

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/Ebsrh



17 de agosto de 2023



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 ² |
| Área física - HVFA | 3.000 m ² |
| | |
| 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) |

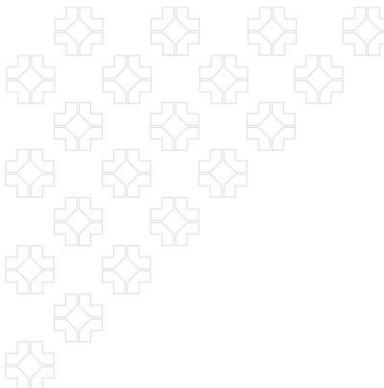
Fonte: SRAS, 2022



Número de profissionais e discentes

| Vínculo | Quantidade |
|----------------------|-------------|
| RJU - UFPR | 1344 |
| Ebsrh | 2072 |
| Terceirizados | 829 |
| Residentes | 518 |
| Docentes | 279 |
| Alunos de graduação | 1466 |
| Alunos pós-graduação | 233 |
| TOTAL | 6741 |

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 POPs e 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).

Falta de compreensão de análise sistemática.

A tendência de levar para o lado pessoal.

A ausência de resposta ao notificador.

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.

A reincidência dos EA.

A cultura do medo.

Atitude defensiva.

O não envolvimento de lideranças.

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

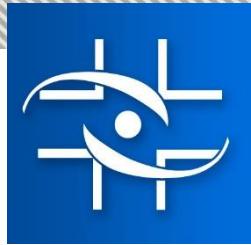
- World Health Organization. 2021. Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> Acesso em agosto 2023).
- Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado/ 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.



THANK YOU TEŞEKKÜR הדות 감사합니다 XVALA GRACIAS ĎAKUJEM DĚKUJI DANKE
спасибо TERIMA KASIH ARIGATÔ NGIYABONGA לודגה DANKE KITOS TAK 감사합니다
DHANYAVĀD KÖSZÖNÖM ευχαριστώ ARIGATÔ спасибо TAK XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI
GRÀCIES TEŞEKKÜR GRACIAS THANK YOU SHUKRAN XIÈXIÈ TAK GRACIAS GRÀCIES TERIMA KASIH
ευχαριστώ MERCI OBRIGADO DANKE TAK XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI
XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI OBRIGADO DANKE TAK XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI
감사합니다 GRAZIE OBRIGADO DANKE TAK XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI
DANKE KITOS DHANYAVĀD TACK OBRIGADO MERCI GRAZIE KITOS HVALA 감사합니다
DANKE KOP KHUN TACK TEŞEKKÜR XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI GRAZIE TERIMA KASIH XVALA
THANK YOU KOP KHUN TACK TEŞEKKÜR XIÈXIÈ DĚKUJÍ MERCI GRAZIE TERIMA KASIH XVALA
감사합니다 ARIGATÔ XIÈXIÈ DANKO GRACIAS NGIYABONGA SHUKRAN TACK GRAZIE TERIMA KASIH
MERCI XVALA

denise.rocha@hc.ufpr.br

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



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

RAO:

VIGIHOSP N°:

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:

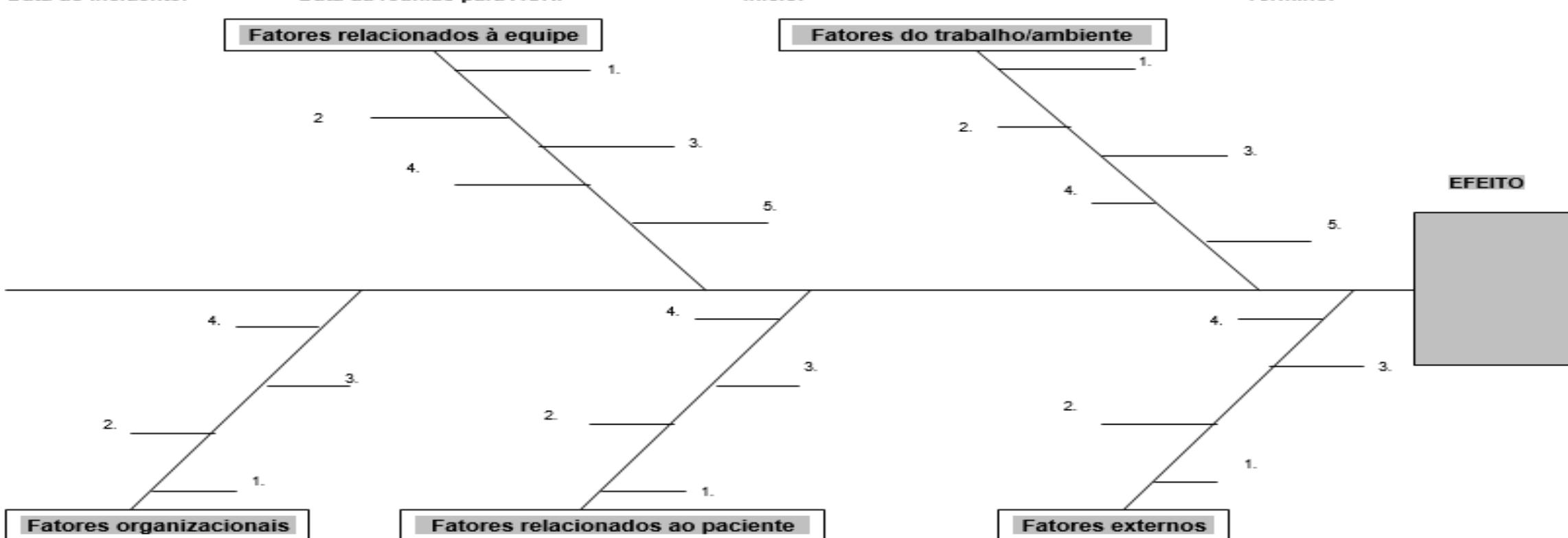
Descrição do provável Incidente:

Data do incidente:

Data da reunião para ACR:

Reg. HC:

Idade:



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 QUE | POR QUÉ? | 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 |

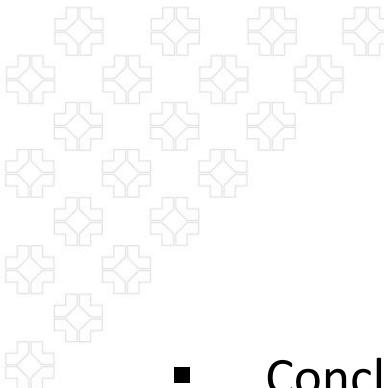
Comunicação de incidentes às equipes

- 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
ana.hermann@hc.ufpr.br

