

MBA EXECUTIVO EM SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Performance de Qualidade no Sistema de Saúde:
análise de viabilidade e implantação**

São José dos Campos – SP

2010

MBA EXECUTIVO EM SAÚDE

Coordenador Acadêmico: Jamil Moysés Filho, Msc.

Performance de Qualidade no Sistema de Saúde: análise de viabilidade e implantação

Por

HENRIQUE ZANONI FERNANDES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso

MBA Executivo em Saúde – turma 01

Pós-Graduação *lato sensu*, Nível de Especialização

Programa FGV Management

São José dos Campos – SP

2010

MBA EXECUTIVO EM SAÚDE

Coordenador Acadêmico: Jamil Moysés Filho, M. Sc.

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**Performance de Qualidade no Sistema de Saúde:
análise de viabilidade e implantação**

Elaborado por:

Henrique Zandoni Fernandes

e aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso **MBA Executivo em Saúde**, foi aceito como requisito parcial para a obtenção do certificado do curso de pós-graduação, nível de especialização, do programa FGV Management

São José dos Campos , 21 de Julho de 2010

Jamil Moysés Filho, M.Sc

Co-orientador: Dr. Carlos Frederico Pinto, MBA

TERMO DE COMPROMISSO

O aluno Henrique Zanoni Fernandes, abaixo-assinado, do Curso de **MBA Executivo em Saúde**, do Programa FGV Management, realizado nas dependências da instituição conveniada: Conexão localizada em São José dos Campos, no período de junho/2008 a março/2010, declara que o conteúdo do TCC – Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado: “Performance de Qualidade no Sistema de Saúde: análise de viabilidade e implantação”, é autêntico, original, e de sua autoria exclusiva.

São José dos Campos, 21 de Julho de 2010.

Henrique Zanoni Fernandes

DECLARAÇÃO

A Empresa Instituto de Oncologia do Vale representada neste documento pelo Sr. Carlos Frederico Distéfano Pinto, Diretor Executivo, autoriza a divulgação de informações e dados coletados em sua organização, na elaboração do **Trabalho de Conclusão de Curso**, intitulado: *“Performance de Qualidade no Sistema de Saúde: análise de viabilidade e implantação”*, realizado pelo aluno Henrique Zanoni Fernandes, do Curso MBA - Executivo em Saúde, do Programa FGV Management.

São José dos Campos, 21 de Julho de 2010

Carlos Frederico Distéfano Pinto
Diretor Executivo
Instituto de Oncologia do Vale

DECLARAÇÃO

O aluno Henrique Zaroni Fernandes, abaixo-assinado, do Curso **MBA Executivo em Saúde**, do Programa FGV Management, realizado nas dependências da instituição conveniada: Conexão, localizada em São José dos Campos, no período de junho/2008 a março/2010, (**X**) **AUTORIZA** / () **NÃO AUTORIZA** a divulgação de informações e dados apresentados na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, intitulado: *“Performance de Qualidade no Sistema de Saúde: análise de viabilidade e implantação”*, com objetivos de publicação e/ou divulgação em veículos acadêmicos.

São José dos Campos, 21 de Julho de 2010.

Henrique Zaroni Fernandes

DEDICATÓRIA

À meus filhos e esposa,
aos meus professores,
aos meus colegas de trabalho e
de estudo,
que deram suporte para chegar até aqui.

RESUMO

Trata-se o presente Trabalho de Conclusão de Curso sobre a urgência, devido necessidade, em se demonstrar qualidade em prestação de serviços de saúde, e que globalmente, encontra-se em estado de ebulição. A Saúde é um bem difícil de quantificar, principalmente por que é encarada heterogeneamente, mediante influência de aspectos sócio-culturais e econômicos; mas a qualidade pode ser delineada por estes aspectos. Basta querer.

É nesse âmbito que estamos à procura de ferramentas que auxiliem a análise e, permita agregar valor ao esforço gasto, para melhores práticas de gerenciamento e prestação de serviços de saúde. O Whole System Measures (WSM) é um conjunto de 13 indicadores de métricas sistêmicas (que não são doenças-específicas e condições-específicas) para instituições de saúde, que atendem pacientes em caráter ambulatorial e hospitalar, e refletem uma visão de performance dos cuidados.

Este sistema nos pareceu muito objetivo e construtivo, e assim será feita uma análise sobre o mesmo e o planejamento de sua aplicabilidade.

PALAVRAS CHAVE: Serviços de saúde. Qualidade. Whole System Measures (WSM). Performance.

ABSTRACT

Due the urgency to demonstrate quality for the provision of health services, which in the overall is in state of boiling, it's the deal of this project. Health is very difficult to quantify, mainly by which is seen miscellaneously, through influencing aspects socio-cultural and economic; but quality can be outlined by these aspects, if we wish.

In this context, that we are looking for tools to help analyze and add value to the effort expense, for best practice of management and provision of health services. The Whole System Measures (WSM) is a set of 13 indicators of systemic metric (which are not disease-specific and conditions-specific) for health institutions, taking into account in outpatients and hospital, and to reflect a vision of performance' care. This system seemed very objective and constructive, and will be made an analysis of the same and the planning of its applicability.

KEY WORDS: Health Services. Quality. Whole System Measures (WSM). Performance.

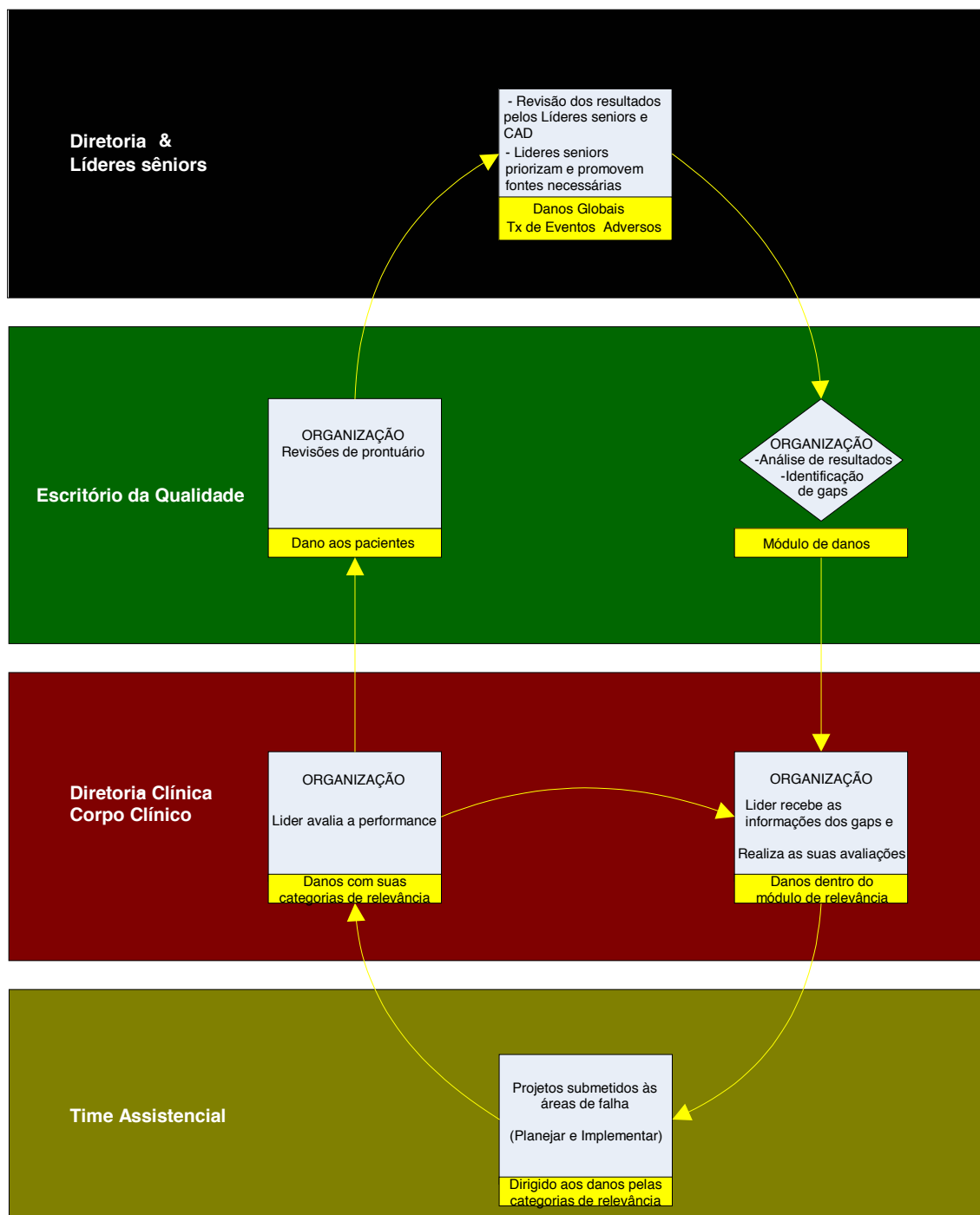
LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores Whole System Measures

1. Pacientes com Eventos Adversos a cada 100 internações	SEGURANÇA
2. Pacientes com Eventos Adversos a cada 1000 atendimentos	SEGURANÇA
3. Porcentagem de internações com um Evento Adverso	SEGURANÇA
4. Incidência de lesões ou doenças ocupacionais não-fatais	SEGURANÇA
5. Pontuação do Resultado Funcional de Saúde dos pacientes	EFETIVIDADE
6. Porcentagem de readmissões hospitalares	EFETIVIDADE
7. Credibilidade de Condutas	EFETIVIDADE
8. Índice de Satisfação	CENTRADO NO PACIENTE
9. Índice de Experimentação	CENTRADO NO PACIENTE
10. Número de dias para agendamento da 3ª primeira consulta em um dia	TEMPO
11. Dias hospitalares por paciente falecido nos últimos seis meses de vida	EFICIÊNCIA
12. Custo per Capita	EFICIÊNCIA
13. Equidade	JUSTIÇA

LISTA DE GRÁFICOS

Fluxograma 1: Fluxo de Informação do Global Trigger Tools



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Organograma Funcional para Matriz de Dados

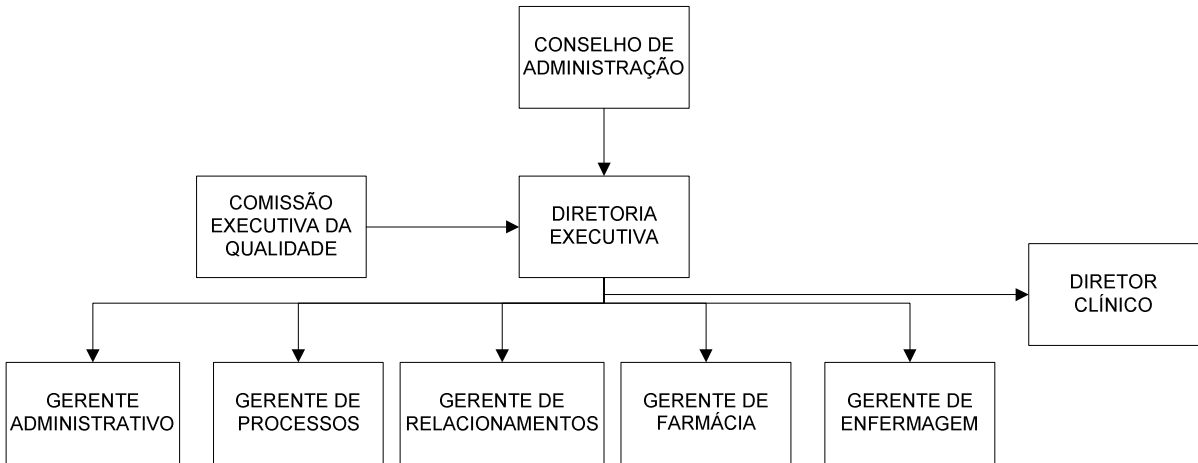


Figura 1- Exemplo de gráfico de Eventos Adversos para cada 1000 atendimentos

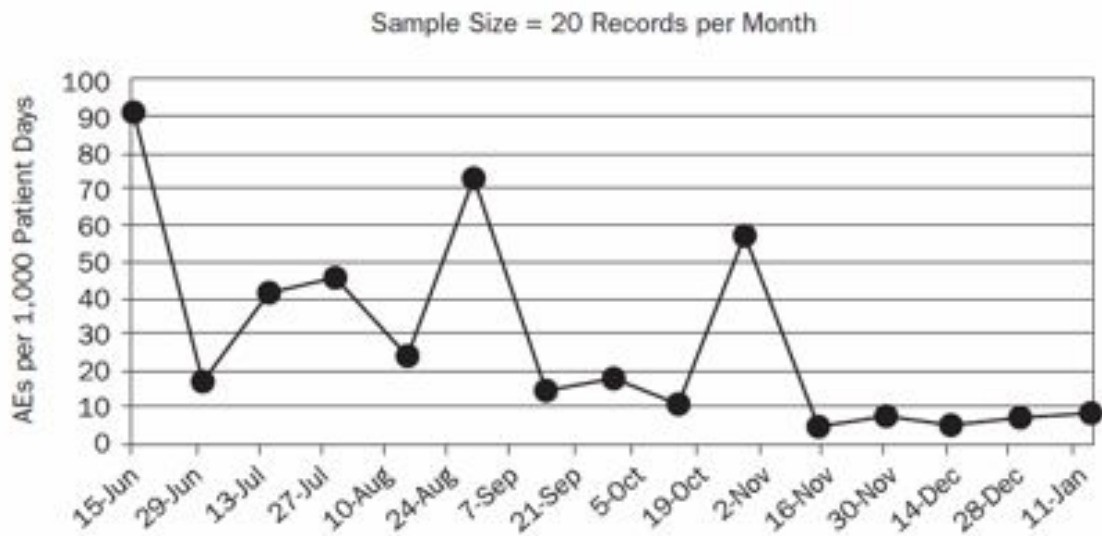
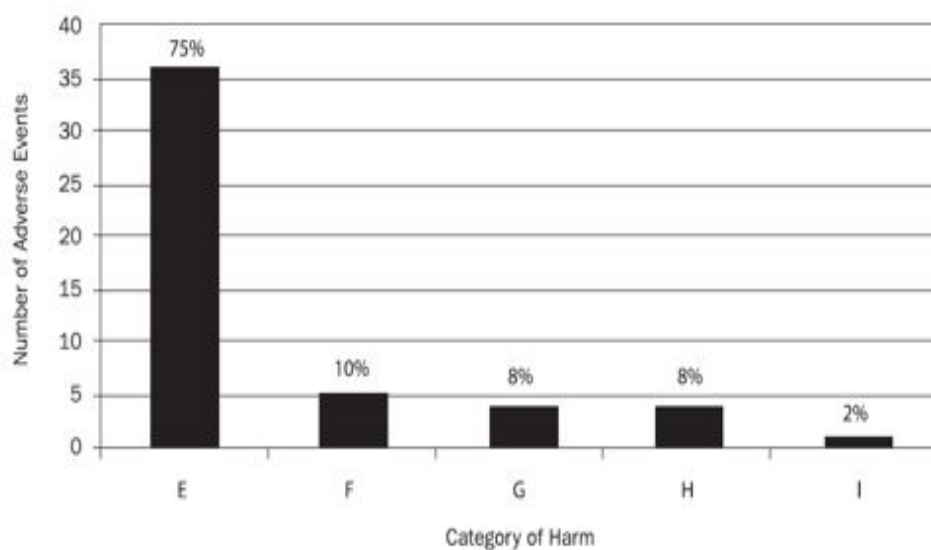


Figura 2 - Distribuição de Danos por Categoria

(48 Adverse Events in 100 Patients over 5 Months)



Sumário

INTRODUÇÃO	16
I. RELEVÂNCIA	18
II. PROBLEMA DA PESQUISA	19
II. 1 - PROBLEMAS PARTICULARES.....	19
III. OBJETIVO GERAL	20
III. 1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
IV. HIPÓTESE	21
IV. 1 - HIPÓTESES ESPECÍFICAS	21
V. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	22
VI. REFERENCIAL TEÓRICO	23
VII.METODOLOGIA DA PESQUISA.....	25
VII. 1 - TIPO DE DESENHO	25
VII. 2 - FONTES DE INFORMAÇÃO	25
VII. 3 - ANÁLISE DOCUMENTAL	25
VII. 4 - SISTEMA DE MATRIZ DE DADOS	26
VII. 5 - PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS MÉTRICAS	26
VII. 5.1 – GLOBAL TRIGGER TOOLS	27
VII. 5.2 – Métricas Sistêmicas	28
4. Incidência de lesões ou doenças ocupacionais não-fatais	28
5. Pontuação do Resultado Funcional de Saúde dos pacientes	29
6. Porcentagem de readmissões hospitalares	31
7. Confiabilidade de Condutas	32
8. Índice de Satisfação	33
9. Índice de Experimentação	34
10. Número de dias para agendamento da 3ª primeira consulta em um dia	34
11. Dias hospitalares por paciente falecido nos últimos seis meses de vida	35
12. Custo per Capita	36
13. Equidade	37
VIII. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	41
ANEXO 1 - IMPLEMENTANDO O BÁSICO: GLOBAL TRIGGER TOOL.....	41
ANEXO 2 – EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL	48
ANEXO 3 – POP GLOBAL TRIGGER TOOL - IOV SJC	49
ANEXO 4 - GUIDELINE - IHI GLOBAL TRIGGER TOOL FOR MEASURING ADVERSE EVENTS.....	53
ANEXO 5 - PERGUNTAS FEITAS COM FREQUÊNCIA.....	72

ANEXO 6 – AGENDA GTT DAY 1	80
ANEXO 7 – AGENDA GTT DAY 2	81
ANEXO 8 – LINHA DO TEMPO MENSAL GTT	82
ANEXO 9 – PLANILHA DE TRABALHO GTT IHI.....	83
ANEXO 10 – FOLHA DE RESUMO DA REVISÃO GTT IHI.....	84
ANEXO 11 – FLUXO DO PROCESSO IHI GTT	85
ANEXO 12 – FLUXO DO PROCESSO MACRO IHI GTT	88
ANEXO 13 – MANUAL PARA LESÕES E DOENÇAS OCUPACIONAL	89
ANEXO 14 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FUNCIONAL (FHS-6)	98

INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com a qualidade da prestação de serviços na saúde esbarra nos moldes atuais de gestão - pouco profissionalizados, e no aumento de custos das tecnologias médicas. Por isso, temos dificuldade de encontrar modelos adequados, no Brasil, que facilitem implementar a gestão de qualidade e que reflitam um balanço adequado entre processos, estrutura e resultados.

Organizações de saúde que forem capazes de desenvolver, implementar e medir indicadores que capacitem avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados permitirá, aos seus administradores e demais interessados:

- Demonstrar performance do seu sistema de saúde no tempo;
- A organização ver como está sua performance relacionada ao seu plano estratégico, para melhorias;
- Comparar com outras organizações similares;
- Servir como base para planejar melhorias estratégicas de qualidade.

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) - www.IHI.org, cultiva conceitos promissores para melhorias no cuidado com os pacientes. E, da análise de um sistema de métricas desenvolvido por tal Instituto – o Whole System Measures (WSM), alinhado com as seis dimensões de qualidade do Institute of Medicine (IOM) - cuidado seguro, eficaz, centrado no paciente, na hora certa, eficiente, e justo, partiu o interesse em avaliar a sua viabilidade e implantação.

Neste cenário é que o estudo se propõe para aplicar as idéias do Whole System Measure, em uma Clínica privada de Oncologia, em São José dos Campos, denominada Instituto de Oncologia do Vale, através de uma pesquisa qualitativa de indicadores internos gerenciais. Os dados serão analisados e apresentados para o Conselho Administrativo Diretor (CAD) da referida clínica.

O trabalho de conclusão de curso intitulado “ Performance de Qualidade no Sistema de Saúde: análise de viabilidade e implantação” estará aqui descrito e desenvolvido no formato

de Projeto proposto para a implantação dos indicadores sistêmicos do IHI (Institute for Healthcare Improvement), divididos em 02 subprojetos: o Global Trigger Tools (GTT), que gera indicadores de Segurança, uma das dimensões de Qualidade do IOM (Institute of Medicine); e os demais indicadores sistêmicos do IHI relacionados com Efetividade, Eficiência, Equidade, Tempo e Foco no Paciente.

A metodologia do estudo, na sua aplicação em território nacional, é considerada exploratória já que não temos relato, até o momento, da sua utilização.

No capítulo 1 – Relevância – será apresentada a dimensão que este estudo pode atingir. Os problemas levantados neste trabalho serão apresentados no Capítulo 2 – Problemas da Pesquisa. Por sua vez, o Capítulo 3 tem como foco apresentar os objetivos do estudo. As hipóteses do estudo estão demonstradas no Capítulo 4. No Capítulo 5 – a delimitação do Estudo – explicita onde será aplicado o projeto piloto. E o Referencial Teórico e a Metodologia da Pesquisa serão apresentados nos Capítulos 6 e 7, respectivamente.

I. RELEVÂNCIA

O sistema de saúde no Brasil (mix público-privado), devido às suas características peculiares não tem padronização nos seus processos de qualidade. Daí, um estímulo para desenvolvermos processos que melhor se adaptem às organizações. Também, a pouca literatura nacional específica sobre o tema em questão nos remete apenas a referências internacionais.

As operadoras de saúde têm os seus serviços regidos por regulamentação federal, através da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), e que, devido à sua incipiência, tem um papel mais orientador que regulatório. Dessa forma, apenas alguns projetos estão sendo desenvolvidos na área de qualidade à assistência, principalmente com as operadoras de saúde de maior abrangência.

Já o Sistema Único de Saúde (SUS), tem no DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) órgão integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, e componente do SNA (Sistema Nacional de Auditoria), o papel de auditoria e fiscalização, que “contribui para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a QUALIDADE da atenção a saúde oferecida aos cidadãos”; mas devido à dimensão do ambiente SUS e suas enormes discrepâncias na esfera federal, a gestão da qualidade carece de consistência, impacto e padronização.

Por isso, a importância da dimensão social deste trabalho está no fato de poder contribuir para a gestão das organizações de saúde interessadas em aplicar ferramentas de performance, auxiliando o planejamento e a implementação de melhorias de qualidade e valor nos serviços prestados.

A contribuição cognitiva do tema é difícil de mensurar, já que a Gestão da Qualidade, em âmbito nacional, encontra-se numa fase embrionária, principalmente se levarmos em conta os aspectos de auto-avaliação e certificações. A implantação de um modelo, como o que será proposto – Whole System Measure – até o momento, é inédito, em território nacional, contribuindo com novos conhecimentos e perspectivas.

II. PROBLEMA DA PESQUISA

O crescente aumento do orçamento na saúde seja devido às novas tecnologias médicas, mas principalmente pelo envelhecimento da população, tem pressionado os gestores a otimizar a administração das organizações de saúde.

Sob esta ótica, a implantação de performance de qualidade é viável e traz valor para os setores envolvidos?

II.1 - PROBLEMAS PARTICULARES

A maioria dos serviços de saúde tem na gestão dos seus processos a principal origem dos desperdícios.

Os macro-processos, foco desta pesquisa, serão visualizados através dos indicadores de qualidade do Whole System Measures. E, a partir daí, poderá se levantar informações relevantes para auxiliar a gestão de serviços de saúde, tanto hospitalares como ambulatoriais.

Como avaliar a Segurança de um serviço de saúde?

Como avaliar a Eficácia?

Como avaliar se o sistema está focado na Atenção ao Paciente?

Como avaliar se o Tempo de Entrega de serviço está adequado?

Como avaliar a Eficiência?

Como avaliar a Equidade na prestação de serviços?

São estes indicadores capazes de influenciar a gestão ou o planejamento estratégico?

III. OBJETIVO GERAL

Analisar as métricas do WSM do IHI e avaliar sua viabilidade e implementação, em uma organização de saúde nacional, sob a ótica da Gestão da Qualidade.

III. 1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Manter a perspectiva sistêmica, um pequeno conjunto de alto-nível, complementado com uma base ampla de tradicionais indicadores altamente específicos que refletem a performance de aspectos discretos (performance baixo-nível) da organização de saúde.
- Facilitar a visualização dos gerentes da Instituição, através de um pequeno conjunto de indicadores que reflitam a performance global nas dimensões centrais de qualidade e valor.
- Alinhar os envolvidos, sob a nova perspectiva de valores dos indicadores, relacionando-os com as seis dimensões de qualidade do IOM (i.e., seguro, eficaz, centrado no paciente, na hora certa, eficiente, e justo).

IV. HIPÓTESE

É provável que a implantação de métricas de performance de qualidade auxiliem na gestão de serviços de saúde.

IV.1 - HIPÓTESES ESPECÍFICAS

A avaliação de indicadores de Segurança, Eficácia, Centralização no Paciente, Tempo de Entrega, Eficiência e Equidade são suficientes para promover um adequado nivelamento na gestão da qualidade para todos os líderes e gestores.

A maioria desses indicadores já é bem conhecida e tem sido usado em muitas organizações. E, poucos, são relativamente novos ou, estão sendo usados em um contexto diferente.

V. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo será baseado nas publicações sobre Sistemas de Qualidade em Saúde, focando a métrica do Whole System Measures, e ferramentas de gestão Lean em Saúde. A realização será em uma Clínica Privada de Oncologia Clínica, na cidade de São José dos Campos, centrada em 07 médicos especialistas, 08 enfermeiras padrão, 03 farmacêuticos, com atendimento mediano de 650 consultas ambulatoriais/mês e 250 procedimentos/mês. O contato será prioritariamente com o setor de Qualidade da Instituição – Comitê Executivo da Qualidade – e com os líderes e gerentes, para a coleta de dados para a realização do estudo.

VI. REFERENCIAL TEÓRICO

O que é qualidade em serviços de saúde? Segundo John Ovretveit “qualidade é o mais correto cuidado possível, com os recursos que temos para a necessidade da maioria”. Várias são as “forças” que empurram a busca de melhorias: insatisfação de pacientes, baixo rendimento dos profissionais da saúde, administradores, desperdícios de tratamento, princípios humanitários, interesses políticos e econômicos nacionais.

E como melhoramos os serviços que prestamos? Mudando o que nós fazemos e o modo como organizamos; escolhendo novos padrões para seguir e supervisionar os padrões, usando métodos simples para soluções de problemas. Existem outros meios de melhorar a qualidade: mais recursos, especialmente mais médicos e enfermeiros – entretanto, mais recursos para aprimorar a experiência e melhorar o treinamento em qualidade; reorganizar – fechar algumas instalações e transferir pessoal e recursos; fortalecer a administração – mais recursos e reorganização freqüentemente falham em melhorar a qualidade, caso os administradores não tenham experiência suficiente.

Outras formas de melhoria da qualidade são: as regulação e certificações – licenças, certificados, creditações, auto-avaliações e revisões internas, com vantagens de reduzir os danos aos pacientes e desvantagens de, normalmente, serem práticas não-populares, que não agradam os colaboradores, são burocráticas e levam tempo para implementar.

Os princípios do gerenciamento Lean têm sido utilizados efetivamente há décadas em companhias de manufatura e na indústria automobilística. O IHI também acredita que os princípios Lean também possam – e de fato, já estão sendo – com sucesso, ser aplicados para gerenciar os sistemas de saúde. O Pensamento Lean – “Lean thinking” – é dirigido para eliminar desperdício de forma que, só o trabalho que agregue valor e sirva para o cliente, é necessário.

Apesar dos serviços de saúde diferir em muitas maneiras da manufatura, existe também similaridades impressionantes: quando na construção de um carro ou na promoção de saúde para um paciente, os trabalhadores devem confiar em múltiplos, e complexos processos para cumprirem com suas tarefas e promoverem valor aos clientes e pacientes. Desperdício – de dinheiro, tempo, suprimentos, ou boa vontade – não agrega valor.

O Pensamento Lean nos serviços de saúde, quando aplicado rigorosamente e através de toda a organização, pode ter um impacto positivo na produtividade, custos, qualidade, e tempo de entrega de serviços.

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) tem a intenção de ajudar as organizações de saúde a desenvolver, implementar, e usar sistemas de medição que os capacite avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços providos. O Whole System Measures (WSM) é um conjunto balanceado de indicadores, que especificamente promove o seguinte:

- Um framework conceitual útil para organizar indicadores de qualidade; e
- Um conjunto específico de métricas de qualidade que pode contribuir para a família de indicadores de um serviço de saúde, balanced scorecard, ou uma planilha de indicadores de performance estratégicos.

A premissa central do trabalho do IHI no WSM é de que qualquer família de indicadores deva refletir um balanço entre estrutura, processos e resultados. Um conjunto balanceado de indicadores de nível-sistema é necessário para promover aos líderes e outros stakeholders dados que:

- Evidenciem performance do seu sistema de saúde no tempo;
- Permitam a organização ver como está a performance em relação ao planejamento estratégico para melhorias;
- Permitam comparações com outras organizações similares;
- Sirvam de base para planejar melhorias na qualidade estratégicas.

O uso do WSM para estabelecer *Continuidade* através de múltiplos centros das organizações parece ser muito útil em promover aos líderes seniores uma visão representativa do seu sistema. É importante, entretanto, ter indicadores que não apenas reflitam diferentes centros das organizações (p.ex., ambulatório e internação), mas também que atravesse fronteira (p.ex., readmissões). Monitorar estes indicadores com um sistema completo destaca as interações entre os microsistemas, mesosistemas, e macrosistemas que compreendem a globalidade de um sistema de saúde.

Parcimônia também é crucial quando se cria um WSM. Usar indicadores demais resulta em pouco foco. É útil ter diferentes níveis de indicadores, ao invés de múltiplos indicadores não-relacionados. Os WSM são indicadores macro, portanto devem ser no menor número e ser revistos pelo mais alto nível da organização.

Finalmente, pode-se trabalhar com diferentes tipos de organizações de saúde, demonstrando sua *Utilidade*: alguns indicadores são muito úteis e outros necessitam ser avaliados e substituídos. Similarmente, é também necessário para organizações usando o WSM periodicamente rever seu planejamento estratégico e adicionar ou substituir indicadores do WSM à sua estratégia com o passar do tempo.

VII. METODOLOGIA DA PESQUISA

VII.1 - TIPO DE DESENHO

Quanto aos fins, este estudo pode ser considerado exploratório porque é uma área no qual há pouco conhecimento acumulado ou sistematizado, e também fará com que os interessados se familiarizem mais com o novo ambiente de métricas de qualidade. Também pode ser considerado explicativo, pois tornará esta metodologia de indicadores mais inteligível para os líderes de organizações de saúde, aprofundado mais o seu conhecimento sobre o sistema. Também deve ser considerado como metodológico já que se desenvolverá através de um instrumento de captação de resultados (o próprio WSM), para ajudar a atingir objetivos: analisar a performance da qualidade. E intervencionista, já que a conclusão da pesquisa poderá ajudar os líderes a tomar decisões, inclusive no planejamento estratégico organizacional.

Quanto aos meios, será uma pesquisa experimental, pois depois de aplicado o WSM na Instituição em estudo, ele será observado, manipulado e controlado. Pode ser considerado um estudo de caso, já que é um movimento contemporâneo a busca, o aperfeiçoamento e o aprofundamento sobre o tema Qualidade em Saúde.

VII.2 - FONTES DE INFORMAÇÃO

Os líderes e gerentes da Instituição, assim como o setor de Qualidade, serão a fonte de pesquisa. Por ser um estudo quantitativo, a coleta e a análise dos dados se darão em tempos diferentes. Os dados serão coletados através de indicadores que já vêm sendo realizados dentro da Instituição, assim como poderão ser criados novos questionário e a observação de novos dados para geração de indicadores que se fizer necessária, conforme orientação do WSM.

VII.3 - ANÁLISE DOCUMENTAL

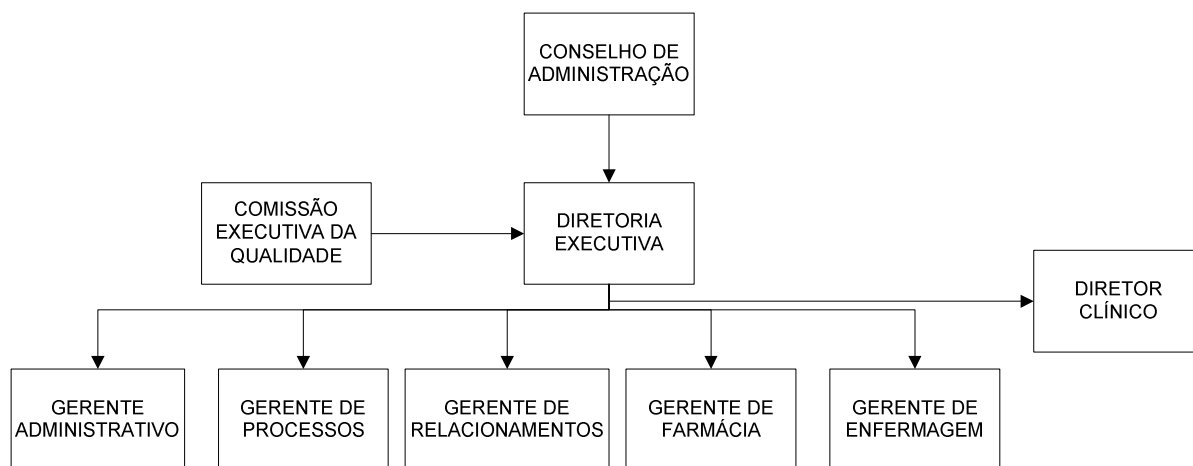
Será baseada em documentação indireta, através de fontes primárias, porque será realizada uma extensa revisão bibliográfica do material disponível sobre o assunto, a fim de adequar a

situação da organização em que será empregada; e os indicadores estudados serão coletados da base de dados dos líderes e gerentes da organização de saúde.

VII.4 - SISTEMA DE MATRIZ DE DADOS

Os dados serão levantados com os representantes do Organograma Funcional da Instituição representado no Organograma 1.

Organograma 1 – Organograma Funcional para Matriz de Dados



VII.5 - PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS MÉTRICAS

Após analisar sistemas de medidas do WSM, e sua aplicabilidade em uma organização de saúde ambulatorial, alguns indicadores foram adaptados internamente, e outros foram excluídos, por ser aplicável apenas em ambiente hospitalar.

Os indicadores a serem avaliados, com suas respectivas dimensões da qualidade são (tabela 1, abaixo):

Tabela 1 - Indicadores WSM

1. Pacientes com Eventos Adversos a cada 100 internações	SEGURANÇA
2. Pacientes com Eventos Adversos a cada 1000 atendimentos	SEGURANÇA
3. Porcentagem de internações com um Evento Adverso	SEGURANÇA
4. Incidência de lesões ou doenças ocupacionais não-fatais	SEGURANÇA
5. Pontuação do Resultado Funcional de Saúde dos pacientes	EFETIVIDADE
6. Porcentagem de readmissões hospitalares	EFETIVIDADE
7. Credibilidade de Condutas	EFETIVIDADE
8. Índice de Satisfação	CENTRADO NO PACIENTE
9. Índice de Experimentação	CENTRADO NO PACIENTE
10. Número de dias para agendamento da 3ª primeira consulta em um dia	TEMPO
11. Dias hospitalares por paciente falecido nos últimos seis meses de vida	EFICIÊNCIA
12. Custo per Capita	EFICIÊNCIA
13. Equidade	JUSTIÇA

Para facilitar a visualização da implementação do WSM, os indicadores serão terão dois grupos de implementação:

VII. 5.1 – Global Trigger Tools

O **IHI Global Trigger Tools** está focado na **SEGURANÇA** do paciente (eventos com danos) e servirá para a coleta de dados e formulação dos indicadores enumerados em 1, 2 e 3 (Pacientes com Eventos Adversos a cada 100 internações, Porcentagem de internações com um Evento Adverso, Pacientes com Eventos Adversos a cada 1000 atendimentos) da tabela 1 acima.

Com base no documento “IMPLEMENTANDO O BÁSICO: GLOBAL TRIGGER TOOL” – ANEXO 1, foi planejado:

- a) Modificações na Folha de Evolução Médica, necessárias para uma melhor análise na rotina do atendimento médico (nova Folha de Evolução Multiprofissional – ANEXO 2).
- b) A criação de material educativo (Procedimento Operacional Padrão: PLANO DE COLETA DE DADOS – ANEXO 3).
- c) Tradução do Paper “GUIDELINE - IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events” – ANEXO 4, para facilitar o reconhecimento dos triggers pelos revisores de prontuário.
- d) Criação do material: PERGUNTAS FEITAS COM FREQUÊNCIA – ANEXO 5.

- e) A seleção de profissionais capacitados para a função de revisores de prontuário e médico autenticador.
- f) Uma agenda de treinamentos para a formação dos revisores – ANEXO 6 e ANEXO 7.
- g) O planejamento do tempo de execução mensal de um *data point* do IHI Global Trigger Tools – ANEXO 8.
- h) Criação da PLANILHA DE TRABALHO IHI GTT – ANEXO 9.
- i) Criação da FOLHA DE RESUMO DA REVISÃO IHI GTT – ANEXO 10.
- j) FLUXO DO PROCESSO IHI GTT (FOLHAS 1, 2, 3) – ANEXO 11.

VII. 5.2 – Métricas Sistêmicas

Os demais indicadores de qualidade serão explicados separadamente, segundo a numeração da tabela 1 – Indicadores do WSM, acima:

4. Incidência de lesões ou doenças ocupacionais não-fatais

Definido como o número de dias úteis de trabalho perdido por um colaborador como resultado de lesões ou doenças, reportadas mensalmente, baseada no Manual OSHA (Occupational Safety and Health Administration) – ANEXO 13.

Incidência de Lesões ou doenças ocupacionais não-fatais= (Número de lesões ou doenças/ Total de horas trabalhadas por todos os colaboradores no ano) x 200.000

[Nota: 200.000 é a base para o equivalente a 100 colaboradores em tempo integral (trabalhando 40 horas por semana, 50 semanas por ano).]

Numerador: Número de lesões ou doenças ocupacionais que resultou em um dia de trabalho perdido

- Este número pode ser retirado da coluna K do Diário do Manual OSHA – ANEXO 13

Frequência: mensal

Método para medição: a coleta de dados deve seguir o Manual OSHA – ANEXO 13

Base para o Indicador: uma lesão ou doença é considerada ocupacional se um evento ou exposição no ambiente de trabalho causou ou contribuiu para a condição ou significativamente agravou uma condição pré-existente. Reduzindo o número de lesões ou doenças ocupacionais,

o ambiente de um serviço de saúde evolui, e que é inerentemente capaz de promover um melhor cuidado aos pacientes. Dias de trabalho perdido por lesões ou doenças é um bom indicador para a cultura de segurança, que é conhecido PR ser extremamente importante mas difícil de mensurar sem um acompanhamento e observações especiais.

5. Pontuação do Resultado Funcional de Saúde dos pacientes

Este indicador é definido como um score do status físico e mental de uma população de pacientes. A Saúde Funcional é medida usando o Questionário de Vigilância da Saúde Funcional, que pode ser encontrado no website do IHI em

<http://www.ihi.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/EmergingContent/FHS6PatientQuestionnaires.htm>.

Score do Resultado Funcional de Saúde = Status de Saúde Física (medido pela % do Score Máximo Atingível) e Status Mental de Saúde (medido pela % do Score Máximo Atingível)

Frequência: Mensal

Método de Medição - ambulatorial: o QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FUNCIONAL – ANEXO 14 pode ser utilizados para avaliar o estado funcional da população de pacientes de um serviço de saúde em um determinado ponto no tempo, ou os pacientes podem ser seguidos para medir as mudanças no seu estado funcional ao longo do tempo. A definição do WSM o método de coleta de dados descritos aqui abordam a primeira utilização (ou seja, a avaliação em um determinado momento do estado de saúde funcional de pacientes em cuidados ambulatoriais que estão fazendo uma visita para ver um médico).

Para medir o status funcional do cuidado ambulatorial de pacientes que estão sendo assistidos em um serviço de saúde, uma amostra de pacientes pode ser vistoriada no momento em que eles fazem uma visita ao seu prestador de saúde.

Uma amostra única deveria ser realizada mensalmente seguindo os procedimentos listados abaixo.

Proposta de Amostragem e Plano de Análise de Dados

1. Identificar um Coordenador de Dados (Data Coordinator) para aplicar o QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FUNCIONAL – ANEXO 14, no setor de atendimento ambulatorial, para realizar um levantamento do estado de saúde em uma amostra de pacientes mensais.
2. O coordenador dos dados deve identificar os locais de atendimento ambulatorial adequados no sistema de saúde. (Incluir os locais de cuidados primários e os programas de cuidado da especialidade clínica e prática. Excluir locais especiais, tais como laboratórios de diagnóstico.)
3. Selecione uma amostra de pacientes que farão uma visita a esses locais selecionados de atendimento ambulatorial com a pessoa que registra os pacientes (RECEPÇÃO), através de uma série consecutiva de pacientes (ou uma amostra sistemática de pacientes, p.ex. como um a cada quatro pacientes) para participar de um breve levantamento do estado de saúde.
 - Reunir número suficiente para fornecer uma amostra de 50 pacientes por mês.
4. Administrar o QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FUNCIONAL – ANEXO 14 para estes pacientes enquanto eles visitam o serviço, como descrito abaixo.

Pré-Visita: Os pacientes devem ser incentivados a concluir o questionário, se possível, antes eles virem o seu profissional de saúde.

• **Pós-Visita:** Se o tempo de espera para ver o profissional de saúde não é suficiente para permitir o paciente para concluir o questionário, o paciente poderia gastar alguns minutos após a visita para concluir o questionário.

• **Levantamento da Coleta:** A pessoa da equipe que registra os pacientes (RECEPÇÃO) deve recolher os questionários concluídos e entregar para o Coordenador de Dados.

5. O coordenador analisa os dados dos questionários e dos tabula os dados.
 - O Coordenador de dados calcula a Porcentagem Máxima Alcançável (PMA%) tanto para a saúde física e como a mental para cada paciente.
 - O Coordenador de dados calcula um resumo da pontuação (escore médio de saúde física e médio de saúde mental) para os pacientes da amostra, para fornecer uma estimativa do momento, através do **Score de Resultado Funcional de Saúde** para a população de atendimento ambulatorial.

[Nota: Este método não segue uma coorte de pacientes ao longo do tempo para acompanhar os seus resultados, mas sim avalia o status de saúde global de pacientes em cuidados ambulatoriais, usando diferentes amostras de

pacientes que estão fazendo uma consulta ambulatorial. Uma alternativa à abordagem é a de seguir uma amostra de pacientes e seus progressos ao longo do tempo.]

Antecedentes sobre este indicador: a medida do estado de saúde é o sexto item do Functional Health Survey (FHS-6 +). Ele pode ser usado para medir a função física e de saúde mental e produz dois índices: um índice de capacidade física e um índice de saúde mental. Ambos os índices podem ser classificadas em uma escala de 0 a 100 por cento da Pontuação Máxima Alcançável (PMA%). O IHI recomenda adicionar alguns dados adicionais de saúde e características demográficas na pesquisa. Os itens adicionais podem ser usados, quando necessários, para fornecer um conjunto padrão de itens e ou uma população de referência para avaliar a função do paciente.

6. Porcentagem de readmissões hospitalares

Definição: readmissão ao hospital é uma medida de ambos os cuidados recebidos no hospital e coordenação do cuidado de volta para o ambulatório e no ambulatório. A Porcentagem de readmissão hospitalar é definida como a porcentagem de pacientes que receberam alta do hospital que foram readmitidos no hospital em 30 dias.

Porcentagem de readmissão hospitalar = (Número de pacientes que receberam altas e que foram readmitidos no hospital no prazo de 30 dias após a sua alta / Número de pacientes internados) * 100

Exclusões:

- Readmissões planejadas

Periodicidade: Mensal

[Nota: Há um atraso de um mês para obter os dados necessários, devido à necessidade de se esperar por 30 dias pós-alta.]

Método de medição: A cada mês, usar o sistema de informação de admissão da sua organização para identificar os pacientes que receberam alta esse mês e também se teve uma segunda internação dentro 30 dias a contar da data da alta inicial.

Antecedentes sobre a medida: Esta é uma medida importante para indicar se mudanças para

melhorar o paciente fluxo através do sistema estão afetando negativamente o cuidado. Enquanto algumas readmissões fazem parte da assistência planejada e são desejáveis, outras podem ser indícios de uma questão de qualidade relacionada a um reduzido tempo de internação e alta precoce, o cuidado inadequado ou falta de aderência do paciente ao regime de tratamento orientado a partir da saída do hospital.

7. Confiabilidade de Condutas

Definição: A confiabilidade é definida como uma operação livre de falhas ao longo do tempo e é medida como o inverso da taxa de falha do sistema. Confiabilidade é expressa como uma taxa de falha para demonstrar a ordem de magnitude. Confiabilidade de 10^{-1} significa uma falha a cada 10 tentativas, e 10^{-2} significam cinco ou menos falhas para cada 100 tentativas.

Confiabilidade = (Número de ações que alcançam o resultado pretendido / Número de ações realizadas) * 100

Frequência: Semestral

Método de Medição: No serviço ambulatorial de oncologia, optamos pelos indicadores centrais (*Core Measures*) do QOPI (Quality Oncology Practice Initiative), um programa de qualidade sob a chancela da ASCO (American Society of Clinical Oncology) – a sociedade médica de especialistas em oncologia mais impactante.

Após cada avaliação, ao Corpo Clínico da Instituição deve ser apresentado os resultados para que os mesmos possam identificar intervenções e melhorias nos cuidados.

Antecedentes sobre o indicador: Os princípios de concepção de sistemas de confiabilidade são usados rotineiramente em muitas indústrias, como nas manufaturas e indústria de transportes aéreos, para melhorar a segurança e para compensar os limites da capacidade humana. Estudos sugerem que a maioria das organizações de saúde apresenta desempenho muito abaixo das outras indústrias e consistentemente atingem apenas um nível de 10^{-1} de confiabilidade. Os sistemas podem ser criados para aumentar a confiabilidade de processos e melhorar ambos a segurança do paciente e do staff.

8. Índice de Satisfação

Definição: Satisfação ambulatorial é definida como a porcentagem de pacientes recentes (não-cirúrgicos) com uma visita ao consultório de um médico que dão à visita a classificação mais alta de qualidade possível (ou seja, a seleção mais alta de avaliação que indica o nível máximo de avaliação) em dois itens da avaliação global padrão que avalia a qualidade da visita percebida pelo paciente.

Pontuação da Satisfação de Atendimento Ambulatorial = (Número de pacientes da clínica com avaliação máxima nos dois itens de avaliação global padrão / número total de pacientes estudados) * 100

Dois itens de Avaliação Global Padrão:

- Usando qualquer número de 0 a 10, onde 0 é o pior médico (ou profissional de saúde) possível e 10 é o melhor médico (ou profissional de saúde) possível, que número você usaria para avaliar este médico (ou profissional de saúde) durante o seu atendimento?
- Você recomendaria esse médico (ou profissional de saúde) para seus amigos e familiares?

Periodicidade: Mensal

Método de Medição: Para obter uma seleção da amostra de pacientes, será utilizada uma amostragem com baixo viés no método (ou seja, uma amostra aleatória, uma amostra sistemática, ou uma série consecutiva) para selecionar 60 pacientes que fizeram uma visita à clínica ou, será praticada durante o mês em estudo. Os dois itens de Avaliação Global Padrão serão incorporados à Pesquisa de Opinião já realizada rotineiramente no serviço, atualizando o folder para atender esse novo indicador.

Antecedentes sobre a medida: Existem muitas pesquisas de satisfação de paciente em uso. O IHI extraiu os dois itens de avaliação global padrão (listada acima) a partir da Avaliação do Consumidor dos Provedores de Saúde Hospitalar (H-CAHPS) e da Avaliação dos Consumidores dos Provedores de Saúde Ambulatorial (A-CAHPS) porque eles são semelhantes aos representados em outras questões de pesquisas de satisfação de paciente. (Para mais informações sobre CAHPS, consulte <http://www.cahps.ahrq.gov/>).

9. Índice de Experimentação

Definição: Esta medida é definida como a porcentagem dos pacientes pesquisados que responderam "fortemente concorda" a seguinte declaração no questionário de pesquisa COMO ESTÁ SUA SAÚDE: "Eles me dão exatamente a ajuda que eu quero (e necessito) exatamente quando eu quero (e necessito)".

Pontuação da Experiência do Paciente = (Número de pacientes que responderam "fortemente concorda" a declaração, "Eles me dão exatamente a ajuda que eu quero [e necessito] exatamente quando eu quero [e necessito]" / Número de pacientes pesquisados) * 100

Periodicidade: Mensal

Método de medição: Essa medida pode ser coletada separadamente ou em complemento à Pesquisa de Opinião do paciente, que é utilizada rotineiramente. Será utilizado um método de amostragem de baixo viés (ou seja, uma amostra aleatória amostra, uma amostra sistemática, ou uma série consecutiva) para selecionar 60 pacientes que fizeram uma visita à clínica ou, será praticada durante o mês em estudo.

[Nota: A frase da pesquisa Como está Sua Saúde foi modificada pelo Dr. Wasson agora se lê, "eu recebi exatamente o cuidado que eu quero (e preciso) exatamente quando e como eu quero (e preciso) dele." As taxas de resposta diferem através de sistemas baseados na carga da doença e no método de administração da pesquisa.]

10. Número de dias para agendamento da 3ª primeira consulta em um dia

Ambulatório de Especialidade – Oncologia Clínica

Definição: Esta é uma medida de acesso do paciente a uma visita ambulatorial com médico especialista, e é definido como o número de dias (incluindo fins de semana) para a próxima marcação para uma terceira primeira consulta disponível não urgente com um profissional especialista.

Dias para a Terceira próxima primeira consulta disponível = número de dias até a terceira próxima primeira consulta disponível para uma visita com o especialista em carácter não urgente

Periodicidade: Mensal

Método de Medição

1. Definir qual clínica de atendimento ambulatorial que será responsável pela operação.
2. Selecione todas as especialidades que prestam atendimento nessas unidades. Prestadores de nível médio de serviços que atendem pacientes de forma independente e têm visitas agendadas diretamente com eles são incluídos como profissionais especializados (p.ex., fisioterapia, nutricionista, psicologia).
3. Selecione um dia por semana para servir como o seu dia de referência.
4. Usando métodos manuais ou eletrônicos, contar o número de dias (incluindo fins de semana) a partir desse dia o dia em que a terceira próxima primeira consulta está disponível para visita não-urgente no consultório. Se há um desequilíbrio na disponibilidade de prestadores de serviços (tais como quando um novo médico se junta a clínica), a média ponderada pode ser utilizada através do cálculo da próxima terceira primeira consulta disponível para cada médico e, em seguida, criar uma média ponderada de acordo com a disponibilidade levantada.
5. Calcule o valor para o mês (com base na média semanal de dias).

Antecedentes sobre a medida: a convenção da "terceira próxima disponível" foi popularizada nos E.U., baseado no trabalho do IHI com Mark Murray, MD, e Catherine Tantau. É preferível usar esta medida porque tem menor variabilidade do que a "próxima disponível".

11. Dias hospitalares por paciente falecido nos últimos seis meses de vida

Definição: O número de dias em um hospital durante os últimos seis meses de vida do paciente.

Dias de Hospital por uma pessoa falecida durante os últimos seis meses de vida =
Total de dias para todas as internações hospitalares de pacientes nos últimos seis
meses de vida

[Nota: Total de dias é o resultado de ambos o número de internações e o tempo médio de permanência por internação.]

Frequência: Anualmente

Método de medição: Todos estes métodos são únicos para o interesse. Nos E.U. o cálculo desta medida exige quantidades massivas de dados ao nível do paciente. Algumas organizações estão coletando dados locais de frequência para medir suas melhorias. Embora estes dados não sejam idênticos, eles promovem uma organização com as bases para medidas mais frequentes para informar os esforços de melhoria.

Na instituição em estudo será realizado o levantamento da base de dados dos registros das internações dos pacientes e o cruzamento com os óbitos registrados. A contagem retrospectiva a partir da data do óbito, nos seis últimos meses de vida, serão levantadas, para contagem do número de internações e dias de permanência por internação.

12. Custo per Capita

Definição: Esta medida representa o total dos gastos com saúde para um grupo de pessoas que vivem em uma área geográfica definida.

Custo de Saúde per Capita = soma de todos os gastos com saúde para um grupo de pessoas que vivem em uma área geográfica definida / Número de pessoas na área geográfica definida

Frequência: Anual (ou mais frequentemente, se possível)

Método de medição: Todos estes métodos são únicos para o interesse. Nos E.U., o cálculo desta medida exige quantidades massivas de dados ao nível do paciente e só pode ser feito através do departamento administrativo.

Antecedentes sobre a medida: O Atlas Dartmouth (<http://www.dartmouthatlas.org>), desenvolveu um método para estimar o custo por capita nos Estados Unidos, que se baseia em dados do Medicare. O custo per-capita do Dr. John Wennberg reflete a soma das despesas de cuidados de saúde para as principais categorias de cuidados, tais como serviços de internamento, atendimento ambulatorial, exames de diagnóstico e cuidados de enfermagem especializados. Estes dados são publicados anualmente no Atlas Dartmouth.

13. Equidade

Definição: É difícil criar uma medida primária para equidade. A equidade é medida pela estratificação do Whole System Measures, quando possível, em subpopulações que se diferenciam por sexo, idade, renda, ou grupos raciais, por exemplo.

Equity = A diferença no resultado de uma medida de todo o sistema estratificado por diferentes subpopulações

Periodicidade: Mensal

[Nota: Se a amostra é pequena e não pode ser dividida em subpopulações, devido à falta de representação adequada, dados mensais deverão ser agregados e revistos trimestralmente.]

Método de medição: Sempre que possível, cada Whole System Measure deverá ser estratificado por subpopulação. O objetivo é conduzir a diferença de resultados entre as subpopulações à zero.

VIII. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Martin LA, Nelson EC, Lloyd RC, Nolan TW. *Whole System Measures*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007. (Available on www.IHI.org)
- 2) Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century / Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine.
- 3) *Going Lean in Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005. (Available on www.IHI.org)
- 4) Provost L, Miller D, Reinertsen J. *A Framework for Leadership of Improvement*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; February 2006.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/EmergingContent/AFrameworkforLeadershipofImprovement.htm>.
- 5) Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin F. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2004.
<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.htm>.
- 6) Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- 7) Nelson EC, Batalden PB, Ryer JC. *Clinical Improvement Action Guide*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.
- 8) Wennberg J. The Dartmouth Atlas of Health Care. Online information retrieved June 12, 2007. <http://www.dartmouthatlas.org/index.shtm>.
- 9) Nolan TW. Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007. Online information retrieved September 24, 2007.
<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.htm>.
- 10) The 5 Million Lives Campaign is a voluntary initiative to protect patients from five million incidents of medical harm over a two-year period (December 2006 to December 2008). Online information retrieved September 24, 2007.
<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>.
- 11) Griffin F, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement;

2007. Online information retrieved September 24, 2007.

<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.htm>.

- 12) US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Forms for Recording Work-Related Injuries and Illnesses. Online information retrieved September 24, 2007. <http://www.osha.gov/recordkeeping/new-osha300form1-1-04.pdf>.
- 13) The Joint Commission. Facts About ORYX® for Hospitals, Core Measures and Hospital Quality Measures. Online information retrieved September 24, 2007.
http://www.jointcommission.org/NewsRoom/PressKits/AnnualReport/ar_facts_oryx.htm.
- 14) Wasson J. How's Your Health. Online information retrieved September 24, 2007.
<http://www.howsyourhealth.org>.
- 15) Murray M, Tantau C. Must patients wait? Joint Commission Journal on Quality Improvement. 1998 Aug; 24(8):423-425.
- 16) Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. *Leadership Guide to Patient Safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006. (Available on www.IHI.org)
- 17) Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007. (Available on www.IHI.org)
- 18) Baker N, Whittington JW, Resar RK, Griffin FA, Nolan KM. Reducing Costs Through the Appropriate Use of Specialty Services. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. (Available on www.IHI.org)

ANEXOS

ANEXO 1 - IMPLEMENTANDO O BÁSICO: GLOBAL TRIGGER TOOL

O GTT do IHI promove um método útil para identificar eventos adversos (EA, danos). O trigger tool do IHI foi escolhido para ajudar a identificar áreas para melhorias e medir a taxa de EA com o tempo. A metodologia “trigger tool” utiliza uma revisão retrospectiva de prontuários randomicamente selecionados usando “triggers” (ou pistas) para detectar EA. A metodologia foi escolhida para ajudar a identificar áreas de melhora e desafiar os níveis de danos, para criar a capacidade de triar e conduzir os EA além dos tradicionais relatórios incidentais, e medir a efetividade de um programa de segurança.

O GTT foi desenvolvido de vários caminhos (eventos adversos à drogas [EAD], Unidades de Terapia Intensiva [UTI], perinatal, etc.) desenvolvido pelo IHI de 1998 em diante, e foi baseado em uma conduta automatizada utilizada pelo Intermountain Healthcare (em Salt Lake City, UT) para a melhoria na detecção e caracterização de EA em pacientes internados. Encontrou-se que pesquisando 14 triggers, usando o sistema de informação do hospital baseado em tempo-real, identificou a maioria dos EA no hospital, e também permitiu a mitigação de alguns dos eventos.

Do ponto de vista prático, o use de trigger tools é citado em vários fóruns como um método que pode ser usado para preencher as especificações de padronização usadas para sistemas de certificação ou garantias de qualidade. As organizações de saúde deveriam sistematicamente identificar e mitigar os riscos de segurança e perigos com uma conduta integrada para continuamente reduzir os danos preveníveis para os pacientes.

PASSO A PASSO PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Passo 1: o início

1. Apontar um responsável pelo projeto para coordenação dos recursos (revisores, coletores de dados, e desenvolver a metodologia de amostragem de coleta de prontuários)
2. Engajar um Diretor para patrocinar e tornar os recursos disponíveis e ser o responsável pela disseminação dados.
3. Delinear o processo para o seu hospital com indicações claras para o tempo de entregas e responsabilidades pessoais.

Passo 2: Selecionar e Desenvolver um Time

Um time é tipicamente composto por 2 revisores primários e um médico. O gerente do projeto deveria ter habilidade e experiência para coordenar, e assegurar que milestones e o tempo de entrega sejam preenchidos. Os revisores primários deveriam ter conhecimento de EA (farmacêuticas, fisioterapeutas ou enfermeiras). As enfermeiras deveriam ser aquelas que têm conhecimento sobre as doenças e como os prontuários são desenhados e utilizados no hospital. Os médicos deveriam ter credibilidade e ampla experiência clínica para que seja o melhor valor para a Instituição na implementação do Global Trigger Tool.

Passo 3: Treinando o Time

1. Leitura preliminar: um pré-requisito e que o time leia e compreenda o “IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events.”
2. Prontuários para treinamento inicial: Usando o conceito do IHI, o time de trabalhar em 05 prontuários selecionados.
3. Facilitação do Treinamento: uma discussão facilitada e a revisão dos prontuários e pontos chaves da aprendizagem devem ser feita com o médico revisor do GTT.

Passo 4: Revisão Prática de 20 Prontuários Médicos

1. Uma técnica de amostragem randômica para a Instituição para selecionar os prontuários dos pacientes para serem revisados é aconselhável.
2. Vinte prontuários médicos, baseados na metodologia do IHI, são selecionados.
3. O time treinado revisa os 20 prontuários, para triggers específicos, determina quais danos existem e indica o nível de severidade dos danos.
4. Discussões interativas, após os prontuários serem revistos independentemente, idealmente deveriam ocorrer com alguém familiarizado com o GTT para aperfeiçoar a compreensão e melhorar a habilidade do time. Alguns dos primeiros prontuários devem ser catalogados e salvos para treinamentos de novas enfermeiras e médicos quando necessário.

Passo 5: Desenhando e Desenvolvendo o Processo do GTT

1. Desenvolva um sistema simples de coleta de dados. O básico deve incluir os tipos de eventos detectados e os eventos percorridos nos prontuários (EA/1000

consultas, EA/1000 dias, eventos/100 internações, e porcentagem de admissões por eventos).

2. Articule processos fáceis para o treinamento de novos revisores e os termos do serviço.
3. Desenvolva um sistema de feedback para permitir que os achados do GTT sejam usados para melhorias na qualidade e sejam reportados aos Diretores.

Passo 6: Instruções iniciais para o Líder

O objetivo da apresentação inicial para os líderes sêniores é para criar o entendimento da implementação, metodologia, e o valor do GTT. Ultimamente, o propósito é engajar esses líderes na melhoria da performance e alistá-los na busca de danos. O que se segue são pontos específicos que deveriam ser comunicados para os líderes seniores:

1. Defina um valor chave para a ferramenta. Ela mede o dano sobre o tempo, que promove um indicador de efetividade de trabalho seguro dentro da organização. Processos estatísticos de controle de prontuários podem ser usados para identificar variações e se ocorrem devido a causas normais ou por intervenções de segurança.
2. Explique como os resultados do GTT são um indicador de “performance sistêmica”, e não uma performance individual.
3. Ilustre como o GTT pode complementar relatórios incidentais, se eventos sentinelas, reclamações, queixas, e revisões de prontuários.
4. Explique como a técnica randômica vai eliminar a seleção de viés, e permitir procurar e dirigir melhorias estratégicas com o tempo.
5. Mostrar como priorizar a alocação de recursos para otimizar o impacto que iniciativas de segurança para o paciente possam ocorrer.
6. Facilitar a discussão de que o GTT não possa ser usado com uma ferramenta de benchmarking.
7. Explicar por que a organização não deveria submeter não deveria submeter a informação para revisores estatísticos porque os EA frequentemente refletem o sistema, ao invés de uma falha individual.
8. Amarre a relevância do GTT com as ferramentas de avaliação de qualidade e explicita porque são necessárias para líderes administrativos e agências reguladoras.

Passo 7: Implementação formal do Programa GTT

Os elementos ideais de sustentabilidade do Programa GTT são:

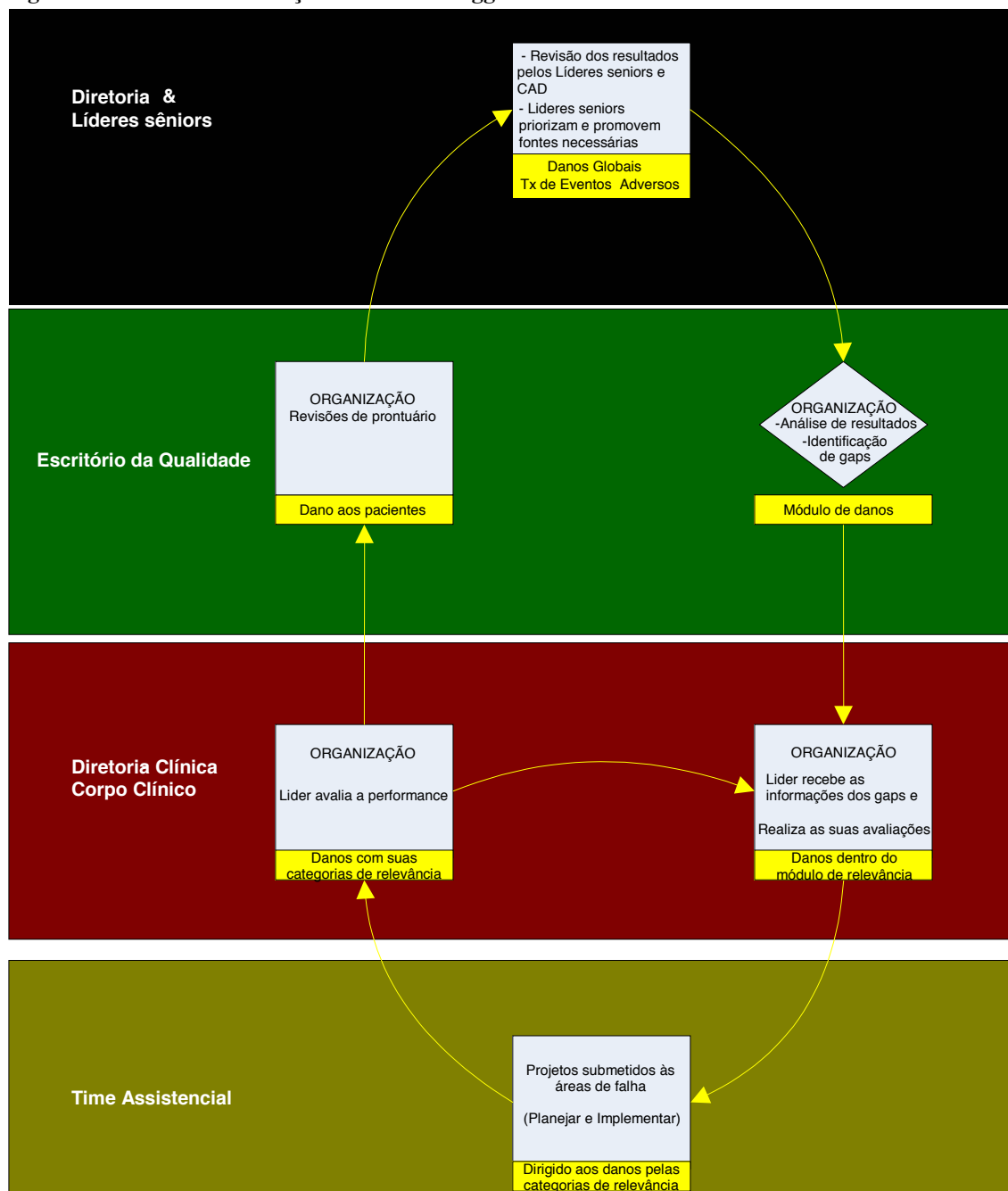
- Mínimo de 1 ano de comprometimento dos revisores de prontuário.
- Médico autenticador assegurar consistência e arbitrar as diferenças entre os revisores de prontuário.
- Programa de treinamento que inclua um plano para novos revisores.
- Líder do programa.
- Diretor patrocinador.
- Relacionar os resultados com programas de melhoria de performance.
- Trimestralmente reportar aos líderes seniors e diretoria.
- Alocação e priorização de recursos para implementar e sustentar o GTT com uma medicação global de efetividade do sistema de segurança da organização.

Passo 8: Montando o Fluxo da Informação da Organização

Uma vez que o sistema foi montado, existirá o fluxo de informação do paciente do escritório de qualidade, pela diretoria, até o time de implementação de melhorias. Esse fluxo de informação demanda que preocupações de problemas tenham conhecimento através do uso do GTT e que líderes estejam envolvidos para tornar um time responsável tome ações, corrija problemas, e tenha melhorias contínuas na qualidade globalmente. A figura 1 descreve uma proposta do fluxo de informação.

Uma organização deveria decidir o nível da cascata de transparência, da diretoria até o staff de atendimento primário. Por exemplo, o staff de atendimento primário necessita saber o nível global de danos da organização ou uma intervenção alvo específica para reduzir danos (p.ex., o gerenciamento dos anticoagulantes pela equipe de farmácia para reduzir os sangramentos e as transfusões)?

Figura 3 – Fluxo de informação do Global Trigger Tool



RESULTADOS

Os resultados da implementação do GTT em grandes organizações de saúde promoveram grandes lições aprendidas, informação de custos, e a reprodutibilidade de dados entre os membros de times.

Lições aprendidas:

1. Estabelecer umas “questões freqüentemente realizadas” para dar consistência interna na identificação de danos.

2. Sucesso requer a educação do líder sênior, sua preocupação, e seu consentimento antes da implementação,
3. É recomendado que os revisores de prontuário tenham no mínimo 5 anos de experiência, preferivelmente em departamentos de emergência ou de cuidados críticos, e experiência prévia em revisão de prontuário.
4. O IHI White paper é um excelente guia para dar consciência, promover treinamento, e implementar o processo.
5. Os revisores de prontuário necessitam de um mínimo de 3 a 4 meses de experiência revendo prontuários para começarem a ganhar consistência.
6. Os dados podem ser agregados e reportados sem base de dados sofisticada utilizando apenas planilhas; entretanto, o rastreamento e as tendências são simplificados utilizando um banco de dados sobre um período de tempo.
7. Opcional, apesar de útil, é um treinamento de revisão introdutória de 20-40 minutos na reunião de revisão pelo médico auditor.
8. Criar uma “conversa de elevador” também é muito útil. Frequentemente médicos e enfermeiras revisoras são questionadas à explicar o propósito do GTT, então promovê-las com uma instrução de 15 segundos é útil.
9. É importante desenvolver uma linha do tempo para coordenar e criar confiabilidade para a randomização, seleção, revisão de prontuários, a autenticação do médico, a geração de relatório, as análises e a disponibilização dos relatórios para os comitês de segurança e qualidade.

IMPLEMENTAÇÃO DOS DADOS

Custos

Os custos estimados no IOV SJC foram de _____ mês. O custo do time foi de _____ mês. Estes custos incluíam o médico, enfermeiros, custos de trabalho, suporte para a decisão clínica, e suporte para as informações na solicitação de prontuários quando necessários.

Reprodutibilidade dos dados

A reprodutibilidade entre os revisores será testada após 04 meses, e deverá atingir > 90% nos revisores entre si (enfermeiros/farmacêuticos) e também deverá atingir > 90% entre o médico e os revisores.

Taxa de Eventos Adversos

Os danos serão comparados com as taxas internacionais do IHI.

CONCLUSÃO

As organizações de saúde estão começando a selecionar entre os vários padrões, incentivos, e oportunidades de trabalho focadas em modelos de cuidados centrados-nos-pacientes ao invés de simplesmente satisfazer os interesses competitivos. O valor do paciente é definido como resultados por paciente por unidade de custo ao nível de condição médica, ao invés do ciclo de tempo e cuidado gasto com ele. Os provedores de saúde, fontes pagadoras, e os políticos devem entender que as cinco dimensões (segurança, eficiência, eficácia, centralização no paciente, acessibilidade e equidade) ao nível do paciente e em nível nacional e suas implicações promovem valor aos pacientes.

ANEXO 2 – EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

ICV INSTITUTO CARIÓTIPO E GENÉTICA

EVOLUÇÃO () MÉDICA () EQ. MULTIPROFISSIONAL

Nome: _____ Prontuário: _____

DATA: ____/____/____
 PULSO: _____ bpm
 PA: ____ X ____ mmHg
 PESO: _____ Kg
 ALTURA: _____ cm
 Tax: ____ RC FR: ____ bpm

Assi. e carimbo

Avaliação Clínica
 ECOG: () 0 () 1 () 2 () 3
 DOR: () Não () Leve
 () Moderada () Severa
 CÂNDICE: _____
 CONSTIPAÇÃO: () Não () Sim
 LAXATIVO: _____

Intercorrências
 VISITA AO P.S.: () Não () Sim
 DATA: ____/____/____
 MOTIVO: _____
 INTERNAÇÃO: () Não () Sim
 PERÍODO: ____/____ a ____/____
 MOTIVO: _____
 CIRURGIA: () Não () Sim
 DATA: ____/____/____
 MOTIVO: _____

EXAMES LABORATORIAIS
 ANORMAIS: () Não () Sim
 MEDICAÇÕES EM USO: _____

MEDICAÇÃO SUSPensa: _____

RECLAMAÇÃO: _____

PRÓXIMA CONSULTA: _____

AGENDAR QT PARA: ____/____/____

EXAMES SOLICITADOS:
 () Sangue (especificar S/N): _____
 _____ Data coleta: ____/____/____
 () Tomografia: _____
 () Ressonância: _____
 () RX: _____
 () US: _____
 () Cintilografia () Pet CT _____
 () Outros: _____

ENCAMINHAMENTOS:
 CATETER: () PORT-a-CATH () INTRACATH
 OUTRO PROFISSIONAL: _____

SITUAÇÃO ATUAL DO TRATAMENTO:
 () Início de tratamento () Continuidade de tratamento
 () Mudança de protocolo () Término de tratamento
 () Reinício de tratamento (após recidiva/progressão)
 () Não agendar mais QT () Enviar p/ reunião clínica

ORIENTAÇÕES:
 () Orientação sobre HT () Aconselhamento genético
 () Orientação sobre QT oral () Notificar OCI

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:
 () Fisioterapia () Farmacêutica () Serviço social
 () Nutrição () Psicologia () Oficina cessação tabaco

OBS: _____

ASSINAR E CARIMBAR

ANEXO 3 – POP GLOBAL TRIGGER TOOL - IOV SJC

	NOME DO PROCESSO PRIMÁRIO ATENDIMENTO PROFISSIONAL	CODIGO X-XX-XXX	
		Revisão	Página
		Nº: 0	1/5
PLANO DE COLETA DE DADOS – GLOBAL TRIGGER TOOL IOV SJC (BASEADO NA METODOLOGIA GLOBAL TRIGGER TOOL IHI)			
Elaborado por: <i>Henrique Zanoni Fernandes</i>		Data: 04/06/2010	
Revisão (proprietário do Processo Primário): <i>Diretor Clínico</i>		Data:	
Revisão (proprietário do Processo Secundário): <i>Diretor Executivo</i>		Data:	
Aprovação: <i>Presidente da CEO</i>		Data:	

1. OBJETIVO

Padronizar o IOV SJC no processo de coleta de dados baseado na metodologia (versão 2007) Global Trigger Tools (GTT) do Institute for Healthcare Improvement (IHI). Todas as referências para Danos ou Eventos Adversos são “definidos pelo IHI”.

2. POLÍTICA

O processo de coleta de dados deverá ser realizada duas vezes por mês no IOV SJC.

- “FOLHA DE TRABALHO - Global Trigger Tool - IOV SJC” é uma modificação da “IHI Global Trigger Tool Worksheet”.
- “FOLHA RESUMO DE REVISÃO DE EVENTOS ADVERSOS - Global Trigger Tool - IOV SJC” é uma modificação da “IHI Global Trigger Tool Adverse Event Review Summary Sheet”.

3. PROCEDIMENTO

Seguir a metodologia “IHI Global Trigger Tool (2007) White Paper”.

4. ANEXOS

Liste anexos na ordem que eles se apresentam no corpo do POP
Exemplos: documentos necessários ao POP, check lists...

5. RESPONSABILIDADES E PROCEDIMENTOS

5.1. Ação - PRÉ-TRABALHO

Informação Estratégica

1. Acessar o Sistema Clínico Integrado (SCI) para selecionar pacientes que passaram em consulta há mais de 30 dias (p.ex., se a revisão for em Dezembro, selecionar prontuários de pacientes do mês de Outubro).
2. Estratificar prontuários que incluam apenas o seguinte:
 - a) Estejam completamente preenchidos (AJCC, Anamnese e Evolução Médica).
3. Conduzir um processo de seleção randomizada. A ferramenta de randomização disponível no site <http://www.randomizer.org/form.htm> auxiliará na seleção randômica de prontuários de pacientes para a revisão de triggers.
 - a) O número de prontuário de pacientes para cada período de auditoria é vinte (20).

- b) Dois (02) prontuários extras devem ser adicionados aos 20 iniciais caso descubra um prontuário na amostragem não preencher os critério de inclusão na hora da revisão.
- 4. Verificar se os pacientes preenchem a lista de critério de inclusão.
- 5. Enviar uma lista dos prontuários selecionados via e-mail para o Diretor Clínico.

5.2. Ação - REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Revisores

- 6. Verificar que os vinte (20) prontuário da lista preencham os critérios prévios para a revisão;
 - 7. Revisar todos os prontuários independentemente utilizando a “FOLHA DE TRABALHO - Global Trigger Tool - IOV SJC” como indicado - um mínimo de 2 Revisores.
 - a) Cuidados - todos os prontuários
 - b) Medicação - todos os prontuários
 - c) Pronto Socorro - quando aplicável
 - 8. Revisar procurando pela presença de triggers (pistas). Um máximo de vinte (20) minutos é permitido para a revisão de cada paciente. Referir ao “IHI Global Trigger Tool Guide” para determina a presença de um trigger positivo e um evento adverso. *Um evento adverso (Dano); “injúria física não-intencionada resultante de ou contribuída pro um cuidado médico que necessite monitorização adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulte em morte.”* (Institute for Healthcare Improvement, IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events, Innovation Series 2007, p 4). Pontos-chave encontrados nos prontuários que devem ser úteis quando revisados são:
 - a) Relatórios de alta
 - b) Receitas médicas feitas por outros médicos
 - c) Relatórios de cirurgias
 - d) Anotações de enfermagem
 - e) Anotações das Evoluções Médicas
 - f) Se o tempo permitir, qualquer outras áreas do prontuário (i.e. História & Exame Físico, Atendimento Multidisciplinar)
 - 9. Revisar porções relevantes dos prontuários quando um trigger positivo é identificado.
 - a) Documentar que o paciente experimentou um dano de um cuidado médico e que este poderia estar presente com um evento adverso.
 - b) Um evento adverso descoberto sem um trigger poderia ser incluído quando encontrado nos prontuários.
- Triggers indentificam eventos que podem ser o resultado de um dano, entretanto um trigger nem sempre implica em dano e/ou na ocorrência de um evento adverso.
 - Quando um trigger é encontrado ele dever ser prontamente investigada a causa pelo revisor e se o trigger resultou em dano.

- Um trigger pode ser encontrado em um prontuário sem evidência (documentação) de um evento adverso/dano ao paciente; ele pode ser considerado “sem dano” e não é categorizado.
 - Mais de um trigger pode ser encontrado na documentação. Cada um deve ser anotado na folha de trabalho. Quando um dano é associado a um trigger(s), cada trigger com dano deve ser categorizado separadamente ao menos que os trigger estejam interrelacionados a um dano específico.
10. Anotar os achados de informações enquanto revisar os prontuários.
 - a) Coloque um check na coluna do documento “FOLHA DE TRABALHO - Global Trigger Tool - IOV SJC”.
 - b) Se um evento adverso for indentificado, anotar a sua descrição e a Categoria do Dano E até I adaptado do National Coordinating Concil for Medication Error Reporting and Prevention (NCC - MERP) Index em uma coluna apropriada da “FOLHA DE TRABALHO - Global Trigger Tool - IOV SJC”.
 - c) Resumo dos casos com informações/anotações adicionais ou questões nas costas da FOLHA DE TRABALHO para discussões futuras.
 11. Chegar em consenso após revisões dos prontuários independentemente.
 12. Registrar os achados na “FOLHA RESUMO DE REVISÃO DE EVENTOS ADVERSOS - Global Trigger Tool - IOV SJC” que está disponível para os Revisores durante discussão com o Médico Autenticador.
 13. Registrar Categoria “outside” se o evento adverso ocorreu antes da abertura de um prontuário do paciente.
 14. Registrar “Readmissão” se relacionado a um evento adverso.

Médico Autenticador

15. Encontrar com os Revisores
 - a) Revisar o relatório de consenso.
 1. Folha de Resumo, Folhas de Trabalho individual, anotações e prontuários de pacientes disponíveis para referência e esclarecimento.
 - b) Autenticar o consenso dos danos/eventos dos dois Revisores e atingir uma concordância final no tipo, número e severidade dos eventos.
 - c) Ajustar os eventos adversos com a categoria de danos NCC-MERP se necessário.
 1. Categoria E: Dano temporário ao paciente e que necessitou de intervenção.
 2. Categoria F: Dano temporário ao paciente e que necessitou de hospitalização inicial ou prolongada.
 3. Categoria G: Dano permanente ao paciente.

4. Categoria H: Intervenção necessária para manter a vida.
5. Categoria I: Morte do paciente.

5.3. *Ação* - ENTRADA DE DADOS

Revisores

16. Entrar os dados no banco de dados
17. Reunir todas as FOLHAS DE TRABALHO, RESUMOS e anotações relacionadas às revisões de prontuários (Danos definidos pelo IHI é um indicador de nível sistêmico que não necessita de identificações dos pacientes ou dos revisores).

5.4. *Ação* - SUPORTE PARA DECISÃO CLÍNICA

Analista do Banco de Dados

18. Criar os gráficos de tendência:
 - a) Eventos Adversos/1000 casos
 - b) Eventos Adversos/100 admissões hospitalares
 - c) Porcentagem de admissões com um evento adverso
19. Criar outros gráficos que julgar necessário.
20. Travar banco de dados dentro de 30 dias.
21. Salvar os gráficos, materiais, etc em arquivo apropriado.

5.5. *Ação* - REPORTANDO DADOS

Analista das Decisões Clínicas

22. Analizar os dados e tendências e rever todos os relatórios.
23. Fazer recomendações quando indicado.
24. Submeter dados, gráficos de tendências e recomendações para a Comissão Executiva da Qualidade(CEQ).

Comissão Executiva da Qualidade (CEQ)

25. Apresentar para o Conselho Administrativo (CAD).

ANEXO 4 - GUIDELINE - IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events**IHI GLOBAL TRIGGER TOOL for Measuring Adverse Events**

**Segunda Edição,
Séries Inovação 2009
(Traduzido em junho/2010)**

O IHI é uma organização sem fins lucrativos que tem a intenção de levar melhoria no cuidado da saúde em todo o mundo. O IHI contribui para acelerar mudanças cultivando conceitos promissores para melhorar o cuidado aos pacientes e transformar idéias em ação. Milhares provedores de saúde participam do trabalho inovador do IHI.

O IHI desenvolveu a Série Inovações como um meio para avançar a nossa missão. As idéias e descobertas nestes papers representam um trabalho inovador do IHI e das organizações com quem queremos colaborar. Os nossos papers são destinados a compartilhar os problemas e o IHI está trabalhando para resolver estas idéias. Estamos desenvolvendo e testando para ajudar as organizações a encurtar os caminhos para melhorias, e resultados precoces onde eles existirem.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os esforços tradicionais para detectar eventos adversos sempre focalizaram reportes voluntários de informação e acompanhamento de erros. No entanto, da saúde pública pesquisadores estabeleceram que apenas 10 a 20 por cento dos erros são sempre comunicados e, destes, 90 a 95 por cento não provocam danos aos pacientes. Os Serviços de Saúde precisam de uma forma mais eficaz para identificar eventos que causem danos aos pacientes para quantificar o grau e a gravidade do dano, para selecionarem e testar mudanças para reduzir os danos. O IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events proporciona um método de fácil utilização para acuradamente identificar eventos adversos (danos) e medir a taxa de Eventos adversos ao longo do tempo. Acompanhar eventos adversos ao longo do tempo é um meio útil para dizer se mudanças que estão sendo feitas estão melhorando a segurança dos processos assistenciais. A metodologia Trigger Tool é uma revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de registros de pacientes usando “triggers” (ou pistas) para identificar possíveis eventos adversos. Muitos hospitais têm utilizado este instrumento para identificar Eventos adversos, para avaliar o nível de dano de cada evento adverso, e determinar se os eventos adversos estão reduzindo ao longo do tempo como resultado dos esforços em melhoria. É importante notar, entretanto, que o IHI Global Trigger Tool não pretende identificar todos os eventos adversos em um único prontuário. A metodologia recomenda tempo limite para revisão, e a seleção randômica prontuários é designada para produzir uma amostragem que é suficiente para determinar as taxas de danos e observar melhora ao longo do tempo. Este paper é designado para fornecer informações compreensivas sobre o desenvolvimento e a metodologia do IHI Global Trigger Tool, com instruções passo-a-passo de uso da ferramenta para medir os efeitos adversos.

Índice

- I. Histórico
 - A. História
 - B. Dano versus Erro
 - C. Definição de um Evento Adverso
 - D. Comissão versus Omissão
 - E. Previsibilidade
 - F. Níveis de Severidade
 - G. Seleção de Trigger
- II. Regras e Métodos
 - A. Time Revisor
 - B. Amostragem de Prontuário de Paciente
 - C. Processo de Revisão
 - D. Determinação de um Evento Adverso
 - E. Coleta de Dados
- III. Triggers e Definições
 - A. Triggers do Módulo Cuidados
 - B. Triggers do Módulo Medicação
 - C. Triggers do Módulo Cirúrgico
 - D. Triggers do Módulo Pronto Atendimento
- IV. Treinamento

- A. Considerações Gerais
- B. Leitura do IHI Global Trigger Tool
- C. Fase 1: Treinamento com registros
- D. Fase 2: Revisão Prática
- V. Dicas para a Liderança
- VI. Conclusões

I. Histórico

A. História

Tentativas convencionais de quantificar os eventos adversos têm incluído relatórios de incidentes voluntários, retrospectivas ou revisão de prontuários (e por vezes suplementado pela vigilância “a beira do leito”), e captação de eventos da observação bases de dados. O conceito de “trigger” (ou pista) para a identificação Eventos adversos na ficha médica foi introduzido pelo Jick Classen em 1974. Classen a refinou e automatizou a abordagem utilizando triggers eletrônicos em um sistema de informação integrado de um hospital integrado com os prontuários para identificar e analisar os mesmos registros dos eventos adversos. A utilização de triggers com a revisão manual de prontuários foi inicialmente desenvolvido pelo IHI em 1999 para identificar apenas eventos adversos relacionados à medicação; adaptação à metodologia para outras áreas de um hospital, tais como cuidados intensivos se seguiram. Publicações recentes descrevem o desenvolvimento e utilização de Triggers Tools. Subseqüentemente, o IHI desenvolveu o IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events para identificar Eventos adversos em pacientes adultos, com algumas exclusões, em um hospital.

B. Danos versus Erros

O objetivo global da melhoria da segurança dos cuidados de saúde é reduzir o prejuízo ou dano ao paciente, o que reforça a importância da distinção entre erros e danos. Embora detecção e análise dos erros sejam importantes no entendimento dos aspectos com tendências-de-falha das entrega dos sistemas de saúde e no desenho das estratégias de prevenção e mitigação destas falhas, existe valor especial em quantificar o dano real. Erros médicos são falhas nos processos de atenção e, ao mesmo tempo em que têm potencial para ser prejudicial, inúmeros relatórios mostram que são muitas vezes não relacionado com a injúria aos pacientes. Devido aos eventos de danos serem claramente resultados clínicos, está particularmente susceptível de que, simultaneamente, os clínicos e administradores analisem profundamente os fatores do sistema que levaram ao evento adverso, com uma evidente vocação para a melhoria dos resultados para o paciente. Por se concentrar sobre os eventos vividos na prática, um Serviço de Saúde pode começar a criar uma cultura de segurança que desloca a culpa individual dos erros para um sistema compreensivamente redesenhado que reduza o prejuízos aos

pacientes. Para enfrentar a clara necessidade de quantificar os resultados adversos ao paciente, o IHI Global Trigger Tool enfoca a identificação de dano ou prejuízo ao paciente.

C. Definição de um Evento Adverso

Qualquer esforço para identificar danos exige uma definição clara do que é um evento adverso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define um evento ao uso de uma droga como:

“Nociva e involuntária e ocorra com doses utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia, ou modificação de funções fisiológicas.”

O IHI Global Trigger Tool inclui estes tipos de eventos, mas vai além de medicações para incluir qualquer evento nocivo ou involuntário ocorrido em associação com cuidados médicos.

No IHI Global Trigger Tool, a definição utilizada para dano é a seguinte: danos físicos resultantes de ou contribuídos por cuidados médicos que necessitem de monitoramento adicional, tratamento ou internação, ou que resulte em morte.

D. Comissão versus Omissão

O IHI Global Trigger Tool enfoca e inclui apenas aqueles eventos adversos relacionados à prestação de cuidados (comissão) e exclui, tanto quanto possível, as questões relacionadas aos cuidados não-padrões (omissão). Enquanto Eventos adversos devido à omissão de tratamentos baseados-em-evidências ocorrem habitualmente e deve ser um foco na melhoria da qualidade, não é o foco dos indicadores do IHI Global Trigger Tool. Por exemplo, um paciente não convenientemente tratado para hipertensão que posteriormente sofreu um derrame certamente tem uma catástrofe médica relacionada aos mal cuidados, mas não seriam consideradas como tendo um evento adverso utilizando a definição do IHI Global Trigger Tool porque o evento está relacionada com a omissão de um cuidado baseado-em-evidências. No entanto, o paciente a quem foram administrados anticoagulantes que subsequente sofreu um derrame seria considerado como tendo um evento adverso têm sofrido com o IHI Global Trigger Tool porque o uso do anticoagulante (comissão) causou o evento. Durante a revisão dos prontuários, atos de omissão podem ser notados e podem ser submetidos a outros como oportunidades de melhoria.

E. Previsibilidade

O IHI Global Trigger Tool inclui todos os eventos adversos - quer dizer, eventos cujas consequências não-intencionadas de cuidados médicos, se evitável ou não. Não deveria haver qualquer tentativa dos revisores em determinar a previsibilidade durante uma revisão com o IHI Global Trigger Tool. Se evento adverso ocorreu ele é, por definição, dano. É

possível argumentar que “eventos não-previsíveis” de hoje estão distante apenas de uma inovação para serem evitáveis. O IHI Global Trigger Tool é desenhado para ser um método de medição de danos ao longo do tempo. Se a definição de eventos incluídos constantemente mudar em função do que for previsível, a medida ao longo do tempo se tornaria insignificante.

F. Níveis de Severidade

O IHI Global Trigger Tool adapta a classificação do Índice para Categorização de Erros do NCC MERP – Conselho Nacional de Coordenação para Prevenção e Reporte de Erros de Medicação. Apesar de originalmente desenvolvido para classificar os erros de medicação, essas definições podem ser facilmente aplicado a qualquer tipo de erro ou efeito adverso.

O IHI Global Trigger Tool conta apenas os eventos adversos: dano ao paciente (conforme definido acima), sendo ou não resultado de um erro. Assim, o instrumento exclui as seguintes categorias do Índice do NCC MERP porque estas categorias descrever erros que não causam dano:

- Categoria A: Circunstâncias ou acontecimentos que têm a capacidade de causar erro.
- Categoria B: um erro que não atingiu o paciente.
- Categoria C: um erro que atingiu o paciente, mas não causou dano
- Categoria D: um erro que atingiu o paciente e necessitou de monitoramento ou intervenção para confirmar que não resultou dano ao paciente.

Esta ferramenta utiliza as categorias E, F, G, H, e I do Índice do NCC MERP porque estas categorias descrevem dano. (Note que conforme o NCC MERP “um erro que contribuiu para ou resultou em...” foi suprimido, uma vez que Trigger Tools não se concentram em erros.)

- Categoria E: dano temporário ao paciente e necessita intervenção
- Categoria F: dano temporário ao paciente e exigiu hospitalização inicial ou prolongada
- Categoria G: dano permanente ao paciente
- Categoria H: intervenção necessária para sustentar vida
- Categoria I: morte do paciente

G. Seleção de Trigger

O IHI desenvolveu os triggers utilizados no IHI Global Trigger Tool pela revisão da literatura sobre eventos adversos em diversas áreas hospitalares. O IHI então testou estes em centenas de hospitais que utilizam diversos triggers tools (Eventos Adversos a Drogas, Cirúrgicos, Perinatal, Tratamento Intensivo). O IHI desenvolveu o IHI Trigger Tool utilizando módulos que correspondem a estes triggers tools antecedentes e tem acrescentado, suprimido e ajustado os triggers com o tempo para refletir as alterações nos tratamentos e tipos de Eventos adversos sendo identificados em campo.

II. **Regras e Métodos**

O IHI Global Trigger Tool exige análise manual dos prontuários completos (preenchimento completo, tratamento, resumos e codificações). Esta seção do manual explica os processos de seleção e revisão física e determinar se Eventos adversos ocorreram.

A. Time Revisor

O time revisor deveria consistir de, no mínimo, três pessoas:

- 1) *Dois revisores primários que tenham experiência e conhecimentos sobre o conteúdo e a apresentação dos prontuários do serviço, bem como sobre a forma como é geralmente realizado os cuidados no serviço.* Hospitais que utilizam a IHI Global Trigger Tool têm tipicamente utilizadas enfermeiros, farmacêuticos, e fisioterapeutas no seu time revisor. Enfermeiros experientes têm sido os melhores revisores, mas outras combinações de time podem ser utilizadas desde cada pessoa traga uma competência única.
- 2) *Um médico que não revisa os prontuários, mas autentica o consenso dos dois revisores primários.* O médico autentica os achados dos eventos adversos e a avaliação da gravidade, e providencia respostas aos questionamentos dos revisores sobre os achados um prontuário específico.

Usar dois ou mais revisores primários de prontuários levanta a questão da coerência (confiabilidade intra- e inter-avaliador) entre os revisores: quanto maior o número de revisores no time, maior potencial de inconsistência. IHI não recomendam que os serviços conduzam estudos exaustivos para medir a confiabilidade, mas incentivar os time continuamente em promover consistências, procedimentos operacionais padrões de revisão, uso de triggers, e a interpretação dos eventos. O time de revisão deve permanecer consistente ao longo do tempo sempre que possível. Além disso, a equipe deve reunir-se aproximadamente a cada mês para analisar todos os eventos adversos identificados naquele mês e para detectar e resolver variações entre os revisores na identificação e severidade dos eventos adversos levantados. Esta abordagem contínuo para o treinamento tem mostrado atingir elevados níveis de consistência inter-avaliadores. (Ver seção IV para mais informações sobre treinamento do time de revisão para melhorar a coerência.)

B. Amostragem de Prontuário de Pacientes

O IHI Global Trigger Tool é desenhado para o uso de uma metodologia de amostragem que utiliza pequenas amostras ao longo do tempo. Seguir a orientação do POP - PLANO DE COLETA DE DADOS – GLOBAL TRIGGER TOOL IOV SJC, na seção 5.1.

C. Processo de Revisão

Os dois revisores primários devem rever todos os prontuários de modo independente. Durante a revisão, o médico deve estar disponível para responder a perguntas que possam surgir.

Utilizar o seguinte processo de revisão:

1) O IHI Global Trigger Tool contém seis “módulos”, ou grupos de triggers.

Quatro dos grupos são concebidos para refletir Eventos adversos que comumente ocorrem em uma determinada unidade; os grupos de Cuidados e Medicação são destinados para refletir eventos adversos que possam ocorrer em qualquer parte de um serviço de saúde. Os seis módulos são:

- Cuidados
- Medicação
- Cirurgia
- Tratamento intensivo (UTI)
- Perinatal
- Departamento de Emergência

Todos os prontuários devem ser revisados para triggers nos módulos de Cuidado e Medicação. Os outros módulos devem apenas ser utilizados se aplicável; por exemplo, o módulo Tratamento Intensivo deveria ser utilizado quando se revisa um prontuário de um paciente que passou alguma parte da internação em um centro de terapia intensiva.

2) O prontuário deve apenas ser revisado na procura da presença de triggers, não para ler o prontuário da primeira até a última página. Revisores experientes tem encontrado as seguintes seções de prontuário como as mais úteis quando os revisam, nesta ordem:

- Resumos de alta (procurar nos pontos específicos de avaliação e tratamento durante a permanência no hospital)
- Registro de medicações prescritas
- resultados laboratoriais
- ordens de prescrição
- Relatórios de cirurgia (relatório do ato operário e anestésico, se aplicável)
- Anotações de Enfermagem
- Evolução Médica
- Se o tempo permitir, quaisquer outras áreas do prontuário (tais como História e Exame Físico, consultas com especialistas, ou anotações de visita aos Departamentos de Emergência

- 3) Limite para 20 minutos a revisão de cada paciente, uma vez que o período de formação dos revisores tenha sido concluído. A regra dos “20-minutos” se aplica a todos os prontuários independentemente do seu tamanho. A regra dos “20-minutos” foi desenvolvida nos testes iniciais do Trigger Tool porque houve uma propensão em rever o menor, mais fácil prontuário dos pacientes. No entanto, se apenas prontuários mais curtos são revisados, a amostra não é mais randômica e haverá um “viés de seleção” nos resultados. É pouco provável que todos os eventos em um prontuário mais seja identificado já que 20 minutos não será tempo suficiente para adequadamente rever o prontuário inteiro utilizando a técnica do Trigger Tool. É importante notar que o IHI Global Trigger Tool não pretende identificar todos os eventos adversos de um prontuário. A limitação do tempo de análise e seleção randomizada dos prontuários são destinadas a produzir uma amostragem que é suficiente para a concepção de trabalho seguro em um serviço de saúde.
- 4) Se um gatilho é identificado em um prontuário, o “trigger positivo” indica apenas a presença de um trigger, não necessariamente um evento adverso. Quando um trigger positivo é encontrado, revise apenas as partes pertinentes do prontuário. A análise deverá determinar se um evento ocorreu (ver a seção II-D sobre a determinação de um Evento Adverso). Se não for encontrado algum evento adverso, o revisor deve então passar e procurar outros triggers. Os revisores vão encontrar muitos triggers positivos, mas irão identificar muito menos eventos adversos. Ocasionalmente, os revisores vão encontrar eventos adversos sem nenhum trigger antecedendo. Inclua estes eventos. Alguns triggers (infecções nosocomiais, laceração de 3^a- ou 4^a-grau) são também os eventos adversos por definição. No entanto, um trigger positivo muitas vezes não é um evento adverso por si mesmo; pelo contrário, é apenas uma pista de que pode ter acontecido.

D. Determinação de um Evento Adverso

Quando um revisor identifica um trigger positivo, o revisor deve verificar outras porções relevantes do prontuário como anotações e receitas e que foram documentadas nas proximidades da ocorrência do trigger. A documentação que o paciente vivenciou um dano de cuidado médico deverão estar presentes para ser considerado um evento adverso. Por exemplo, um INR com nível superior a 6 seria um trigger positivo. O revisor deve olhar para

o prontuário à procura de sangramento ou queda na hemoglobina com necessidade de transfusão e outros eventos adversos que possam resultar de anticoagulação excessiva.

Para determinar se um evento adverso tenha ocorrido, considerar que um evento adverso é definido como um dano involuntária a um paciente *do ponto de vista do paciente*. Existem vários aspectos importantes:

- Você estaria feliz se o evento acontecesse com você? Se a resposta é não, então provavelmente houve dano
- Foi o evento parte natural do processo de progressão da doença, ou uma complicação do tratamento relacionado ao processo da doença? O dano identificado deve ser o resultado de um tratamento médico (reveja a secção I-D em Comissão versus omissão). A decisão é subjetiva às vezes e o julgamento médico será crucial.
- Foi o evento um resultado previsto do cuidado (e.g ., uma cicatriz permanente da cirurgia)? Se assim for, isso não é considerado dano.
- Dano psicológico por definição foi excluído como um evento adverso.

É importante a salientar que os revisores podem ocasionalmente descobrir um evento adverso sem um trigger, enquanto procuram por triggers ou outros detalhes. Estes eventos devem ser incluídos no quando encontrados registros, independentemente de se um trigger levou o revisor para o evento adverso.

Um evento adverso que está presente na internação de um paciente deve ser incluído, desde que satisfaça a definição de danos relacionados aos cuidados médicos. Todos esses eventos adversos são contados porque a medida é o que *o paciente vivencia*, não o que aconteceu no hospital/serviço de saúde. Experiência de campo demonstraram que menos de 10 por cento de todos os danos são detectados pelo IHI Global Trigger Tool estarão presentes na admissão de uma internação. Isto é útil para acompanhar os acontecimentos que ocorreram fora do hospital para que possa ser observado quando for descrever os dados. Esses dados podem indicar uma oportunidade de colaborar com outras - práticas, clínicas, Institutos –para melhorar a segurança do paciente, mesmo que os evento não resultou de cuidados hospitalares.

Logo que os revisores determinarem um evento adverso que tenha ocorrido, atribuir uma categoria ao dano (como definido anteriormente na secção I-F na Avaliação de severidade) do seguinte modo:

- Categoria E: dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção
- Categoria F: dano temporário ao paciente e exigiu hospitalização inicial ou prolongada
- Categoria G: danos permanentes ao paciente
- Categoria H: intervenção necessária para sustentar vida

- Categoria I: morte do paciente

Estas categorias não são progressivas (i.e. , um evento não preenche a primeira definição de E e F antes que possa ser classificado como G). Para a categoria E, alguma intervenção é necessária. Para a categoria H, o revisor já encontrou que foi necessário ajuda definir “ intervenção necessária para salvar a vida” que deve ser oferecida em uma hora ou menos a fim de evitar a morte. Por exemplo, um paciente com infecção cirúrgica necessite antibioticoterapia e é possível que alguém argumente que a falha por não fornecer poderia levar a sepsis e morte. Ainda que esta possa ser verdade, é pouco provável que o antibiótico teria de ser providenciado dentro de uma hora a fim de evitar a morte. No entanto, um paciente que se desenvolve depressão respiratória e parada devido a um narcótico exige uma intervenção imediata, como uma ventilação não-invasivos ou invasiva; isto seria uma intervenção necessária para sustentar vida, mesmo que só foi necessária durante algumas horas. Para a categoria I, o evento tem apenas a ser de contribuinte para a morte.

Os revisores primários deverão registrar as informações dos achados enquanto revisam os prontuários. A PLANILHA DE TRABALHO IHI GTT (ANEXO 7) listas todos os triggers, classificados em seus módulos, para utilização durante a revisão. Quando o revisor primário identifica um trigger, o revisor coloca um check na coluna próximo a ele (a coluna com +). Se o revisor primário identifica um evento adverso associado com este trigger, o revisor registra uma descrição e categoriza o dano na coluna apropriada. O verso da Planilha está em branco, e normalmente os revisores usam deste espaço para tomar notas para a discussão com outros membros da equipe ou para capturar questões que precisam ser revistas com o médico.

Os dois revisores primários devem reunir-se após completar suas revisões separadas para comparar os achados e chegar a um consenso, e que eles registram na FOLHA RESUMO DA REVISÃO IHI GTT (ANEXO 8).

O médico deve rever o consenso com os dois revisores e alcançar um acordo final sobre a natureza, o número, a severidade dos eventos. O médico não revê os prontuários, apenas a FOLHA RESUMO (ANEXO 8). PLANILHAS DE TRABALHO individuais, notas, e os prontuários deverão estar disponíveis para referência e esclarecimento do médico, se necessário. Ajustar o número de eventos adversos ou as categorias de danos, se necessário, após revisão médica. O médico é o último árbitro.

E. Coleta de Dados

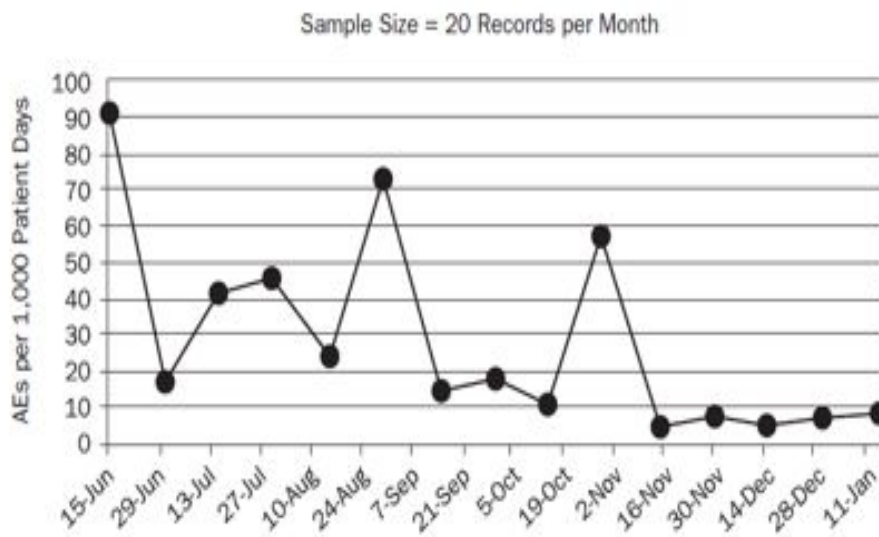
A coleta de dados mensal deve ser inicialmente de três formas:

- Pacientes com Eventos Adversos a cada 100 internações
- Pacientes com Eventos Adversos a cada 1000 atendimentos
- Porcentagem de internações com um Evento Adverso

Cada método tem sua vantagem. “Eventos Adversos a cada 1000 atendimentos” é uma medida tradicional e é um indicador recomendado para

seguir a taxa de danos ao longo do tempo. Os dados devem ser apresentados em um gráfico de tempo com “Eventos Adversos por 1000 atendimentos” no eixo Y e o tempo a cada mês no eixo X.

Figura 2 – Exemplo de gráfico de Eventos Adversos para cada 1000 atendimentos



“Eventos Adversos a cada 100 internações” é uma apresentação alternativa para de taxa. Ela promove um entendimento mais fácil da representação de danos para a liderança. Os dados devem ser apresentados em um gráfico de tempo similar ao “eventos adversos a cada 1000 atendimentos” onde simplesmente “eventos adversos para cada 100 internações” entra no lugar do número de atendimentos (1000).

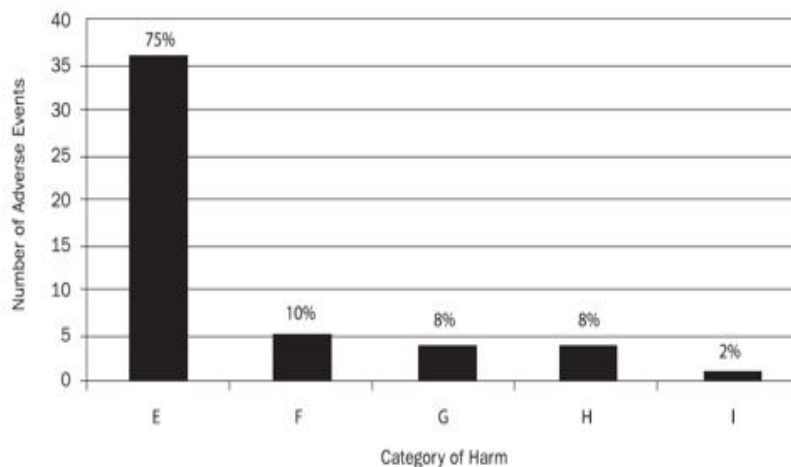
“Porcentagem de internações com um evento adverso” é um modo conveniente de apresentar a informação para a liderança, apesar dela diminuir o número de eventos devido alguns pacientes poderem ter mais de um evento adverso durante uma internação. Dessa forma ele é menos sensível à melhorias do que as outras duas taxas anteriores.

Em adição aos gráficos de tempo, o time deveria apresentar as categorias de danos em um gráfico de barras descrevendo o volume de danos em cada categoria (E até I).

Os dados também muitas vezes são apresentados pelos diferentes tipos de eventos adversos. Os tipos de eventos têm comumente sido definidos como infecções, medicamentos, e complicações de procedimentos. Os hospitais têm encontrado na presente categorização como sendo útil na priorização de áreas para trabalhos de melhoria.

Figura 3 – Distribuição de Danos por Categoria

(48 Adverse Events in 100 Patients over 5 Months)



Os dados também muitas vezes são apresentados pelos diferentes tipos de eventos adversos. Os tipos de eventos têm comumente sido definidos como infecções, medicamentos, e complicações de procedimentos. Os hospitais têm encontrado na presente categorização como sendo útil na priorização de áreas para trabalhos de melhoria.

III. Triggers e Definições

Esta seção listará os triggers contidos no IHI Global Trigger Tool por módulo, que são adequados para a avaliação de um serviço ambulatorial de saúde, com descrições de cada trigger e o quê os revisores devem procurar para determinar a presença de um evento adverso.

NOTA IMPORTANTE: Se um trigger é identificado em uma prontuário, o “trigger positivo” indica apenas a presença de um trigger, não necessariamente um evento adverso. O revisor deve investigar os pormenores para determinar se um evento adverso tem na realidade ocorreu. (Para mais detalhes, ver a seção II-C, #4, sobre o Processo de Revisão.)

A. Triggers do Módulo Cuidados

C1-Transfusão de Sangue ou uso de Produtos derivados do Sangue

Procedimentos podem exigir transfusão intra-operatória de produtos derivados de sangue para a reposição de perdas estimadas, mas isso tem se tornado menos comuns com cirurgias mais “limpas”. Qualquer transfusão de hemácias ou de sangue total deve ser investigado pela causa, incluindo o sangramento excessivo (cirúrgicos ou anticoagulante-relacionados), trauma sem intenção de um vaso sangüíneo, etc. Transfusão de muitas unidades ou perda de sangue maior que o esperado nas primeiras 24 horas de cirurgia, incluindo intra e pós-operatoriamente, será provavelmente ligada a um evento adverso peri-operatório. Casos em que o excesso perdas sangüíneas ocorreram pré-operativamente não são tipicamente eventos adversos. Os pacientes que recebem anticoagulação que necessitam de transfusão de

plasma fresco congelado e plaquetas ter provavelmente vivenciaram um evento adverso relacionado ao uso da anticoagulação.

C3 – Diálise Aguda

Uma necessidade nova de diálise pode ser o curso do processo de uma doença ou o resultado de um evento adverso. Exemplos de eventos adversos poderiam ser insuficiência renal droga-induzida ou reação à administração de um contraste para procedimentos de radiologia.

C4 – Hemocultura Positiva

Uma hemocultura positiva a qualquer momento durante uma internação deve ser investigada como um indicador de um evento adverso, especificamente se infecção hospitalar associada. Geralmente, eventos adversos relacionados com este trigger incluirá infecções que são diagnosticados 48 horas ou mais após a internação, como por exemplo, infecções em cateteres venosos profundos, sepsis decorrente de infecções de outros dispositivos (p.ex., infecção urinárias relacionadas a catéter), ou qualquer outra infecção hospitalar. Pacientes com hemoculturas positivas relacionadas com outras doenças (tais como pneumonia adquirida na comunidade que progride para sepsis) não seria considerada evento adverso.

C5 – Estudos radiológicos ou Ultrassom para Embolia ou Trombose Venosa Profunda

O desenvolvimento de uma trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP) durante uma internação, na maioria dos casos será um evento adverso. Raras exceções poderão ser aquelas relacionadas a doenças como câncer ou distúrbios de coagulação. No entanto, na maioria dos pacientes é um dano relacionado à assistência médica, mesmo que todas as medidas preventivas necessárias parecerem ter sido tomadas. Se uma internação ocorrer devido a uma TVP ou embolia, procurar a causa prévia da admissão que poderia ser atribuída a cuidados médicos como procedimento cirúrgico prévio. A falta de profilaxia de uma TVP ou TEP não é um evento adverso; é um erro de omissão.

C6 – Queda no nível de hemoglobina ou hematócrito em 25% ou mais

Qualquer queda de 25 % ou mais gramas de hemoglobina (Hb) ou hematócrito (Hct) deve ser investigada, especialmente quando esta ocorre em um período relativamente curto de tempo como 72 horas ou menos. Sangramentos são geralmente identificados por este trigger e podem estar relacionados ao uso de anticoagulantes ou aspirina ou acidente cirúrgico. A diminuição do Hb ou Hct em si não é um evento adverso salvo se estiverem ligados a alguns tratamentos médicos. Uma queda associada a um processo de adoecimento não é um evento adverso.

C7 – Queda do paciente

Uma queda em um serviço de saúde representa uma falha nos cuidados e pode ser resultado de medicamentos, equipamentos não adequados, ou uma falha da equipe. Qualquer queda em um serviço de saúde que cause dano, independentemente da causa, é um evento adverso; uma queda sem dano não é um evento adverso. Quedas resultando em danos e admissão em

hospital deveriam ser revistas para a causa. Uma queda que é resultado de tratamento médico (tal como de medicamentos) deve ser considerada um evento adverso, ainda que a queda ocorra fora do serviço de saúde.

C9 – Readmissão dentro de 30 dias

Qualquer readmissão, particularmente no prazo de 30 dias de alta, poderia ser um evento adverso. Um evento adverso pode não se manifestar ele próprio até após o paciente ter saído de alta hospitalar, especialmente se o tempo de internação for mínimo. Exemplos de eventos adversos podem incluir infecção de sítio cirúrgico, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

C11 – Infecções associadas aos serviços de saúde

Qualquer infecção que ocorra após entrada em um serviço de saúde é um provável evento adverso, especialmente aquelas relacionadas com procedimentos ou dispositivos. Infecções que causem internação devem ser revistas para determinar se estão relacionadas à assistência médica (p.ex., procedimento prévio, sonda vesical em casa) versus uma doença que ocorra naturalmente (p.ex., pneumonia comunitária).

C15 – Outras

Freqüentemente quando um prontuário é revisado, um evento adverso é descoberto e não é compatível com um trigger. Qualquer evento pode ser colocado sob este “outro” trigger. Um evento não necessita estar ligado com um trigger para ser considerado um evento.

B. Triggers do Módulo Medicação

M3 – INR (International Normalized Ratio) maior que 6

Procure por evidências de sangramento para determinar se um evento adverso ocorreu. Um INR elevado por si só não é um evento adverso.

M4 – Glicemia menor que 50 mg/dl

Revisão para sintomas tais como letargia e shakiness documentado em amamentante notas, e a administração de glicose, sumo de laranja, ou outras intervenções. Se os sintomas estão presentes, olhar para uso associado de insulina ou oral hypoglycemics. Se o paciente não é sintomático, não existe qualquer efeito adverso.

M5 – Aumento da Creatinina sérica duas vezes (2x) o basal

Revisar os registros laboratoriais para rever os aumentos dos níveis de creatinina sérica ou uréia. Se uma alteração duas vezes maior que os níveis basais forem encontrados, revisar os registros de administração de medicamentos conhecidos como causa de toxicidade renal. Revisar a Evolução Médica e notas da história e exame físico para outras causas de insuficiência renal, tais como doença renal pré-existente ou diabetes, que poderia ter posto o paciente em maior risco de falência renal; já que isto não seria um evento adverso, mas sim a progressão de doença.

M6 - Administração de Vitamina K

Se Vitamina K foi utilizado como uma resposta a um INR prolongado, revisar o prontuário para a evidência de sangramentos. Um evento adverso provavelmente aconteceu se existir um relato laboratorial indicando uma queda do hematócrito ou um teste de sangue nas fezes positivo. Verificar a progressão das anotações para evidências de sangramentos gastrointestinais (GI), AVC hemorrágico, ou grandes hematomas como exemplos de eventos adversos.

M7 – Administração de (Benadryl) Difenidramina

Difenidramina é freqüentemente utilizada para reações alérgicas à drogas mas também pode ser indicada como auxílio para o sono, uma pré-medicação, ou alergias sazonais. Se a droga foi administrada, revisar o prontuário para determinar se foi indicada para sintomas de uma reação alérgica a um medicamento ou hemotransfusão administrados durante uma internação ou em um serviço de saúde – estes são eventos adversos.

M8 - Administração de (Lanexat) Flumazenil

Flumazenil reverte o efeito de benzodiazepínicos. Determinar porque a droga foi utilizada. Exemplos de eventos adversos são hipotensão arterial severa ou sintomática, sedação prolongada.

M9 – Administração de (Narcan) naloxona

Naloxona é um poderoso antagonista narcótico. Seu uso provavelmente representa um evento adverso salvo em casos de abuso de drogas ou overdose auto-infligida.

M10 - Administração de anti-eméticos

Náuseas e vômitos normalmente são resultados de administração de drogas ambos em cenários cirúrgicos e não-cirúrgicos. Anti-eméticos são comumente administrados. Náuseas e vômitos que interferem com alimentação, recuperação pós-operatória, ou atraso da alta sugerem um evento adverso. Um ou dois episódios tratados com êxito com anti-eméticos poderiam sugerir a não existência de evento adverso. O julgamento do revisor é necessário para determinar se o dano ocorreu.

M12 – Parada abrupta de Medicação

Apesar da discontinuação de medicações ser um achado freqüente nos prontuários, a repentina parada de uma medicação é um trigger que requer investigação para a causa. Uma mudança súbita na condição do paciente que exige um ajuste de medicações está freqüentemente relacionada a um evento adverso. “Abrupto” é mais bem descrito como uma parada inesperada ou uma mudança da prática rotineira; por exemplo, a descontinuação de um antibiótico venoso para um oral é inesperado.

M13 – Outros

Use este trigger para eventos adversos com drogas detectados mas não relacionados a um dos triggers de medicação listados acima.

C. Triggers do Módulo Cirúrgico

S11 – Ocorrência de qualquer Complicação Operatória

Estes referem-se a qualquer complicação, incluindo mas não limitado a TVP, EP, IAM, escaras, insuficiência renal, etc.

D. Triggers do Módulo do Pronto Atendimento

E1 – Readmissão ao PA dentro de 48 horas

Procurar por reações a drogas, infecções, ou outras razões cujos eventos possam ter trazido o paciente de volta ao PA e então, se necessitou de internação.

E2 – Tempo no PA maior que 6 horas

Longa permanência no PA em alguns casos pode representar cuidado ótimo menor do que o necessário. Procurar por complicações do PA com queda, hipotensão, ou complicações relacionadas a procedimentos.

IV. Treinamento

Revisores experientes deveriam treinar novos usuários do IHI Global Trigger Tool sempre que possível.

A. Considerações gerais

- 1) Os revisores primários e o médico devem ser treinados com um time. Idealmente, a formação deverá ser promovida por alguém hábil no uso da ferramenta. Se isso não é possível, a próxima melhor opção é a seguir essas instruções o mais próximo possível e utilizar os grupos de discussão no website do IHI para perguntas, especialmente se as taxas de eventos adversos são muito mais elevadas ou mais baixas do que os números normalmente vistos em outros serviços. Apesar de o time revisor poder ser composto por mais de três indivíduos para acompanhar a distribuição da carga de trabalho, muitos revisores e médicos podem apresentar variabilidade na identificação dos eventos adversos, particularmente na categoria E.
- 2) Durante o treinamento, todos os prontuários deveriam ser revisto por ambos os treinadores e os *trainees*. O que permitirá ao

treinador responder a perguntas e garantir o processo padronizado.

- 3) Se há mais de dois revisores, poderá ser benéfico para balancear as atribuições de cada revisor, por exemplo, alternar quem vai fazer a revisão cada mês (garantir que os pares de revisores não estejam sempre junto – que seja um time misto). Isto garante que os conhecimentos adquiridos na organização não se percam nas transições se um revisor sai ou outros novos entrarem.

B. Leitura do IHI Global Trigger Tool

Todo médico e revisor primário deveria ler este *paper* como o primeiro passo.

C. Fase 1: Treinamento com registros

O IHI proporciona 5 amostras de prontuários para o treinamento de revisores. A primeira fase da formação deverá ser realizada utilizando estes os registros de treinamento. As amostras dos prontuários foram intencionalmente escolhidas para destacar os pontos chave aprendizagem. Estes prontuários são reais, mas não completos, e todas as identificações foram removidas. As páginas que não são necessárias para identificar um trigger positivo ou eventos adversos também foram removidas para tornar o arquivo de mais fácil utilização, seja impressa ou visto na tela. Estes prontuários de treinamento podem ser acessados no website do IHI em <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Ferramentas/TrainingRecordSetforIHIGlobalTriggerTool.htm>.

- 1) Todos os prontuários de treinamento deverão ser revisto por cada um dos revisores principais e pelo médico.
- 2) Os treinadores já revisaram revisado esses prontuários previamente, mas deveria refrescar seus conhecimentos sobre o conteúdo.
- 3) A regra dos 20-minutos não deve ser aplicada durante o treinamento para que os revisores se concentrem na aprendizagem da metodologia sem a pressão do tempo.
- 4) Agendar uma reunião para todos os treinadores e trainees questionarem os e discutirem as respostas dadas no Apêndice D, bem como para rever os principais pontos contidos em cada amostra de prontuário.

Discutir cada trigger e evento adverso identificado por cada revisor e o médico, incluindo a validade da identificação e a severidade do evento. Pode ser necessário reforçar a diferença entre um trigger positivo e um evento adverso.

Se qualquer evento adverso for perdido por todos os revisores, estes deverão ser revistos. É útil ter uma cópia dos prontuários de treinamento disponíveis para referência.

Durante esta sessão de esclarecimento, o time de revisão deve chegar a um acordo sobre as regras para revisão individual dos eventos e da avaliação dos danos que na organização. Considerar se todos os eventos serão considerados um evento adverso e, se assim, a gravidade. Este é, muitas vezes, um processo subjetivo. Por exemplo, por quanto tempo o vômito é considerado como um evento adverso: uma hora ou mais de quatro horas? A equipe deve decidir sobre a definição local utilizando as orientações descritas no Paper.

A revisão completa Paper IHI Global Trigger Tool com o time revisor no final da sessão de treinamento para assegurar o entendimento comum dos processos e de todas as definições.

D. Fase 2: Revisão Prática

Depois de analisar as respostas e o entendimento de pontos específicos da formação, a equipe deve completar uma revisão prática utilizando prontuários da própria organização.

1) Selecionar um conjunto de prontuários interno do serviço utilizando o processo de amostragem descrito na secção II-B.

2) Os primeiros prontuários selecionados deveriam ser revistos por todos. Tal como na fase 1, a regra dos 20-minutos não deve ser aplicada.

O médico não revisa os prontuários, apenas a FOLHA RESUMO (ANEXO 6). Seguir o processo descrito nas secções II-A a II-C.

Lembrar que o papel do médico é deve ser o árbitro final e a fornecer a relação entre os eventos adversos identificados e a aceitação desses achados pela organização.

3) Não utilizem os dados colhidos durante a revisão prática como pontos de partida revisões posteriores. Considerar isto como uma verdadeira prática.

Após estas duas sessões de revisão, o time terá a experiência necessária para iniciar o verdadeiro registro de revisão e coleta de dados para o serviço de saúde.

V. Dicas para Liderança

- Quando selecionar os revisores primários (enfermeiros, farmacêuticos, ou outros) e o revisor médico, identificar indivíduos disponíveis para fazer as revisões de forma permanente. Pelo menos a nomeação por um ano deverá ser o objetivo, porque os indivíduos envolvidos no processo durante um período significativo de tempo ajudará a assegurar consistência.

- Dedique tempo para estas pessoas para serem treinadas e só então inicie a revisão registrada. O Tempo Total para os revisores primários deve ser de menos três horas a cada duas semanas por revisão. O médico revisor necessita de cerca de 30 minutos a cada duas semanas.
- Cada serviço de saúde precisa definir o processo de seleção randômica para pegar os prontuários para a revisão. O processo deve ser bem compreendido e as equipes deveriam usar o mesmo processo aleatório para todas as vezes.
- Identificar um responsável para cada etapa no processo.
- Identificar os recurso/tempo departamento de prontuários (SAME) para identificar o número necessário de prontuários aleatórios dos pacientes (garantindo que os óbitos estão incluídos como possíveis prontuários).
- Identificar uma área onde o time revisor pode se encontrar para realizar o registro da revisão. Assegurar que esta área tem um lugar onde os prontuários podem ser armazenados confidencialmente.
- Não tirar conclusões da revisão das taxas até a equipe tenha gerado pelo menos 12 pontos.
- Após a equipe ter gerado um número adequados de pontos, ela deve ter um processo claro de distribuição das informações.

VI. Conclusões

O IHI Global Trigger Tool é apenas uma medida de estratégia e sua utilização por si só não vai fazer a sua organização mais segura. As mudanças devem ser implementadas para aumentar a segurança do paciente e diminuir os eventos adversos. Não é preciso esperar até que você tenha 12 ou mais data points para iniciar as mudanças - vai levar tempo para testar e implementar com êxito múltiplos tipos de alterações que dão impacto nas taxas de eventos adversos. Exemplos de alterações que foram bem sucedidas para melhorar a segurança do paciente com medicamentos, em pacientes cirúrgicos, unidades de terapia intensiva, e outras áreas podem ser encontrados no site (<http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/>). “Uma Introdução ao Trigger Tools” no website do IHI proporciona uma visão útil de diversos Trigger Tools que também estão disponíveis para download.

ANEXO 5 - PERGUNTAS FEITAS COM FREQUÊNCIA

O “Perguntas Frequentes” do IHI Global Trigger Tools (FAQs) é fundamental para Revisores de Prontuário. Os Revisores devem usar o IHI FAQs como uma rica fonte de informação.

1. Quando uma complicação relatada durante um consentimento informado deve ser contada como dano?

a. Sempre: Todas as complicações no pós-operatório são eventos adversos, independentemente do processo de consentimento informado.

2. Por que se concentrar APENAS sobre os acontecimentos da Comissão (ativo) não da Omissão (violações, lapsos ou erros)?

a. Pontos de omissão na contabilidade individual. Atos de comissão exigem soluções sistêmicas focadas.

b. Exemplos de omissão:

i. Não fornecer a um paciente elegível anti-coagulação preventiva, que resulta em uma Trombose Venosa Profunda pós-operatória.

ii. Não fornecer um paciente elegível sua medicação hipertensiva, que resulta em um ataque cerebral.

c. Exemplo de Comissão (dano resultante de intervenção médica)

i. O paciente está em uso de um beta-bloqueador que resulta em bloqueio cardíaco, necessitando de marcapasso.

3. São todos os eventos não preveníveis considerados Danos?

a. Esta questão exige julgamento clínico. Eventos adversos do IHI são devidos a atos de comissão e não fazem distinção entre os eventos evitáveis e não evitáveis. O raciocínio é baseado na crença de que os eventos não preveníveis estão a apenas um passo de distância de uma inovação.

b. Exemplos em que o julgamento clínico é necessário para atribuir os danos:

i. Íleo pós-operatório é uma ocorrência freqüente no pós-operatório.

Assim, é necessário julgamento para determinar se clinicamente significativo para chamar como um evento, tais como a hospitalização prolongada ou uma intervenção significativa. Deambulação, alimentação precoce, drogas todas impactam na causa e no prolongamento do íleo para uma cirurgia abdominal, em que consideramos superior a 6 dias como íleo prolongado.

ii. Náuseas e vômitos são considerados um caso de danos quando prolongados ou que exijam uma intervenção significativa.

iii. Anemia pós-operatória que exige transfusão não é sempre um dano.

4. São úlceras de pressão que se desenvolvem em casa sem uma causa documentada considerado um evento adverso externo?

a. Não – apenas pacientes hospitalizados com úlceras de pressão sem causa documentada são considerados eventos de danos. A hospitalização em si é um ato de comissão.

5. Você deveria encaminhar os atos de omissão ou comissão para a gestão de risco?

a. O objetivo do Global Trigger Tool é determinar o nível organizacional de danos e usá-lo como todo um sistema métrico. informações individuais do paciente e do provedor utilizadas pela gestão de risco são desnecessária, já que o foco está no nível de correções sistêmica.

6. Quando um paciente sai de alta de um hospital e é admitido em um Home Care, é considerado um caso de readmissão?

a. Não

7. Por que incluir eventos externos nos dados da Instituição?

Muitas vezes, esta é uma decisão difícil, assim não discuta a responsabilidade.

Os cenários a seguir demonstram a complexidade de atribuir a responsabilidade:

i. Pt com uma complicação associada com uma internação anterior é admitida em outro hospital e agora volta de transferências para um hospital ligado à Instituição.

ii. Padronização com a comunidade pode não existir, porém deve ser incentivada entre os hospitais da comunidade.

iii. Responsabilidade talvez difícil de atribuir - Paciente encaminhado a um especialista externo que não está na equipe do hospital. O paciente agora retorna com sangramento devido à anticoagulação previamente prescrita ao hospital.

8. O que é um "evento" em cascata?

a. A cascata de eventos é um exemplo em que um evento adverso inicial provoca uma série de adicionais eventos, relacionados ao mesmo paciente. Atribuir sempre ao mais alto nível de dano para o evento adverso em cascata.

b. Um exemplo de uma cascata de eventos é a seguinte: a paciente recebe penicilina, que é seguido por anafilaxia, choque, hipotensão, insuficiência renal, insuficiência respiratória, intubação, e finalmente a morte do paciente.

1. Esta cascata é considerada como um evento de danos e devem ser classificados como "I".

2. Esta cascata como um único evento de danos contrasta com distintos eventos de danos independentes. Exemplos de eventos independentes de danos, durante a internação de um paciente com uma cascata

a. O paciente desenvolve uma infecção em um cateter central durante a internação hospitalar

b. O paciente desenvolve uma pneumonia associada à ventilação

9. Se um paciente cai em casa, é considerado um evento adverso?

a. A queda em casa é apenas um evento adverso se uma causa subjacente da comissão está documentada.

i. Por exemplo, um paciente sob efeito de sedativos e os documentos médicos registram que esta foi a causa da queda.

10. Se um paciente cai no hospital sem uma causa conhecida de precipitação é considerado um evento adverso?

a. Uma queda no hospital sem uma causa documentado é um evento adverso apenas se houver lesão documentada. A hospitalização é considerada como um ato de comissão nesta circunstância.

11. Quando considerar Danos associados com um valor aberrante do laboratório, sem sinais e / ou sintomas?

De modo geral, um resultado de laboratório anormal, sem sinais e / ou sintomas não é considerado dano (p.ex. bacteriúria assintomática, sem dor ou febre, ou glicose no sangue baixa). No entanto, existem exceções a esta regra e são as seguintes:

- a. Evidência de lesão de órgãos - Vamos considerar os valores de laboratório aberrantes que são indicativos de lesão de órgão (por exemplo, danos nos rins evidenciado pelo aumento da creatinina sérica e
- b. seguida de queda, com ou sem uma intervenção, durante um período de vários dias) como "sinais" para a confirmação de um evento adverso.

12. Paciente cai em um Home Care sem um ato documentado da Comissão (por exemplo, devido a sedação). É este considerado um evento de dano?

- a. SIM - o paciente estava em um estabelecimento de saúde e por isso este é um ato de comissão e é classificado como um evento externo.
- b. Isso fornece uma oportunidade para discutir padrões de dano resultante das admissões para o Home Care com o objetivo de melhorar a continuidade dos cuidados.

13. Uma intervenção dentro de uma hora que é necessário para sustentar a vida de um paciente, que resultou de um ato de Comissão é considerada categoria H.

No entanto, a regra de uma hora, requer o uso do julgamento clínico

- a. Exemplo: Tamponamento Cardíaco 6 horas após a cirurgia cardíaca que requer uma janela pericárdica de emergência ainda é um Dano nível H.

14. Existe um limite máximo de tempo (ou regra de ouro) para se determinar ao revisor de prontuário atribuir dano a um ato anterior da comissão?

- a. Se estamos usando a ferramenta Global Trigger para avaliar a eficácia do programa de segurança, olhar muito para trás é inútil. Até 1 (um) ano é um prazo adequado atribuir um ato de comissão a um Dano atualmente identificado.
- i. Exemplo: paciente com prótese total do joelho 3 anos atrás agora está internado no hospital por uma prótese infectada. Nós não atribuímos Dano nessa circunstância uma vez que esta complicação está associada à cirurgia mais de um ano após a substituição do joelho protético.

15. Se um Port, ou PICC ou veia periférica está coagulado e é removido e reinstalado é considerado um caso de Dano?

- a. Não - este é um problema de qualidade a não ser que haja dano ao paciente, como um hematoma, trombose venosa com sinais e sintomas (por exemplo, dor, inchaço) ou infecção.

16. Quais são os critérios para determinar dano em um paciente com bacteriúria assintomática?

- a. O paciente deve ter sido submetido a uma cateterização por Foley no momento da coleta e ter interrompido/retirado 48 horas antes.

- b. Para considerar uma infecção urinária como Dano o paciente deve ter os sintomas associados (por exemplo, dor suprapúbica ou febre ($> 38^{\circ} \text{C}$) e urina positiva consistente com infecção.
- c. Uma exceção que é considerado de Danos é bacteremia assintomática (mesma bactéria no sangue e na urina) em um paciente usando Foley.

17. Quais são exemplos de danos associados com intubação?

- a. Quando o paciente é re-intubados após extubação por insuficiência respiratória secundária a medicamentos, sobrecarga de fluidos, extubação precoce, etc
- b. O seguinte deve ser considerado Dano - aspiração e encefalopatia anóxica causada por intubação.

18. Quando são consideradas Danos as transfusões de sangue?

Transfusões que exigem o julgamento clínico. As seguintes ocorrências podem ser evidências de danos:

- a. O sangramento que ocorre devido a uma intervenção médica durante a internação e requer transfusão
- b. Cirurgia com mais de 2 unidades de sangue (durante ou imediatamente no pós-operatório), com exceção para a cirurgia cardiovascular, em que até 4 unidades talvez seja necessário.
- c. Plaquetas ou plasma fresco congelado quando transfundido
- d. Transfusão de sangue 2 ou mais dias após a cirurgia
- e. NOTA: Se o paciente está sangrando na admissão e sofre uma cirurgia, transfusões talvez sejam necessária. Isso não seria considerado Dano.

19. Eu serei capaz de utilizar os dados colhidos para comparar a minha organização com outras organizações ou com outros hospitais do país?

R: Não. O IHI Global Trigger Tool é destinado para ser utilizado como um mecanismo para seguir o progresso de sua organização ao longo do tempo. Embora os esforços para manter um nível de padronização e do processo para o IHI Global Trigger Tool, as organizações irão variar na experiência de seus revisores e em outros aspectos do processo do IHI Global Trigger tool. Nós assumimos que este viés é relativamente estável ao longo do tempo em uma mesma organização. A estabilidade ao longo do tempo permite comparação com a sua própria organização ao longo do tempo, mas não é tão útil na comparação entre organizações. Você pode usar os dados nacionais para determinar se as suas taxas estão, em geral, na faixa dos outros. Organizações que tenham diminuído as taxas de eventos adversos devem também ser contatadas para aprender como é que isto foi atingido, mesmo se os dados não é exatamente os mesmos que o seu.

20. Parece haver alguns argumentos sobre a validade do IHI Global Trigger Tool. Como posso defender o nosso tempo investimentos na ferramenta?

R: há certamente uma discussão saudável sobre a segurança a respeito do IHI Global Trigger Tool. É importante entender não existe um padrão ouro para a identificação de eventos adversos. Os tempo comprometido para aplicar o IHI Global Trigger Tool é relativamente pequeno e que não requer muito investimento técnico. E ele é certamente mais sensível do que relatórios voluntários e prevê um método mais eficaz de acompanhamento de danos atuais ao longo do tempo em uma organização.

21. Se utilizarmos o IHI Global Trigger Tool, quão razoável é esperado que ele identifique todos os eventos adversos ocorridos em consequência da assistência médica?

R: O IHI Global Trigger Tool nunca foi destinado para identificar todos os eventos adversos. Revisores experientes e familiarizados com o IHI Global Trigger Tool irão identificar quase todos os eventos acima da categoria E em um prontuário e que pode ser avaliado completamente dentro do prazo dos 20 minutos. Eventos na categoria E de dano envolver mais julgamento e às vezes não são tão óbvios, por isso estes são menos facilmente identificados e podem ser perdidos. Quando o prazo 20 minutos é aplicado nem todos os eventos adversos espera-se que sejam identificados.

22. Como os prontuários de treinamento deveriam ser utilizados?

Os prontuários de treinamento devem ser visto por todos os membros do time - médicos e revisores primários. O limite de 20 minutos limite não deveria ser imposto durante o treinamento. Depois dos prontuários serem revisados, toda a equipa deverá então debater utilizando o formulário de resposta no Anexo D.

23. Quais são aproximadamente os níveis de dano que as organizações encontram quando usam o IHI Global Trigger Tool?

As organizações encontram cerca de 90 eventos adversos para cada 1.000 pacientes atendidos ou 40 eventos adversos em 100 admissões. Cerca de 30 a 35 por cento de todas as admissões é encontrado algum tipo de evento adverso.

24. Se houver mais de um trigger encontrado e duas manifestações diferentes encontradas de eventos adversos da mesma droga, este é considerado um ou dois eventos adversos (p.ex., vômitos e trombocitopenia de alopurinol)? E se o vômito puder ser atribuído a dois medicamentos; continua sendo um ou dois eventos?

Em ambos os casos, nós deveríamos contar como um evento, mas uma importante determinação aqui é saber se umj tratamento ou intervenção foi necessária. Vômitos em uma ou duas ocasiões, mesmo com tratamento, geralmente não é considerado dano; mas náusea prolongada e vômito que requira tratamento, reduza a ingestão oral, ou limite a recuperação seria um evento adverso. Trombocitopenia por si só não é um evento adverso; necessita procurar por manifestações clínicas dela e tratamento.

No primeiro exemplo, gostaríamos de considerar como um evento porque ambas as manifestações foram provavelmente relacionadas com a mesma medicação. No segundo caso, é considerado como um evento porque não há maneira de determinar que medicação causou os vômitos (a menos que os vômitos tenham cessado quando um medicamento foi interrompido, o que pode deixar bem claro). Este é claramente um efeito nocivo do medicamento, que para os efeitos do Trigger Tool é tudo o que você precisa saber.

25. Quando um INR está acima de 6, isto não é intencional porque está fora da faixa terapêutica e é nocivo (parte da definição de dano da OMS) porque o paciente está em coagulopatia; mesmo sem sangramento ou qualquer tipo de complicações médica, não deveria ser considerado um evento adverso? O que acontece se a glicose estiver inferior a 50? Mesmo sem uma apresentação

clínica, é ainda sem intensão porque com o uso de qualquer droga anti-diabética, o objetivo seria atingir normoglicemia. Deveriam eles ser classificados com um evento adverso à droga (EAD) na ausência de sintomas?

UM ponto fundamental para o uso do Trigger Tools é a diferenciação entre um trigger positivo e um evento adverso, já que não são a mesma coisa.

Por exemplo, INR superior a 6 é um trigger positivo e nada mais. Quando este trigger é encontrado, um deve investigar o prontuário a procura por evidências de danos. Alguns pacientes têm a sorte e não experimentam qualquer dano (tais como sangramento ou hematomas) mesmo com esse nível, enquanto outros pacientes experimentam dano. Essa é a determinação de um evento adverso.

Na definição da OMS de “não-intencionado e nocivo”, enquanto um INR elevado neste grau é indesejável, ele pode não ser nocivo. Simplesmente é um estado onde existir o potencial para dano não é um dano propriamente dito.

O mesmo se aplica para a glicose inferior a 50. Este é apenas um trigger. Alguns pacientes podem cair abaixo de 50 e não têm sintomas. Em caso afirmativo, qual é o dano nesse caso? Definimos como nenhum. No entanto, se o paciente fica tonto, tem um episódio sincopal, e receber glicose, então poderíamos chamar de dano.

Nossa definição de um evento adverso, incluindo a uma droga (EAD), é aquele cuja lesão não-intencionada foi resultante de ou contribuída por cuidados médicos.

26. Temos feito dois revisores utilizar nossos próprios prontuários e não encontrando nenhum eventos adversos. Estamos fazendo algo de errado?

Esta não é incomum e existem duas principais razões para você pode ver isso:

1) Vocês estão usando uma pequena amostra randômica, assim é possível que não exita eventos adversos na pequena lista selecionados. Na próxima revisão, vocês podem encontrar muitos. Isto é a grande variação que pode ocorrer de amostra a amostra e por isso que precisamos de pelo menos 12 avaliações antes para ter um sentido da linha de base.

2) Uma Outra possibilidade é que alguns eventos de categorias E foram perdidos. Não é raro com novos revisores porque muitos eventos nesta categoria têm tradicionalmente sido entendidos como não-previníveis ou um conhecido risco do tratamento. Se você encontrar triggers positivos mas nenhum evento adverso, revise novamente aqueles prontuários para ver se existe algum evento da categoria E.

27. Qual é o tempo médio para completar uma revisão de prontuário pelo IHI Global Trigger Tool?

O tempo para manualmente revisar um prontuário é de cerca de 10 a 15 minutos para revisores primários experientes e não deve ultrapassar 20 minutos. Se um revisor gasta mais tempo do que isso, normalmente é porque o revisor começou lendo o prontuário e não apenas procurando por triggers ou fazendo uma análise dos eventos.

28. Pode o trigger ser automatizado e utilizado com o nosso sistema de informática?

Muitos dos triggers podem facilmente ser capturado por sistemas de informação. Isto é especialmente verdade para o uso de medicação e valores laboratoriais. Se tivermos um sistema que capture esses eletronicamente e relatórios possam ser gerados, isto pode poupar tempo durante a revisão.

O processo recomendado para seleção de prontuários deve ser em primeiro lugar. Uma vez que os prontuários foram identificados, gerar um relatório dos triggers baseado no sistema de informação para cada paciente. Se nenhum trigger for identificado, então você não precisa procurar nos prontuários por eles; no entanto, se um trigger positivo é encontrado, então você precisa revisar o prontuário para detalhes quanto à questão de saber como o evento adverso ocorreu. Nem todos os triggers podem ser automatizados, algumas revisões de prontuário ainda serão necessárias. Por exemplo, evidência de sedação em excesso muitas vezes é notada na evolução médica indicando letargia ou incapacidade para completar uma tarefa devido à fadiga.

29. Existe algum exemplo de organizações que diminuiu seus eventos adversos utilizando o IHI Global Trigger Tool? Em caso afirmativo, como identificaram que eventos focar, e como eles implementaram uma mudança que resultou na diminuição de eventos adversos relacionados a essa questão específica?

Primeiro, o IHI Global Trigger Tool é uma ferramenta de medida, tanto que usá-la não vai fazer nada na sua taxa de evento adverso. Uma analogia fácil: você não pode perder peso olhando para uma escala a cada dia. O mesmo acontece com o IHI Global Trigger Tool: Você não pode diminuir os eventos adversos somente medindo; tem de implementar mudanças.

Você pode usar um gráfico de Pareto para categorizar os eventos que encontrou (medicamentos, cirurgia, etc.) para ajudar decidir onde iniciar os esforços para implementar melhoria. No entanto, quando da primeira utilização do instrumento, poderá não ter dados suficientes para isso. Pequenas amostras irão variar os achados. Se quiser saber por onde começar o seu esforço para a melhoria, falar com o staff da linha de frente. Eles vão dizer onde o trabalho seguro deve ser feito. A fim de reduzir os danos em toda a organização, será preciso de um trabalho em múltiplas áreas.

30. Nós entendemos que o IHI Global Trigger Tool é um instrumento de medida, não uma ferramenta de melhoria; nos esforçamos com uma ferramenta de medida de custos-versus-valor. Como o uso da ferramenta tem impactado na segurança do paciente em outras instituições?

Atualmente, como decidir quais projetos de melhoria escolher? A maioria das organizações ou segue alguns conselhos (p.ex., The Joint Commission, ONA, etc.) ou “lubrifica os processos” que se apresentam com os eventos sentinela. O IHI Global Trigger Tool é um modo organizado de ganhar informações sobre o progresso de sua organização e onde você necessita focar os seus recursos. A revisão de 10 prontuários a cada duas semanas leva pelo menos três horas por revisor principal e 30 minutos do médico revisor a cada duas semanas para obtenção dos dados. Este é um pequeno investimento para que a informação seja adquirida. Esta ferramenta tem sido utilizada ao redor dos EUA e na Europa. Organizações experientes estão recomendando um mínimo de 24 pontos de medição necessários para estabelecer uma boa base de referência. A ferramenta por si só não impacta na segurança. Os times devem utilizar a ferramenta para dirigir recursos e medir tendências ao longo do tempo.

31. Estamos padronizando nosso processo para a revisão do IHI Global Trigger Tool. Deveríamos ter uma revisão por duas pessoas com a confirmação por um médico para os primeiros 20 prontuários apenas, ou é necessário a revisão por duas pessoas sempre?

Idealmente, deveria sempre ter pelo menos de dois revisores primários para rever cada prontuário. Os revisores deveriam se reunir, discutir seus achados e chegar a consenso, então tem a revisão do médico dos achados do consenso para a determinação final.

Se tiver apenas uma pessoa revisando os prontuários, os dados serão um pouco desviados, já que uma pessoa pega cerca de 75 por cento dos eventos adversos. Verificamos que muito dos eventos das categorias E e F têm uma chance maior de serem detectados com mais de um revisor.

32. Quantos prontuários devem ser revisados para estabelecer uma taxa de basal de eventos adversos?

Recomendamos 10 prontuários a cada duas semanas ou 20 por mês, selecionados aleatoriamente. Porque sendo esta é uma pequena, amostra aleatória, você precisa um mínimo de 12 dados obtidos antes que possa estabelecer uma linha de base, e organizações experientes estão recomendando 24 pontos de dados. Se desejar obter estes dados básicos mais rapidamente, considerar revisar 10 prontuários a cada duas semanas e plotar os dados para cada grupo de prontuários em vez de mensais. Uma nota de prudência: não trave na linha de base e atrase o início das melhorias. Leva tempo mudar a taxa de eventos adversos, tanto que deveria iniciar os esforços para melhorias enquanto se recolhe dados. Isto não irá afetar adversamente os seus resultados.

ANEXO 6 – AGENDA GTT DAY 1

**Educação / Treinamento - Global Trigger Tool
Agenda Dia 1**

TÓPICO	TEMPO	APRESENTADOR
Introdução	10 min	Henrique
Visão Geral do Treinamento/Educação	5 min	
Função da CEQ no Processo do GTT	5 min	
Introdução ao GTT	40 min	
Break	10 min	
Revisão de Prontuários de Treinamento	90 min	
Break	10 min	
Revisão dos Formulários	10 min	
Procedimento Operacional Padrão (POP) / Fluxo do Processo	10 min	
Linha do Tempo do Processo	10 min	
Conversa Rápida	10 min	
Questões	20 min	

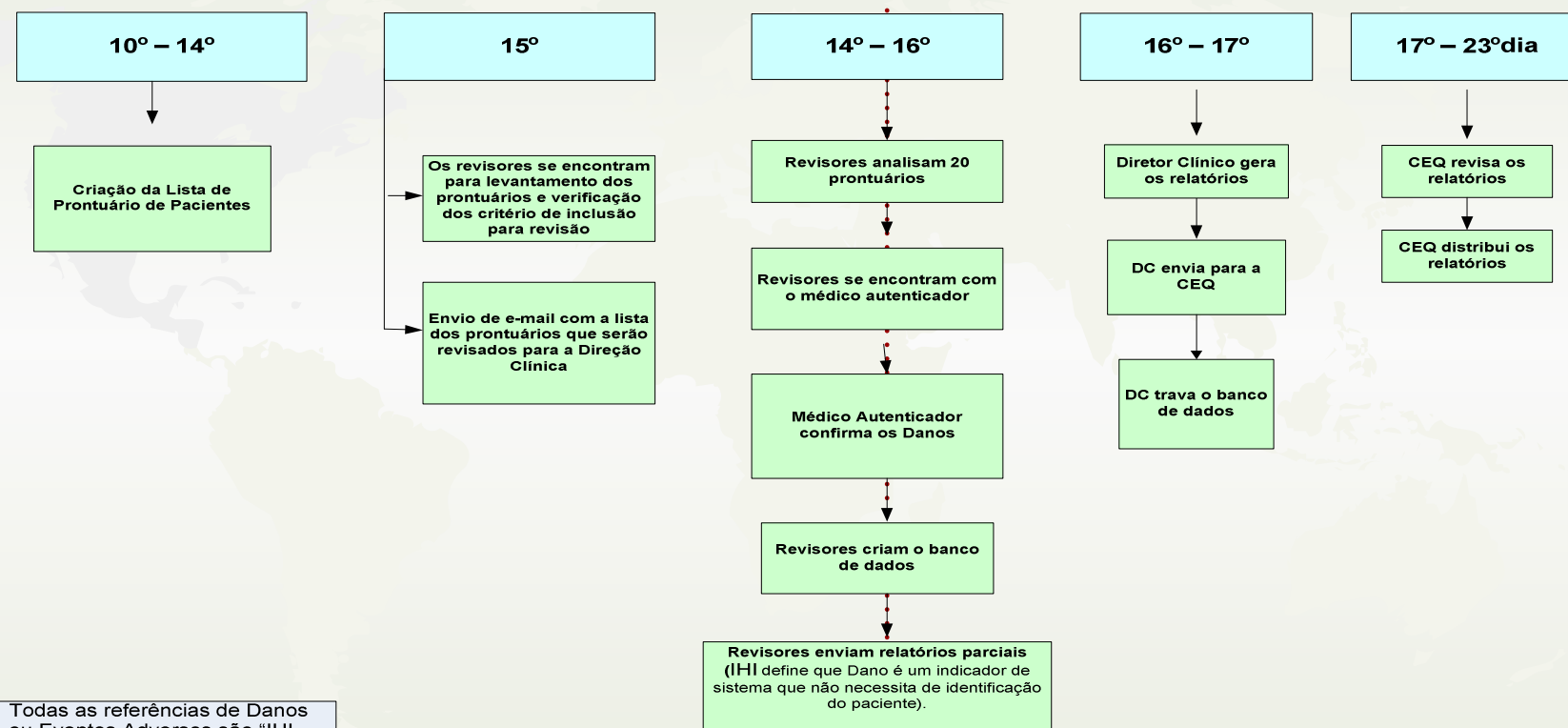
Próxima Reunião: ____/____/____

ANEXO 7 – AGENDA GTT DAY 2**Educação / Treinamento - Global Trigger Tool
Agenda Dia 2**

TOPICO	TEMPO	APRESENTADOR
Conversa Rápida	5 min	Henrique
Recordação do Dia 1	5 min	
Revisão dos prontuários de treinamento	60 min	
Break	10 min	
Banco de Dados	15 min	
Relatórios / Métricas	10 min	
Comentários finais	10 min	

ANEXO 8 – LINHA DO TEMPO MENSAL GTT

LINHA DO TEMPO MENSAL – GLOBAL TRIGGER TOOLS



ANEXO 9 – PLANILHA DE TRABALHO GTT IHI

PLANILHA DE TRABALHO IHI GTT

Triggers do Módulo Cuidados		+ Descrição do Evento ou Danos Categorias E-I		Triggers do Módulo Medicação		+ Descrição do Evento ou Danos Categorias E-I	
C1	Transfusão ou uso de Derivados de sangue			M3	INR maior que 6		
C3	Díalise Aguda			M4	Glicemia menor que 50 mg/dL		
C4	Hemocultura Positiva			M5	Aumento da creatinina sérica 2x o basal		
C5	Estudos radiológicos ou Doppler para embolia ou TVP			M6	Administração de Vitamina K		
C6	Queda de mais de 25% da hemoglobina ou hematócrito			M7	Administração de Difenhidramina		
C7	Queda do paciente			M8	Administração de Flumazenil		
C9	Readmissão dentro de 30 dias			M9	Administração de Naloxona		
C11	Infecções associadas aos serviços de saúde			M10	Administração de Anti-eméticos		
C15	Outras			M12	Parada abrupta da Medicação		
				M13	Outros		
Triggers do Módulo Cirúrgico		+ Descrição do Evento ou Danos Categorias E-I		Triggers do Módulo Pronto Atendimento		+ Descrição do Evento ou Danos Categorias E-I	
S11	Ocorrência de qualquer complicação operatória			E1	Readmissão ao PA dentro de 48 horas		
				E2	Tempo no PA maior que 6 horas		

Identificação do Paciente _____ Total de Eventos _____ Descrição dos Eventos com maior detalhes no verso da Folha.

[Fotocópias apenas da frente da folha. Deixe o lado oposto em branco para anotações]

ANEXO 10 – FOLHA DE RESUMO DA REVISÃO GTT IHI

FOLHA RESUMO DA REVISÃO IHI GTT

MÊS:

ANO:

Prontuário #	INTERNAÇÃO sim/não	Evento Externo sim/não	Readmissão sim/não	Comentário se relacionado à Readmissão	Trigger(s) COM Evento Adverso associado	Eventos (Danos)	Comentários dos Eventos	Trigger(s) SEM EA associados
	sim	não	sim	Patient had a Cardiac Cath. Pt returned 2 hrs after d/c	C1, C6, C7, C9, C14	H	Pt with retroperitoneal bleed following Cardiac Cath. Syncope episode at home. Hypotensive, cold, clammy. Required 4 Units blood	M10, M7
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Measure #1: Eventos Adversos/1,000 atendimentos-dia

Total do número de Eventos Adversos/Número médio diário de atendimentos mensal de consultas no mês x 1,000 = _____ Eventos Adversos por 1,000 atendimentos-dia

Número total de eventos adversos _____ / Média diária de atendimentos no mês Total _____ x 1,000 = _____

Measure #2: Eventos Adversos /100 internações

Número total número de eventos adversos em pacientes que tiveram internação _____ / Total prontuários revisados que tiveram internação _____ x 100 = _____ Eventos adversos por 100 internações

Measure #3: Porcentagem de admissões com um evento adverso

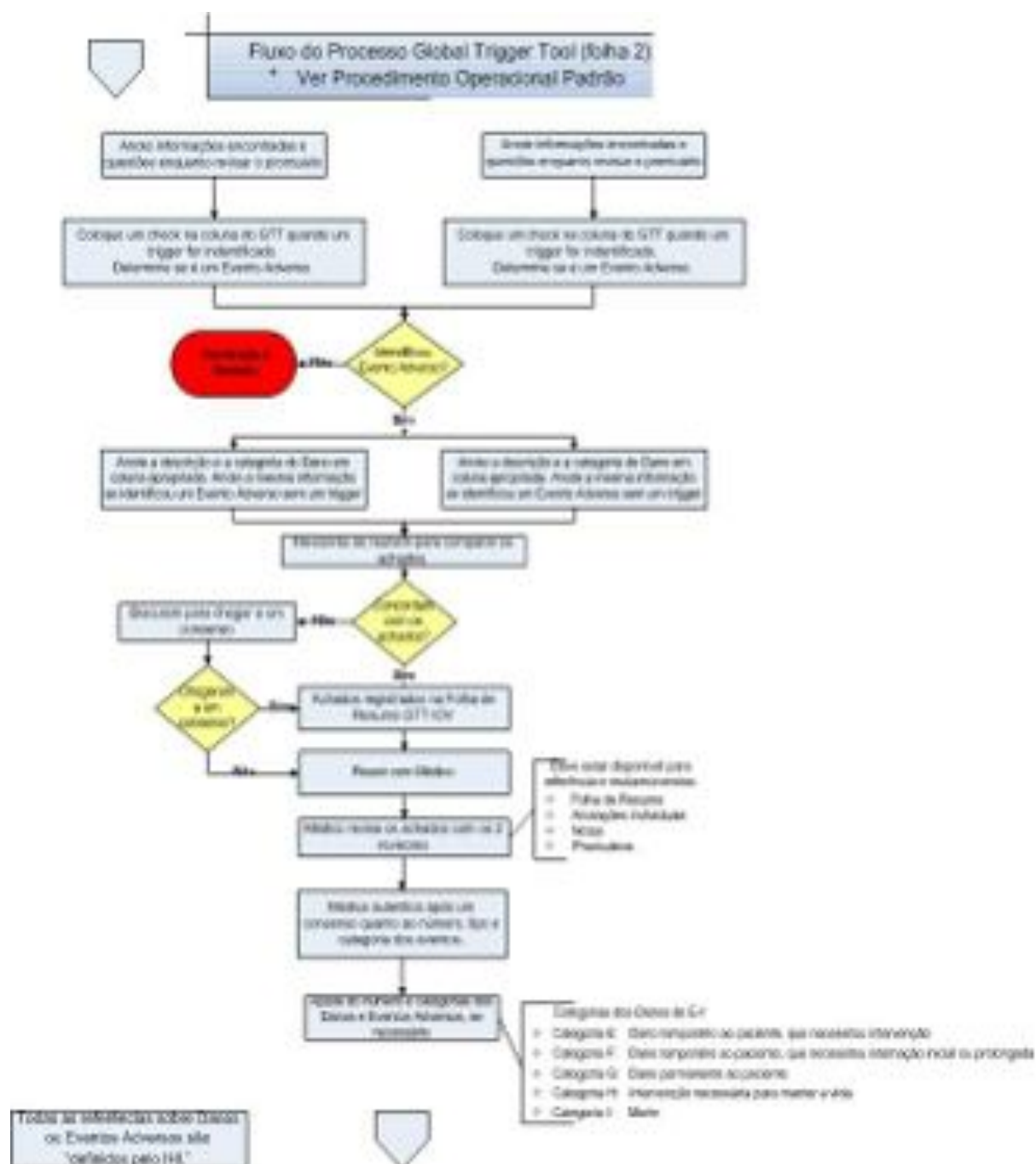
O número de internações com pelo menos um evento adverso

Número total de prontuários QUE INTERNOU com pelo menos um evento / Total de prontuários revisados QUE INTERNOU x 100 = Porcentagem de internações com um evento adverso

Informações Adicionais no verso da Folha Resumo

ANEXO 11 – FLUXO DO PROCESSO IHI GTT







All reference to Harm or Adverse Events are "ill defined"

ANEXO 12 – FLUXO DO PROCESSO MACRO IHI GTT



ANEXO 13 – MANUAL PARA LESÕES E DOENÇAS OCUPACIONAL

ANEXO 14 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FUNCIONAL (FHS-6)

QUESTIONÁRIO DE PACIENTE

OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

Declaração de Confidencialidade

Todas as informações que permitam a identificação dos pacientes serão consideradas estritamente confidenciais, serão utilizadas apenas para fins de avaliação da saúde da população, e não serão divulgadas para quaisquer outros fins sem o consentimento prévio, exceto se exigido por lei.

O objetivo deste estudo é tentar encontrar uma boa maneira de coletar informações sobre a saúde geral dos pacientes que recebem cuidados aqui. Seu médico pode ou não pode usar as suas respostas durante a sua visita.

Instruções:

1. Por favor, inicie imediatamente e preencha o máximo que puder antes de sua visita.
2. Quando você terminar, devolva à RECEPÇÃO este questionário.
3. Se você não tem tempo para concluí-lo antes de ver o seu prestador de cuidados de saúde, por favor, leve mais alguns minutos para concluí-lo antes de sair da clínica e entregue a recepcionista.

Sua Saúde Física: As primeiras questões são sobre sua saúde física e atividades.

1. Durante as últimas 4 semanas, quanto a sua saúde te limita a fazer atividades moderadas, tais como mover uma mesa, utilizar um aspirador de pó, ou andar alguns quarteirões? Quer dizer você tem sido...

<1> Muito Limitado

<2> Limitado um pouco

<3> Não se limita nem um pouco

2. Durante as últimas 4 semanas, quanto a sua saúde te limita a fazer atividades vigorosas como subir vários lances de escada, levantar objetos pesados, ou a prática de esportes vigorosos? Quer dizer que você tem sido...

<1> Muito Limitado

<2> Limitado um pouco

<3> Não se limita nem um pouco

3. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor tem interferido no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e o trabalho doméstico)?

<1> Nem um pouco

<2> Ligeiramente

<3> Moderadamente

<4> Um pouco

<5> Extremamente

Seus sentimentos: As próximas questões são sobre sua saúde emocional.

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo você tem estado muito nervoso?

<1> Todo o tempo

<2> Na maioria das vezes

<3> Uma boa parte do tempo

<4> Na minoria das vezes

<5> Pouco tempo

<6> Nenhum momento

5. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo você tinha um monte de energia?

- <1> Todo o tempo
- <2> Na maioria das vezes
- <3> Uma boa parte do tempo
- <4> Na minoria das vezes
- <5> Pouco tempo
- <6> Nenhum momento

6. Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo se sentiu desanimado e triste?

- <1> Todo o tempo
- <2> Na maioria das vezes
- <3> Um bom bocado de tempo
- <4> Na maioria das vezes
- <5> Um pouco do tempo
- <6> Nada do tempo

Sobre Você: O último conjunto de perguntas sobre alguns fatos de você.

7. Você é um novo paciente nesta clínica?

¹ ☐ Sim

² ☐ Não

8. Durante os últimos três meses, você ficou hospitalizado durante uma noite ou mais tempo?

¹ ☐ Sim

² ☐ Não

9. Do que você sabe até agora, você tem alguma das seguintes condições ou problemas? Marque todas as condições e problemas que se aplicar a você.

¹ ☐ Pressão arterial alta ou hipertensão

² ☐ Açúcar no sangue alto ou diabetes

- ³ [] câncer diagnosticado nos últimos três anos, exceto o câncer de pele
 - ⁴ [] Artrite
 - ⁵ [] Paralisia ou problemas neurológicos (incluindo esclerose múltipla, derrame, distrofia muscular)
 - ⁶ [] Usando marcapasso cardíaco
 - ⁷ [] insuficiência cardíaca ou de aumento do coração
 - ⁸ [] Angina ou dor no peito
 - ⁹ [] Asma, enfisema, bronquite crônica ou problema pulmonar grave
 - ¹⁰ [] Problema nas constas, incluindo hérnia ou coluna
 - ¹¹ [] Úlceras (duodeno, estômago, pépticas)
 - ¹² [] Doença Inflamatória Intestinal, enterite, colite
 - ¹³ [] Alergias (problemas crônicos de sinusite, rinite e outros)
 - ¹⁴ [] Doença renal
 - ¹⁵ [] Doença hepática
 - ¹⁶ [] Ansiedade ou depressão
 - ¹⁷ [] Algum outro problema de saúde: (por favor descreva)
-

10. Você é ...

- ¹ [] Masculino
- ² [] Feminino

11. Qual é a sua faixa etária?

- ¹ [] 18-34
- ² [] 35-54
- ³ [] 55-64
- ⁴ [] 65-74
- ⁵ [] 75-84
- ⁶ [] 85 anos ou mais

12. Qual é o mais alto grau ou nível de escola que você concluiu?

- ¹ [] Primeiro grau ou menos

² [] Ensino médio, mas não se formou

³ [] Colegial

⁴ [] Alguma faculdade

⁵ [] Pós-graduação da faculdade

14. Você é de origem hispânica ou latina ou descendente?

¹ [] Sim, hispânico ou latino

² [] Não, nem hispânico ou latino

14. Qual é a sua raça? Por favor, escolha uma ou mais.

¹ [] Branca

² [] Negra ou Afro-americano

³ [] Asiática

⁴ [] Outros (por favor, escreva): _____

Muito obrigado.

Por favor, deixe o seu questionário com a recepcionista.