



# Experiências exitosas na investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde – Enf. Ma. Denise Jorge Munhoz da Rocha CHC-UFPR/Ebserh



Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI  
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS  
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

# Implantação de método para análise de eventos adversos

Enf. Ma. Denise Jorge Munhoz da Rocha  
Setor de Gestão da Qualidade  
CHC-UFPR/Ebserh



17 de agosto de 2023

UNIVERSIDADE DO PARANÁ  
HOSPITAL DE CLÍNICAS

# Organização da apresentação

O que é uma experiência exitosa?

O trajeto da identificação de um suposto evento adverso ao estabelecimento de ações e monitoramento para que não se repita.

A diferença entre o ideal e o real.

Que fatores influenciaram na adoção e manutenção de métodos para análise de eventos adversos.



# Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh: Hospital de Clínicas e Hospital Victor Ferreira do Amaral



# O CHC-UFPR/EBSERH em números gerais

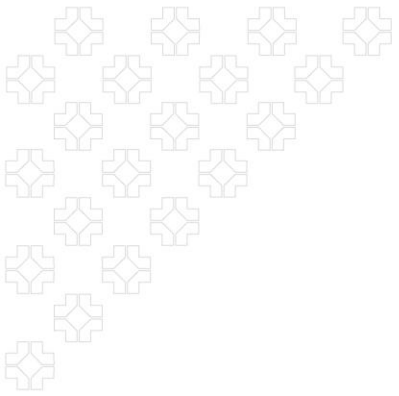
Área física - HC	65.000 m <sup>2</sup>
Área física - HVFA	3.000 m <sup>2</sup>
Número de leitos	428 ativos
Número de cirurgias	807 cirurgias (média/mês)
Total de habilitações	49 ativas
Consultas ambulatoriais	27.000 (média/mês)
Pacientes internados	1.450 (média/mês)
Número de nascimentos	301 (média/mês)
Procedimentos Ambulatoriais	141.000 (média/mês)

Fonte: SRAS, 2022

# Número de profissionais e discentes

Vínculo	Quantidade
RJU - UFPR	1344
Ebserh	2072
Terceirizados	829
Residentes	518
Docentes	279
Alunos de graduação	1466
Alunos pós-graduação	233
<b>TOTAL</b>	<b>6741</b>

Fonte: DIVGP, GEP - Setembro 2022



# Construção, implantação e manutenção de método para análise de incidentes



# Linha do tempo

- **2010:** Criação da Assessoria de Gestão da Qualidade, subordinada a Direção Geral.
- **2010:** estudo sobre o tema segurança do paciente, criação das primeiras versões de POPse formulários para notificação e análise de incidentes, e capacitação das equipes.
- **2011:** Criação do Programa de Segurança do Paciente com início das notificações e análise de incidentes, manuscritas (700 notificações).
- **2011 (abril):** Realização da primeira reunião utilizando o método de análise de causa raiz para suspeita de eventos graves (16 incidentes).
- **2011 (outubro):** Revisão do POP de investigação e inclusão de ferramentas (diagrama de Ishikawa, conforme o ICPS/OMS; linha do tempo e relatório) para os eventos graves.
- **2011:** Hospital acreditado ONA Nível 1.
- **2014 (outubro):** Adesão a Ebserh. Mudança no organograma.
- **2016:** Acesso a sistema eletrônico de notificação (Vigihosp), oportunizando roteiro de investigação e tratamento de incidentes.
- **2022:** novo organograma. Área retorna a subordinação da Superintendência.
- **2023:** Selo Ebserh de Qualidade – Categoria Bronze.



# Fatores que influenciam a investigação de incidentes de segurança

O apoio da gestão para as questões da qualidade e segurança assistencial.

Valorização do cumprimento de legislações específicas.

Cultura institucional relacionada a análise de óbitos pelas Comissões.

Cuidado centrado no paciente.

Atitude diante de manifestações negativas de pacientes sobre os serviços que ofertados.

Nível de cuidado ofertado pelo serviço.

Cultura institucional de notificação/relato de incidentes.  
Necessidade de implantar método para EA é consequência natural.

# Fatores facilitadores para a implantação de método

Maturidade dos gestores:  
Vontade de aprender e mudar.

Estratégias de sensibilização/capacitação da equipe multiprofissional em segurança do paciente.

Participação das lideranças intermediárias.

Cumprimento de legislações.

Transparência.

Resiliência das equipes.

A definição de profissionais específicos.

A capacitação/domínio da técnica dos EA graves pela equipe da área de segurança.

Esperança de melhoria.

Sistema informatizado.

# Possíveis fatores dificultadores para a implantação de método

Nível de cuidado na instituição  
(danos podem superar os benefícios).

A cultura do medo.  
Atitude defensiva.

Falta de compreensão de análise sistêmica.  
A tendência de levar para o lado pessoal.

Para os EA graves, quando a equipe coordenadora está subdimensionada:

- Tempo longo entre o incidente e a reunião de análise.
- Risco de análises superficiais e escolha incompleta dos participantes.
- Pode gerar a perda de confiança no método.

O não envolvimento de lideranças.

A ausência de resposta ao notificador.

A reincidência dos EA.

Operacionalização do método de EA grave.



# Experiência exitosa

- Método consolidado e incorporado a cultura institucional, mas sempre em evolução e com necessidade de avanços.
- A recomendação pela equipe multiprofissional para que seja realizada análise de causa raiz, ao notificar um incidente supostamente grave.
- A evolução da percepção das suspeitas de incidentes: da 1ª ACR realizada em 2011 (queda) às suspeitas de ausência de cuidado oportuno e condutas para diagnóstico e terapêutica.
- A consciência que o aprendizado oportunizado pelas análises, as ações propostas nos planos e a mudança de visão dos profissionais preveniram danos aos pacientes.



# Cultura de segurança e liderança

- Existe a necessidade de uma nova geração de **líderes** de segurança dos pacientes que sejam **habilidosos e apaixonados** para criar as condições, uma organização e equipe para um cuidado mais seguro (OMS, 2021).



# Referências

- World Health Organization. 2021. Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> Acesso em agosto 2023).
- Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado/ Charles Vincent e Rene Almaberti – Rio de Janeiro, 2016 (<https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf> Acesso em agosto 2023).
- Relatórios gerenciais CHC-UFPR/Ebserh, 2022/2023.



[denise.rocha@hc.ufpr.br](mailto:denise.rocha@hc.ufpr.br)

[sevisp@hc.ufpr.br](mailto:sevisp@hc.ufpr.br)





# Experiências exitosas na investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde – Dra. Ana Paula Hermann Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Ebserh

Realização:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Coordenação de Gestão da Transparência e Acesso à Informação - CGTAI  
Gerência-Geral de Conhecimento, Inovação e Pesquisa - GGCIP

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS  
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES



# Investigação de incidentes de segurança do paciente no CHC-UFPR

UNIVERSIDADE DO PARANÁ  
HOSPITAL DE CLÍNICAS





# Comunicação dos incidentes

- Uso do aplicativo VIGHOSP desde 2016 por todos os profissionais;
- Leitura diária das notificações por enfermeiro da Unidade de Segurança do Paciente;
- Análise preliminar;
- Classificação segundo CISP/OMS;
- Agradecimento ao notificador;
- Envio, por e-mail, ao investigador da área / vigilantes da Rede Sentinela;
- Inserção de dados na planilha de desvio de qualidade de insumos.

## VIGIHOSP - COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CHC-UFPR

Notificação de incidente/ queixa técnica relacionada a:

- Artigo médico-hospitalar
- Cirurgia
- Desabastecimento de tecnologias em saúde
- Doenças e agravos de notificação compulsória
- Equipamento médico-hospitalar
- Erro diagnóstico
- Extubação acidental
- Flebite
- Identificação do paciente
- Infecções relacionadas à assistência à saúde
- Kits e reagentes para diagnóstico
- Lesões de pele
- Medicamento
- Perda de cateter
- Queda
- Registro de Câncer
- Saneantes, Cosméticos e produtos de higiene pessoal
- Sangue ou hemocomponentes
- Terapia nutricional
- Transplante, enxerto, terapia celular ou reprodução humana assistida
- Tromboembolismo venoso
- Outros

[CRIAR NOTIFICAÇÃO](#)

[ACOMPANHAR NOTIFICAÇÃO](#)

# Análise/avaliação/tratamento das notificações

Incidentes com forte suspeita de ausência dano ou dano leve e moderado são investigados pela área

- Análise da notificação / análise de prontuário / entrevistas com envolvidos, informantes chaves e com paciente/familiar;
- Avaliação do grau de dano;
- Inserção de parecer e plano de ação no SIG;
- Conclusão do caso no SIG.



# Análise/avaliação/tratamento das notificações

Quedas, flebites, lesões por pressão e tecnovigilâncias são investigadas pelos enfermeiros da unidade de segurança do paciente

- Análise da notificação / análise de prontuário / entrevistas com envolvidos, informantes chaves e com paciente/familiar;
- Avaliação do grau de dano;
- Inserção de parecer e plano de ação no SIG;
- Conclusão do caso no SIG.

# Análise/avaliação/tratamento das notificações

Incidentes com forte suspeita de dano grave, óbito ou potencial catastrófico são investigados pela Unidade de Segurança do Paciente

- Análise da notificação / análise de prontuário / entrevistas com envolvidos, informantes chaves e com paciente/familiares;
- Consenso entre a médica e a chefia da USEP;
- Envio de e-mail, pela chefia da USEP, aos chefes das unidades envolvidas e seus respectivos investigadores;
- Definição de local e data de realização da reunião de análise de causa raiz com plano de ação (ACRPA);
- Elaboração da linha do tempo.

**LINHA DO TEMPO POR INCIDENTE**

ACRPA Nº

RAO:

VIGIHOSP Nº:

Nome do paciente:

Reg. HC:

Idade:

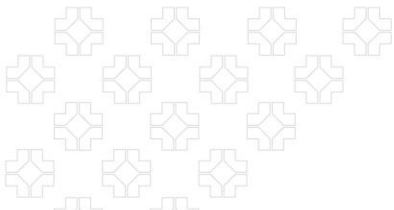
Resumo Clínico:

Incidente:

Data do incidente:

Hora do incidente:

Data da reunião para ACR:



# Identificação de fatores contribuintes



Setor de Gestão da Qualidade - STGQ  
Unidade de Segurança do Paciente - USEP

## DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO OU DIAGRAMA DE ISHIKAWA

ACRPA N°:

Nome do paciente:

Resumo Clínico:

Descrição do provável Incidente:

Data do incidente:

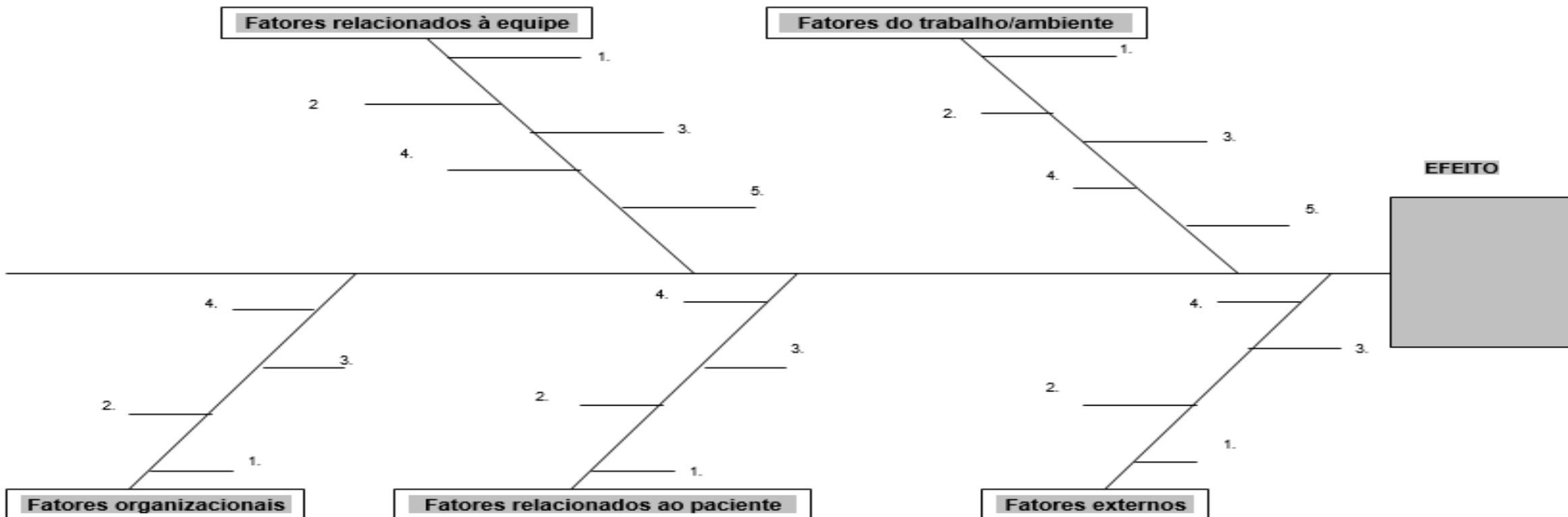
Reg. HC:

Idade:

Data da reunião para ACR:

Início:

Término:





## **Classificação do Incidente**

- Seguindo Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS.

## **Grau de dano ao paciente**

- Nenhum, leve, moderado, grave ou óbito.

## **Ações de melhoria para redução do risco**

- Elaboração do plano de ação.



# Ações de melhoria para redução do risco



Setor de Gestão da Qualidade - STGQ  
Unidade de Segurança do Paciente - USEP

**PLANO DE AÇÃO - 5W2H**

**ACRPA N°.**

Gerência/ Divisão/ Setor /Unidade:

Data de Elaboração:

Responsável:

Objetivo:

O QUÊ	POR QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUANTO?	STATUS
						R\$ 0,00	<input type="checkbox"/> Planejada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/> Concluída <input type="checkbox"/> Cancelada
						R\$ 0,00	<input type="checkbox"/> Planejada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/> Concluída <input type="checkbox"/> Cancelada
						R\$ 0,00	<input type="checkbox"/> Planejada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/> Concluída <input type="checkbox"/> Cancelada
						R\$ 0,00	<input type="checkbox"/> Planejada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/> Concluída <input type="checkbox"/> Cancelada
						R\$ 0,00	<input type="checkbox"/> Planejada <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Atrasada <input type="checkbox"/> Concluída <input type="checkbox"/> Cancelada



# Comunicação de incidentes às equipes

- Planilhas disponibilizadas quinzenalmente aos chefes das unidades;
- Notificação à ANVISA.



# Pontos fortes

- Agilidade na análise preliminar das notificações;
- Investigação, in loco, pela Unidade de Segurança do Paciente de quedas, flebites, lesões por pressão e tecnovigilâncias;
- Comissão de Investigadores das áreas;
- Método estabelecido para a realização de ACRPA com ampla participação dos profissionais e chefias;
- Notificação regular à ANVISA.



# Oportunidades de melhorias

- Conclusão da investigação, pelas unidades, no prazo de 60 dias;
- Operacionalização dos planos de ação pelas áreas envolvidas;
- Monitoramento dos planos de ação pelas áreas e Unidade de Segurança do Paciente;
- Ampliação dos incidentes notificados à ANVISA.

# Obrigada!

[ugra@hc.ufpr.br](mailto:ugra@hc.ufpr.br)  
[ana.hermann@hc.ufpr.br](mailto:ana.hermann@hc.ufpr.br)

