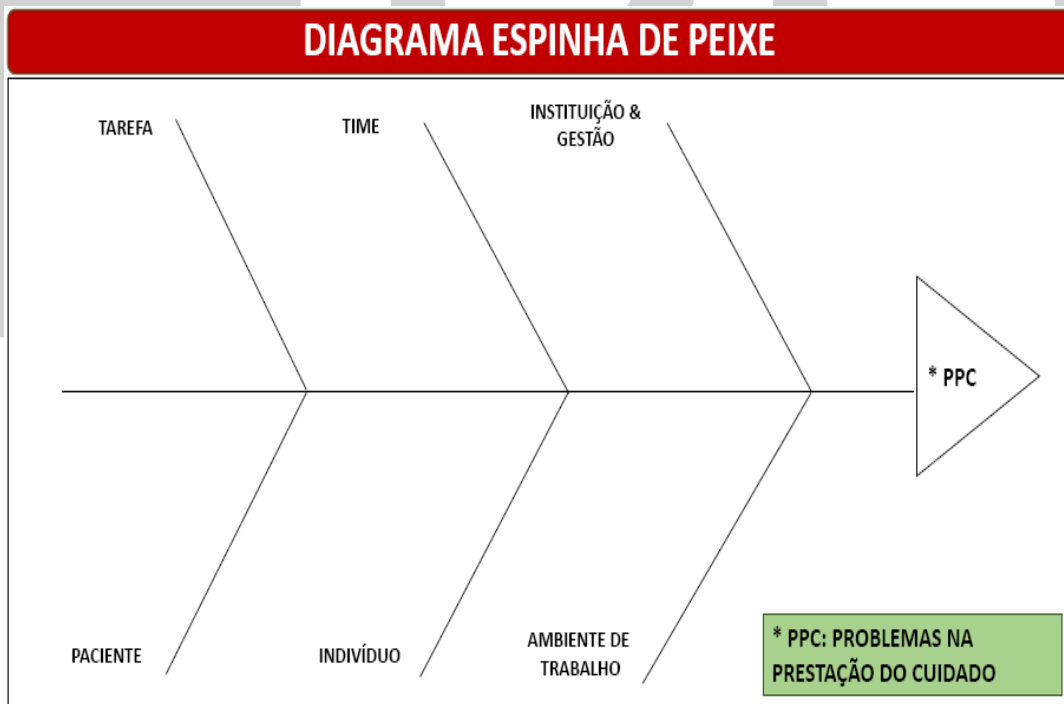
Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 24/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	




Fonte: Ferramentas e Técnicas de apoio à Identificação de riscos.

Figura 3 – Diagrama Ishikawa



6. QUADRO RECAPITULATIVO

Elaboração/Revisão: Enf. ^a Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 29/05/2019
		Ult. Revisão: 21/06/2024
		Vencimento: 21/06/2026
		Versão: 04
		Nº Páginas: 25/6
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE RISCO HPD-AQ-PG-04	

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	29/05/2019
Revisão: adequar novos conceitos de eventos de segurança de acordo com novo Manual JCI 7ª edição, 2020.	02	04/08/2020

HPD

Elaboração/Revisão: Enf.ª Vaneska Barbosa Enfermeira da Qualidade	Validação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade	Aprovação: Dra Márcia Milene Ribeiro Diretoria Técnica Hospitalar
--	---	--