

# Cultura de Segurança e Notificação de Incidentes



Vera Lúcia Borrasca  
Ger. Exec. Qualidade e Segurança  
[vlborrasca@hcor.com.br](mailto:vlborrasca@hcor.com.br)

WEBINAR PROQUALIS PNSP 10 ANOS

10 anos do  
**Programa Nacional de  
Segurança do Paciente:**  
Cultura de segurança e  
notificação de incidentes

5 DE ABRIL  
2023 | 15h  
[youtube.com/proqualis](https://youtube.com/proqualis)



PALESTRANTE  
**Zenewton Gama**  
Professor de Saúde Coletiva  
na Universidade Federal do  
Rio Grande do Norte

PALESTRANTE  
**Cassiana Gil Prates**  
Coordenadora do Serviço  
de Epidemiologia e  
Gerenciamento de Riscos do  
Hospital Ernesto Dornelles

PALESTRANTE  
**Heiko Thereza Santana**  
Especialista em Regulação e  
Vigilância Sanitária da  
GGTES/GVIMS/Anvisa

PALESTRANTE  
**Vera Lúcia Borrasca**  
Gerente Executiva de  
Qualidade e Segurança  
do Hospital do Coração

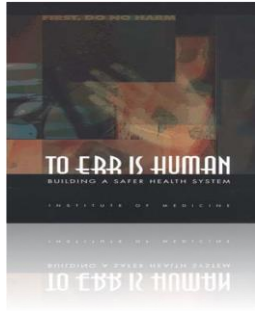
MODERADORA  
**Maria de Lourdes  
Moura**  
SUVISA/ SES-RJ e Proqualis/  
ICICT/ Fiocruz



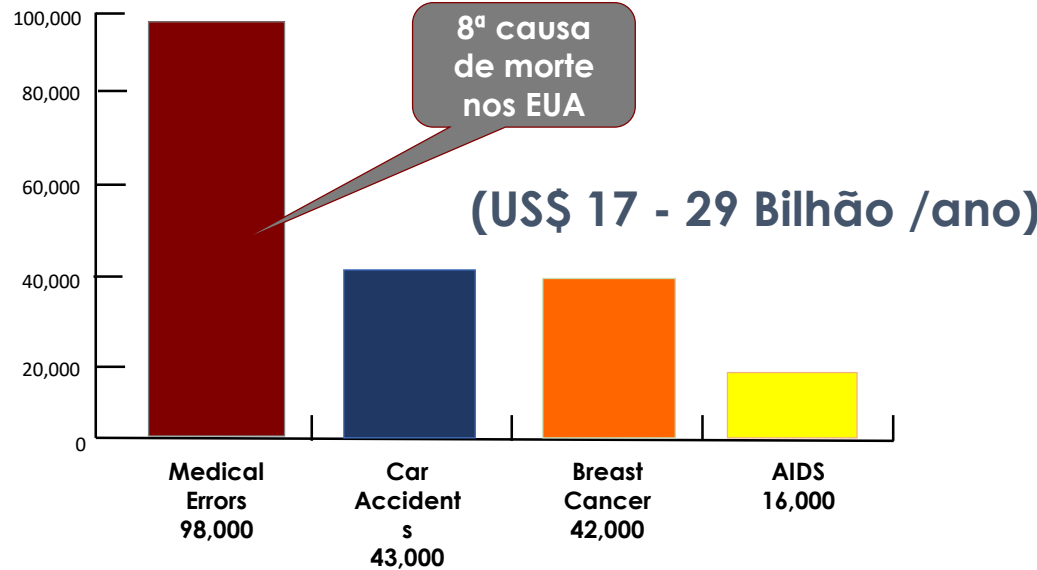
**hcor**

ASSOCIAÇÃO  
BENEFICENTE SÍRIA

# Contexto evolutivo – progredimos?

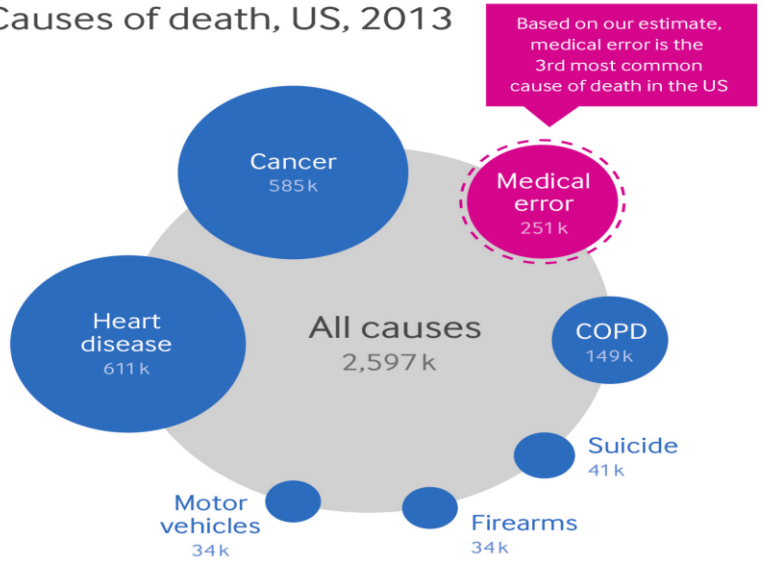


*To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality in America. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.*



**Prioridade:**  
melhorar a segurança do paciente nos cuidados a saúde

Causes of death, US, 2013

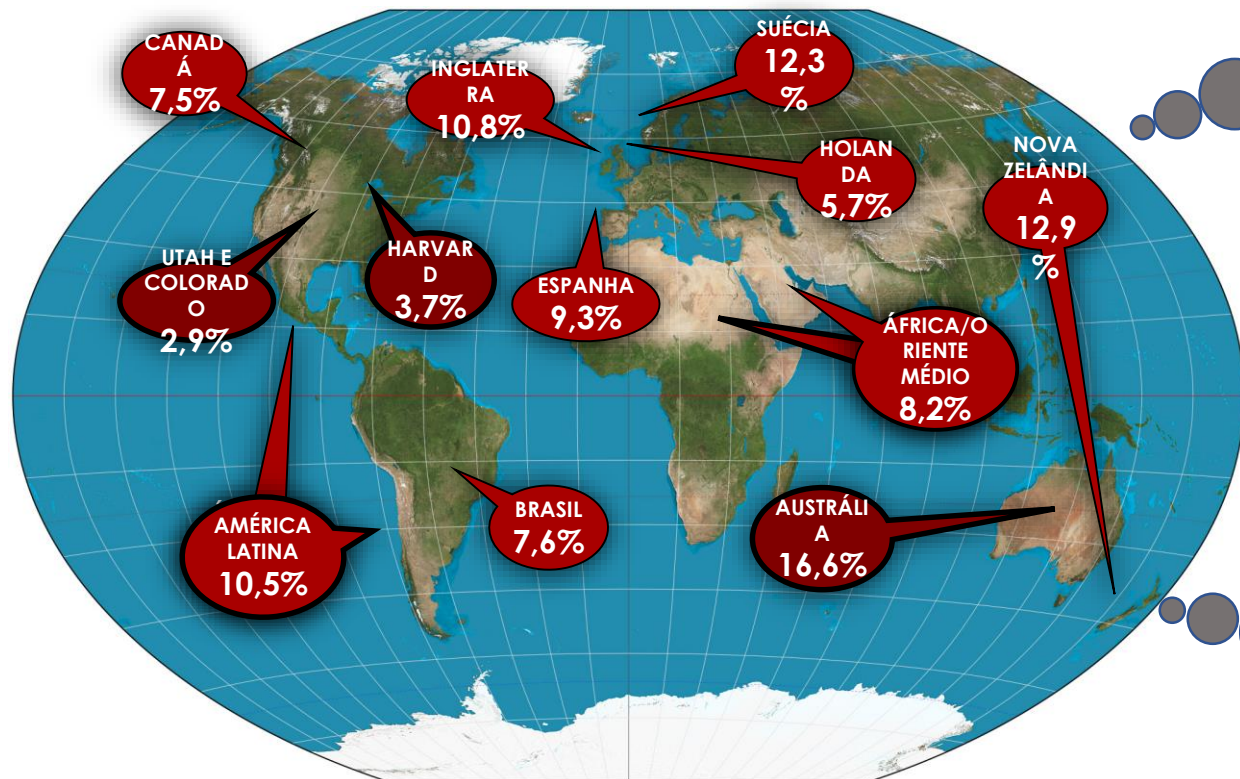


## Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

*BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139*

# Contexto evolutivo – progredimos?



Complicações intra operatórias  
Erro medicação  
IRAS

Evitáveis:  
entre 34,3 e  
83% dos  
eventos  
(mediana de  
51,2%)

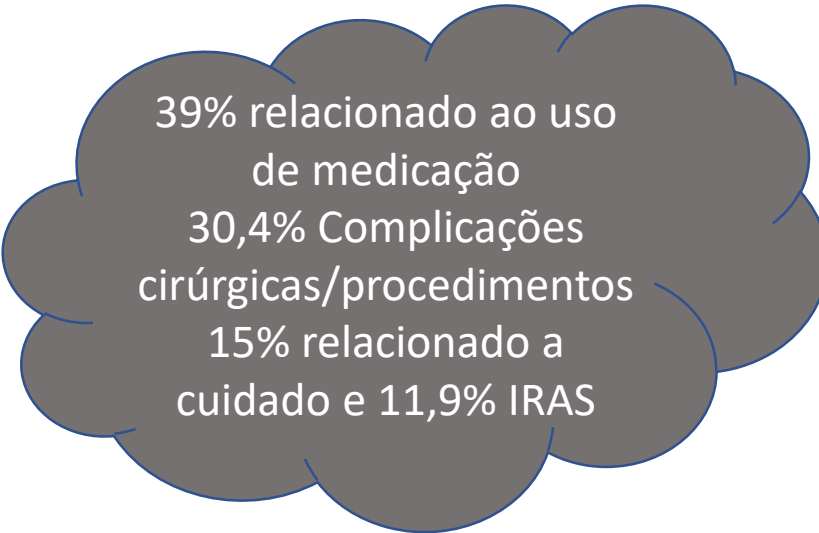
# Contexto evolutivo – progredimos?

> N Engl J Med. 2023 Jan 12;388(2):142-153. doi: 10.1056/NEJMsa2206117.

## The Safety of Inpatient Health Care

David W Bates<sup>1</sup>, David M Levine<sup>1</sup>, Hojjat Salmasian<sup>1</sup>, Ania Syrowatka<sup>1</sup>, David M Shahian<sup>1</sup>, Stuart Lipsitz<sup>1</sup>, Jonathan P Zebrowski<sup>1</sup>, Laura C Myers<sup>1</sup>, Merranda S Logan<sup>1</sup>, Christopher G Roy<sup>1</sup>, Christine Iannaccone<sup>1</sup>, Michelle L Frits<sup>1</sup>, Lynn A Volk<sup>1</sup>, Sevan Dulgarian<sup>1</sup>, Mary G Amato<sup>1</sup>, Heba H Edrees<sup>1</sup>, Luke Sato<sup>1</sup>, Patricia Folcarelli<sup>1</sup>, Jonathan S Einbinder<sup>1</sup>, Mark E Reynolds<sup>1</sup>, Elizabeth Mort<sup>1</sup>

n	Evento adverso (EA)	EA grave	EA evitável
2809	23,6%	32,3%	22,7%



39% relacionado ao uso de medicação  
30,4% Complicações cirúrgicas/procedimentos  
15% relacionado a cuidado e 11,9% IRAS

## Contexto evolutivo – progredimos?

### Dificuldades para mensuração/avaliação do desempenho:

- Taxas de eventos são altamente sensíveis ao método de mensuração
- Critérios para evitabilidade “frágeis”
- Rastreamento de dano
- Desvalorização de *near miss* - na contra mão das HRO

**Donald M. Berwick.** Constancy of Purpose for Improving Patient Safety — Missing in Action  
Editorial N Engl J Med 2023; 388:181-182

## Contexto evolutivo – progredimos?

### Dificuldades para mensuração/avaliação do desempenho:

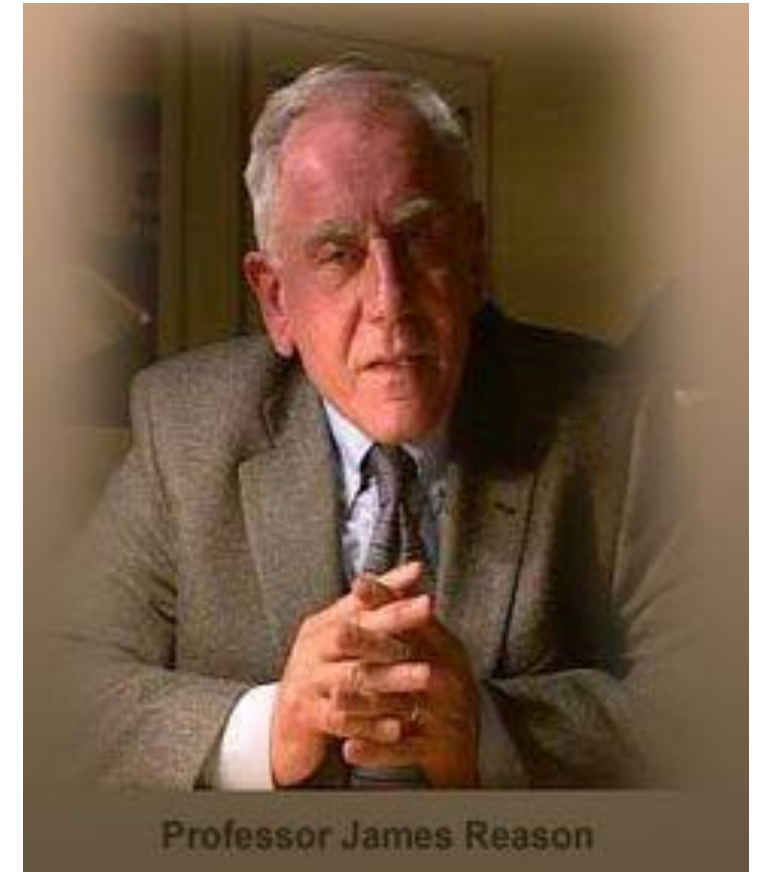
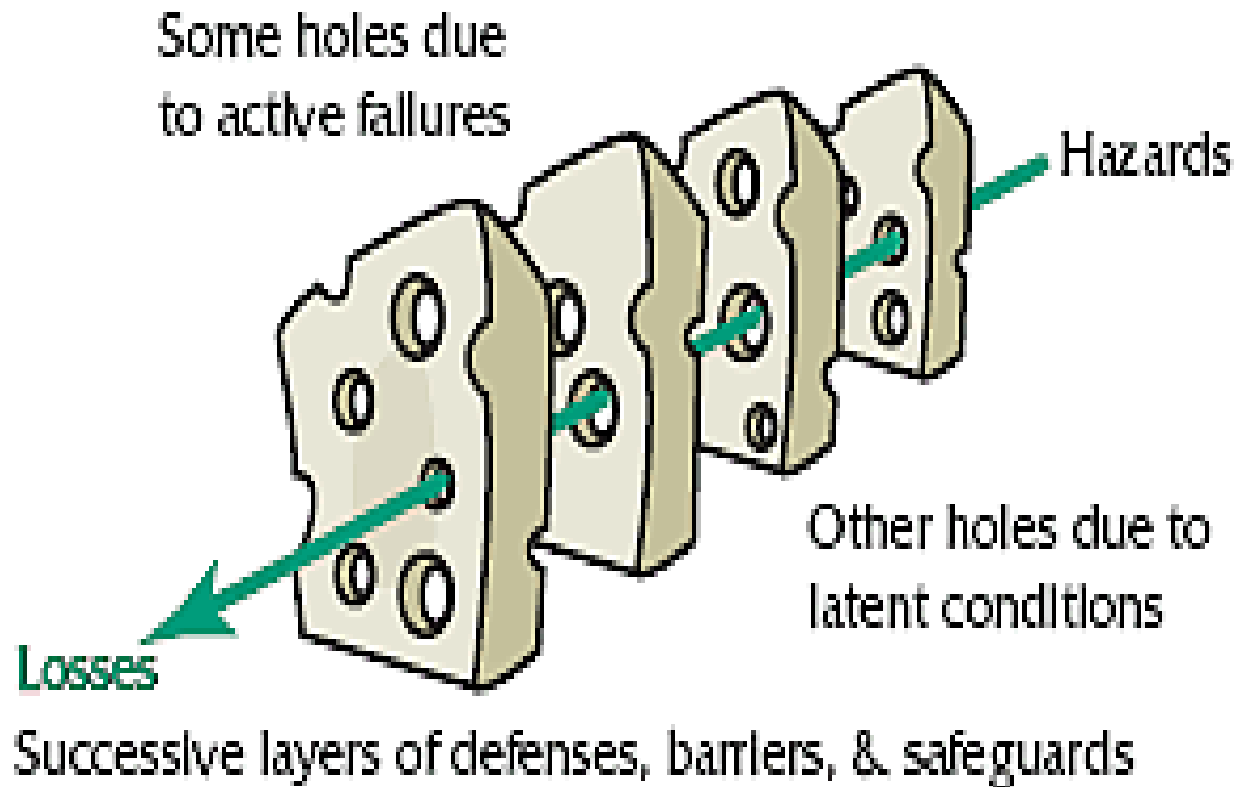
- Dados automatizados não disponíveis (# das HRO!)
- Oportunidade não explorada dos dados de monitoramento eletrônico do atendimento do paciente
- Procedimentos e decisões múltiplas/pessoa
- Foco observacional



# Complexidade da operação



# The Swiss Cheese Model of Accident Causation





# Organizações Altamente Confiáveis

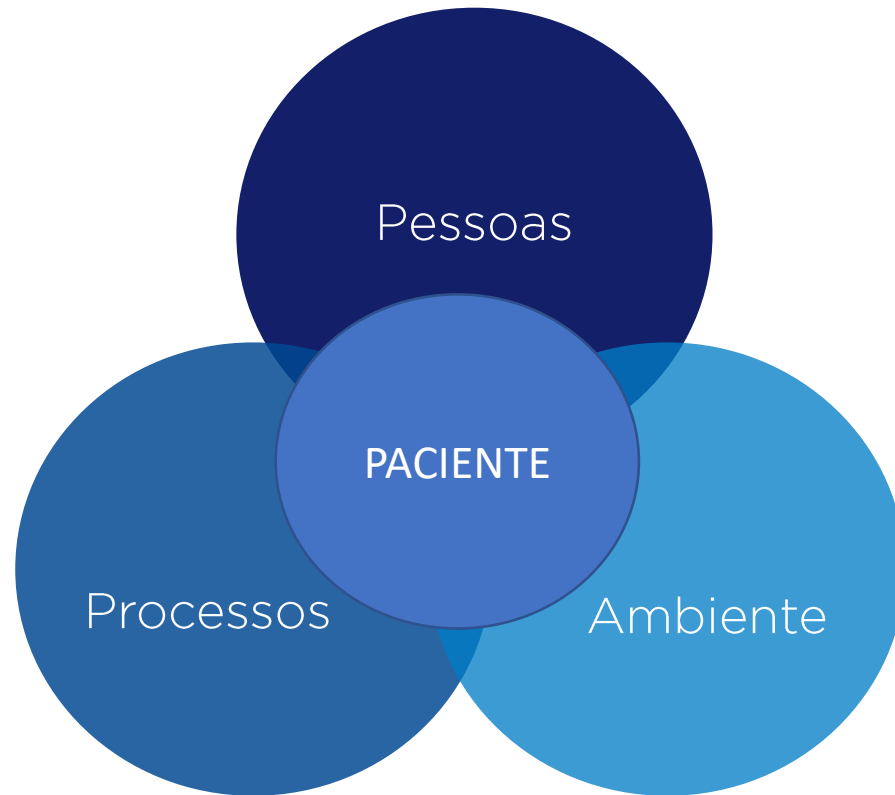
(HRO-Hight Reliability Organization)



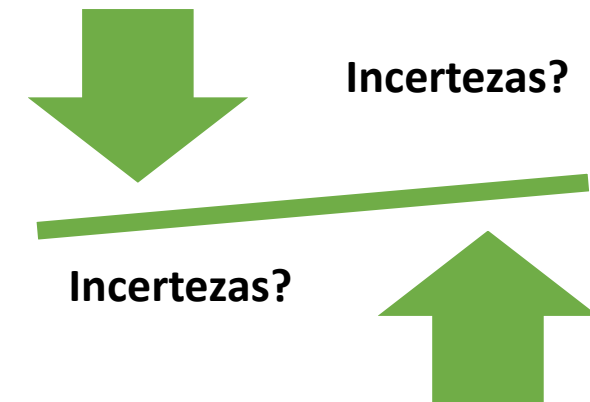
## Características das HRO

- Preocupação com falhas
- Evitar simplificações
- Sensibilidade com as operações na "linha de frente"
- Deferência à expertise
- Compromisso com a resiliência

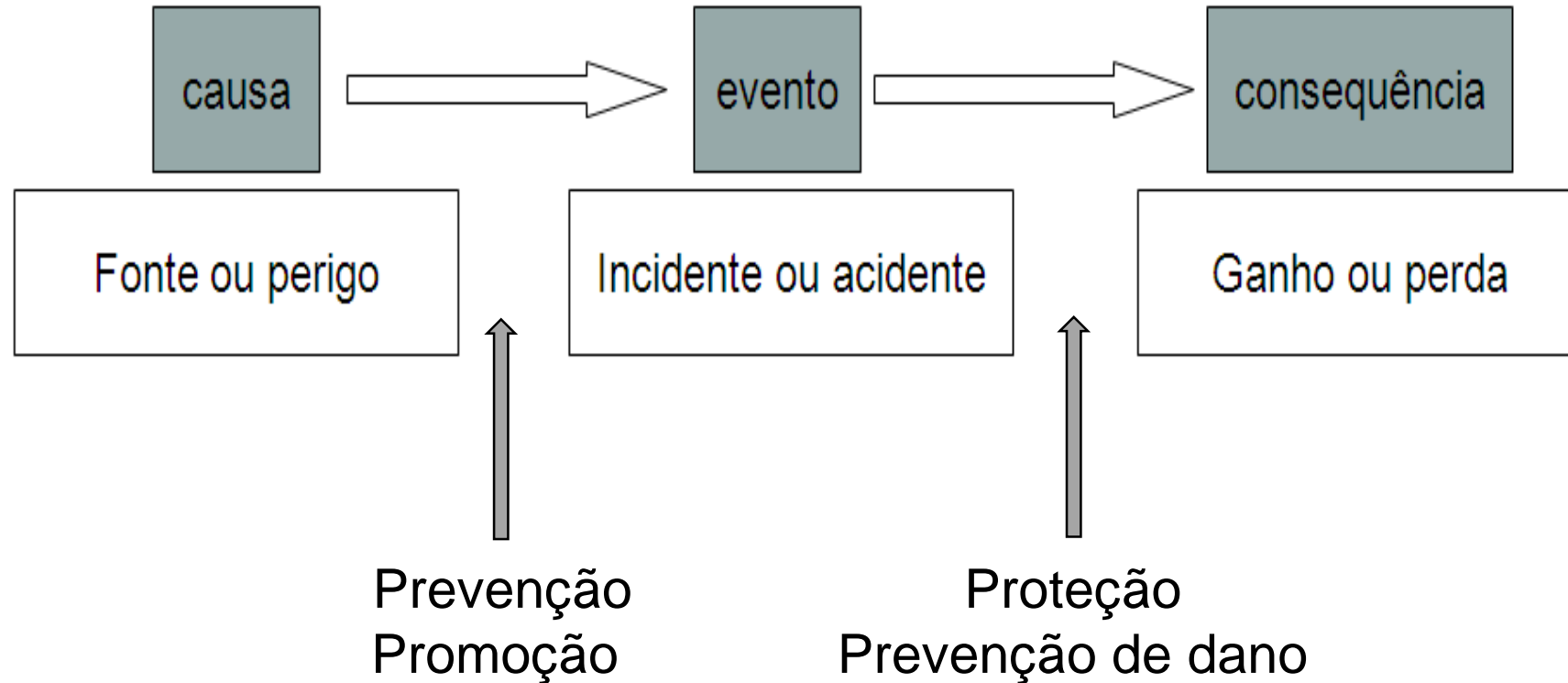
# O que é Segurança do paciente?



- Doença
- Tratamento
- Procedimentos invasivos
- Procedimentos de apoio
- Área física
- Infraestrutura
- Equipamentos
- Insumos
- Pessoas
- Entregas



# Conceito: qual o foco!

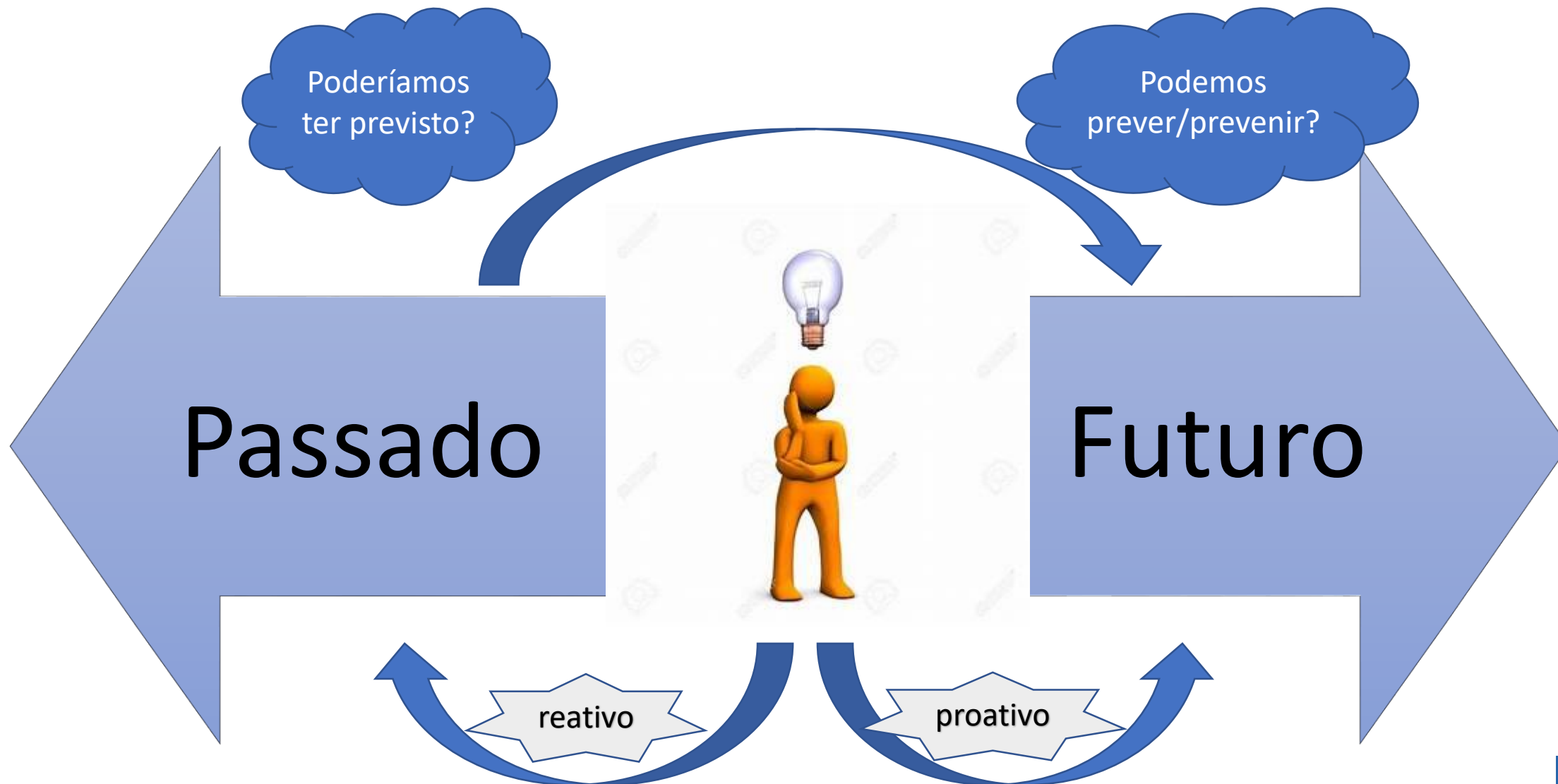


O que pode acontecer? (evento e consequência)

Quando e onde? (áreas de impacto)

Como e por quê? (fontes de risco e causas do evento)

# Gerenciamento de risco - estratégias



## Teoria do Conhecimento

Rotina de coordenação intencional entre:

- O que você acha que vai acontecer (teoria);
- O que realmente acontece (evidência) produzindo aprendizado com base na diferença observada.

O que esperamos que aconteça

**APRENDIZADO**

O que realmente aconteceu

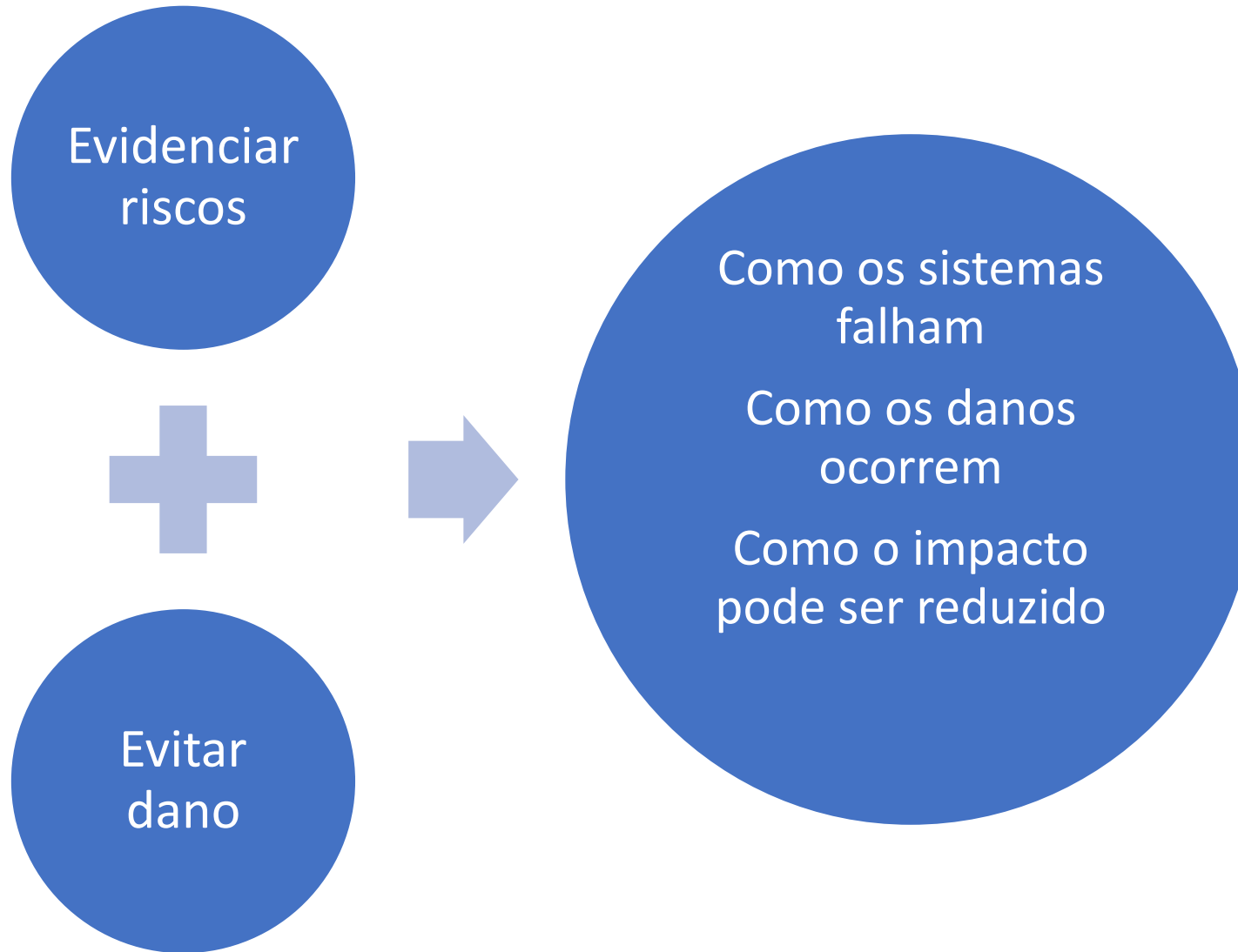
# Aprendizado

*“O significado organizacional da aprendizagem é que um grupo ou organização muda ativamente o que está fazendo, adapta o seu funcionamento e refina sua compreensão de como está funcionando.”*

- Processo participativo
- Engajador
- Mudanças ativas de comportamento



# Sistemas de Notificação



# Sistemas de notificações

Valor: dependente das informações coletadas e registradas em cada incidente

identificar  
riscos e danos

avaliar as  
diferenças por  
local e ao longo  
do tempo

servir como  
ponto de  
partida para as  
investigações  
sobre  
causalidade

prevenir a  
repetição de  
incidentes  
semelhantes

promover uma  
cultura de  
segurança do  
paciente

engajar e  
comprometer a  
equipe do local  
de atendimento

Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. WHO 2020

Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico]/OMS; tradutor Fernando Alves Esbérard Leite, 2021.

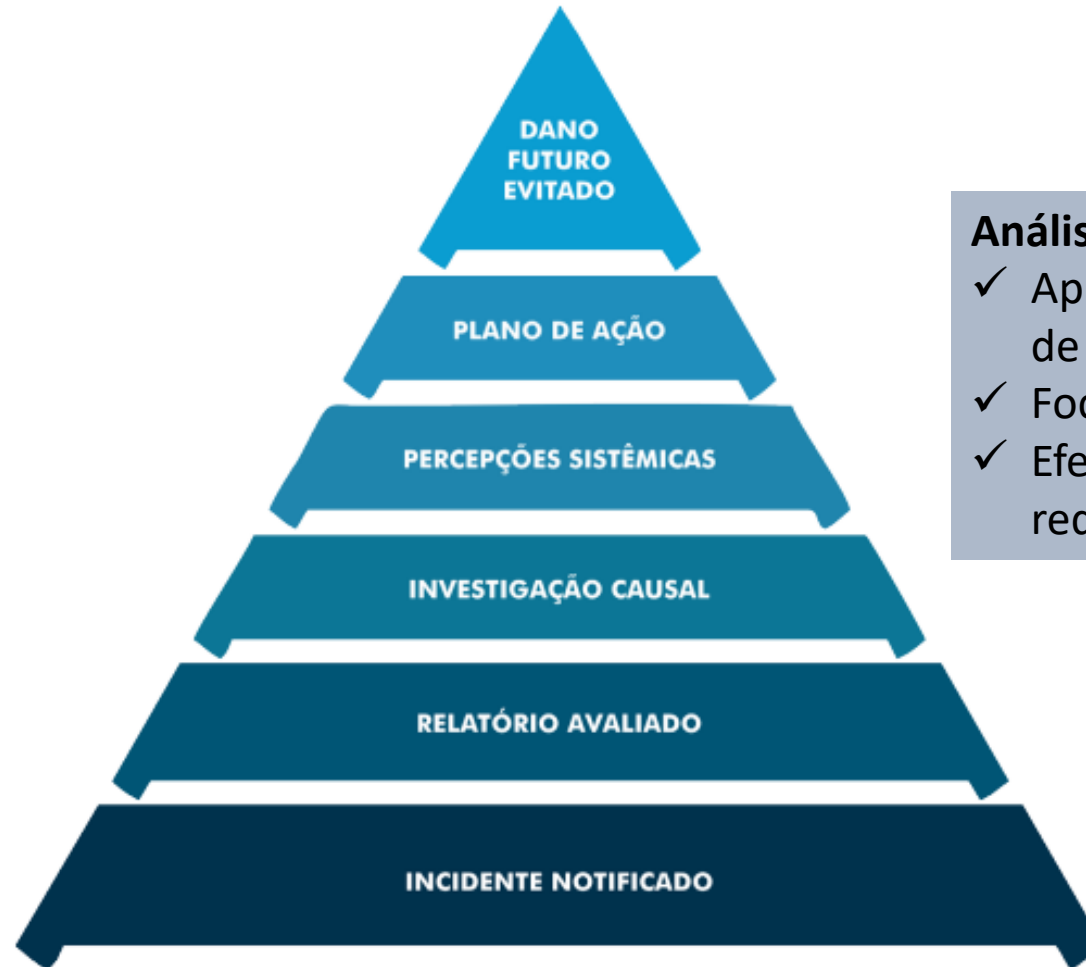
**Tabela 1. Diferenças entre princípios e práticas de notificação de incidentes: outros setores e a área da saúde**

<b>Princípios chaves em outros setores</b>	<b>Práticas comuns na área da saúde</b>
Concentram-se em relatar incidentes que fornecem percepções sérias, específicas ou surpreendentes sobre a segurança do sistema	Incentivam a notificação de todos e quaisquer incidentes que possam de alguma forma estar relacionados às preocupações de segurança
Evitam sobrecarregar o sistema de notificações para garantir uma revisão minuciosa de todos os incidentes relatados	Celebram grandes quantidades de notificações de incidentes e visam a um aumento de constante das taxas globais de notificação
Usam o relatório de incidentes para identificar e priorizar riscos significativos, novos ou emergentes	Quantificam, contam e criam gráficos de diferentes categorias de relatórios de incidentes para monitorar tendências de desempenho
Aproveitam os processos sociais de notificação para gerar maior consciência e notificações de riscos atuais	Objetivam aumentar as taxas de notificações para lidar com vieses epidemiológicos ou estatísticos percebidos nos dados relatados

**Tabela 1. Diferenças entre princípios e práticas de notificação de incidentes: outros setores e a área da saúde**

<b>Princípios chaves em outros setores</b>	<b>Práticas comuns na área da saúde</b>
Esperam que os relatórios sejam imprecisos ou incompletos; focam na investigação como meio de obter uma imagem completa	Melhoram a precisão dos relatórios de incidentes através de processos de coleta de dados mais abrangentes
Aplicam taxonomias pragmáticas de incidentes que fundamentam a análise básica, ação de melhoria e pesquisa retrospectiva	Esperam que as taxonomias de incidentes expliquem e mapeiem realidades complexas com precisão
Garantem que os sistemas de notificação de incidentes sejam gerenciados e coordenados por um grupo operacionalmente independente	Incidentes são relatados aos supervisores diretos ou a outros gerentes operacionais dentro da organização
A notificação constitui um componente de uma ampla gama de conversas e atividades focadas em segurança e risco	A notificação de incidentes representa a atividade de segurança mais visível para muitas organizações
Criam regimes de responsabilidade mútua para melhoria e revisão por pares de ações em torno de incidentes	Usam dados de incidentes relatados como um indicador para monitorar o desempenho da segurança organizacional

# Resposta a uma notificação de incidente de segurança do paciente



## Análise:

- ✓ Aprofundamento para identificação de questões sistêmicas
- ✓ Foco sistêmico ao invés de local
- ✓ Efetividade das ações corretivas na redução real e sustentada do risco

Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. WHO 2020

Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico] / OMS; tradutor Fernando Alves Esbérard Leite. – Leme, SP: Mizuno, 2021.

# Aprendemos com os erros?







**hcor**

ASSOCIAÇÃO  
BENEFICENTE SÍRIA

**Cuidar das pessoas e  
fortalecer a saúde**





# Estrutura Física

## COMPLEXO HOSPITALAR (BLOCOS A, B, C, D, E)

- \_ PRONTO-SOCORRO
- \_ MEDICINA DIAGNÓSTICA
- \_ UNIDADES DE INTERNAÇÃO
- \_ CENTRO CIRÚRGICO
- \_ UTI/UCO
- \_ HEMODINÂMICA
- \_ REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR
- \_ REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA
- \_ HEMODIÁLISE
- \_ HOSPITAL-DIA
- \_ CENTRO DE CUIDADO EM ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA

## UNIDADE DE CONSULTÓRIOS

## UNIDADE AVANÇADA CIDADE JARDIM

## CENTRO DE RADIOTERAPIA

## CUIDAR HCOR

## INSTITUTO DE ENSINO

## INSTITUTO DE PESQUISA | TELEMEDICINA INOVAÇÃO E CONSULTORIA HCOR

**Área total:**  
**68.958 m<sup>2</sup>**





# Hcor em números 2022

## Leitos

**286**

Leitos totais

**54**

Leitos de UTIs

**3.176**

Trabalhadores



**3.056**

Procedimentos Hemodinâmicos

**81.347**

Pacientes-dia

**7.629**

Pacientes operados (centro + sala híbrida)

**54.076**

Atendimentos Pronto-Socorro

**3.478.530**

Atendimentos Diagnósticos

**162.044**

Consultas

# Qualidade Segurança

## Missão

Garantir a melhor prática, baseada nas melhores evidências, capaz de gerar resultado sustentável e valor ao paciente.

## Objetivos

- ✓ Desenvolver Cultura de Segurança
- ✓ Incrementar a segurança dos processos de cuidado mitigando riscos e reduzindo eventos adversos
- ✓ Atuar em parceria com as áreas para planejamento, controle e garantia da qualidade dos processos
- ✓ Promover qualidade e segurança a partir de certificações e qualificações
- ✓ Garantir resultados sustentáveis e que gerem valor
- ✓ Ser referência em qualidade e segurança no ambiente interno e externo



# Qualidade Segurança

## Premissas Conceituais

- ✓ Segurança psicológica
- ✓ Transparência
- ✓ Cultura justa
- ✓ Foco em processos
- ✓ Melhoria sustentada
- ✓ Apoio de lideranças
- ✓ Visão sistêmica
- ✓ Segurança como estratégia



# 3 Pilares



Gestão de Risco



Qualidade



Melhoria de Processos



## Avaliação dos Riscos

- . Pacientes
- . Áreas
- . Grandes processos



## Tratamento dos Riscos

- . Impacto para os pacientes
- . Impacto para a operação

PROTOCOLOS

REMODELAGEM DOS  
PROCESSOS ENVOLVIDOS

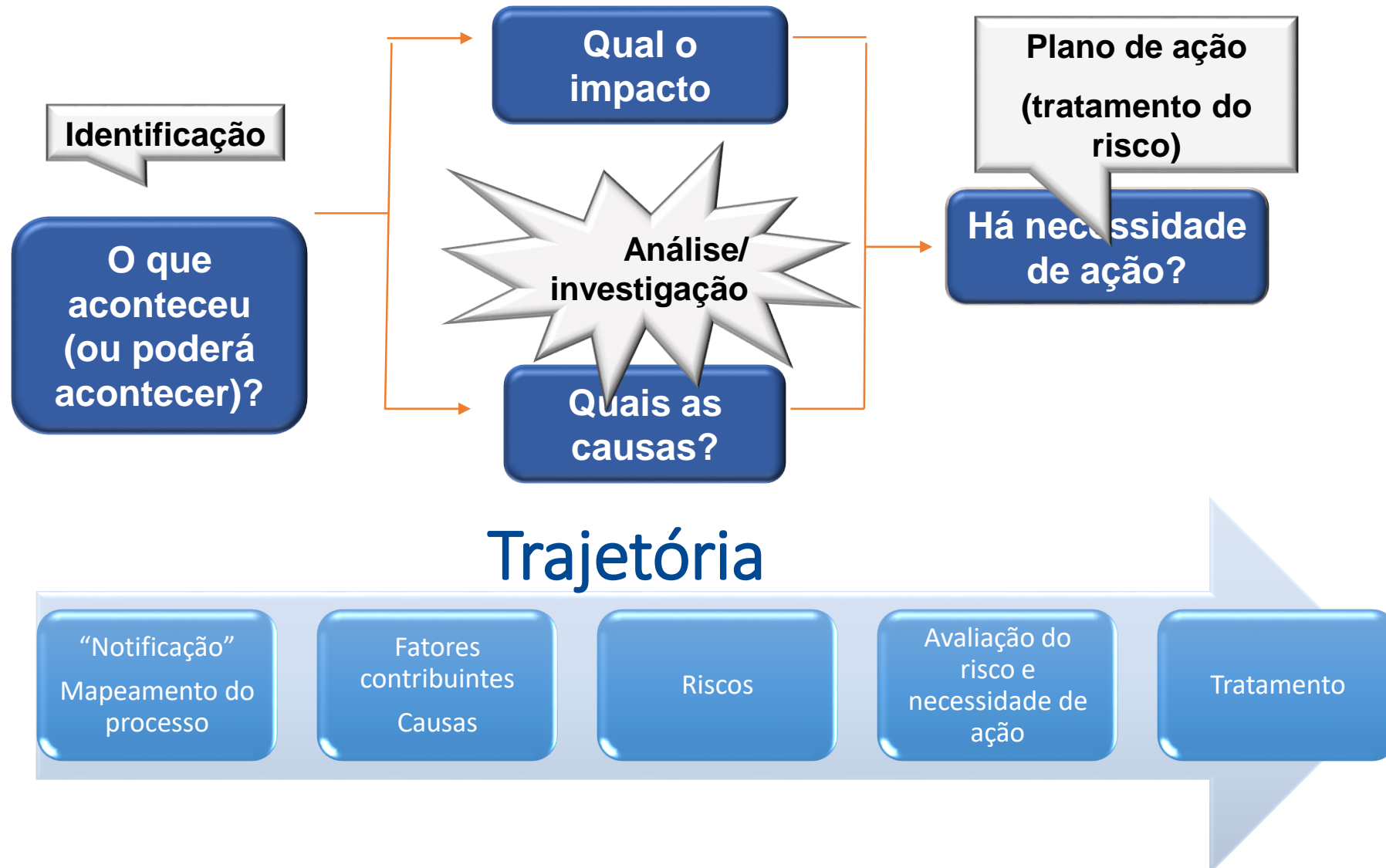
## Monitoramento dos Riscos

- . Auditorias e monitoramentos
- . Eventos modificados: quase falhas e incidentes, ACR

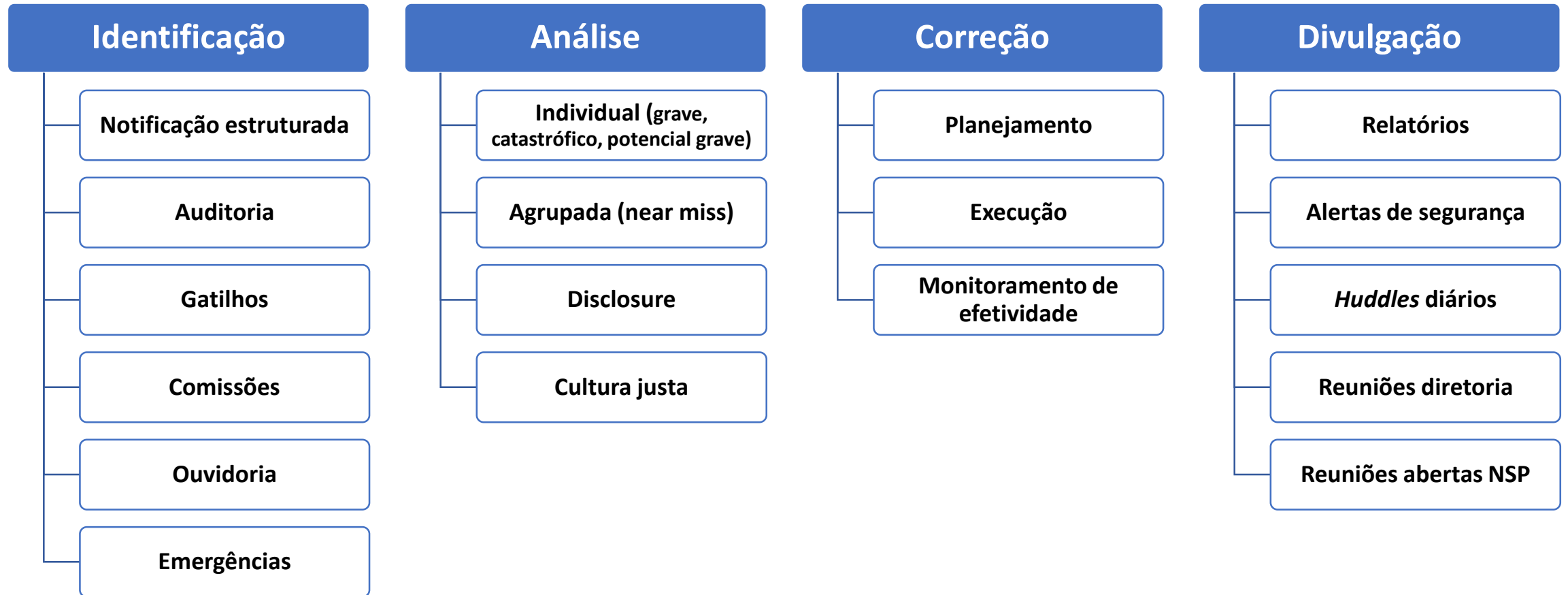
INDICADORES



# Gerenciamento de Incidentes/Risco



# Sistema de Gerenciamento de Incidentes



# Gerenciamento de Incidentes – Níveis de Equipe

## Equipe de Governança

Comunicação em tempo real de eventos graves/catastróficos e de maior impacto

Apoio e Controle de resultado

Diretoria

## Equipe executiva (método)

Classificação

Definição do nível de investigação

Coordenação da análise

Elaboração de relatórios

Gestão de risco e segurança assistencial

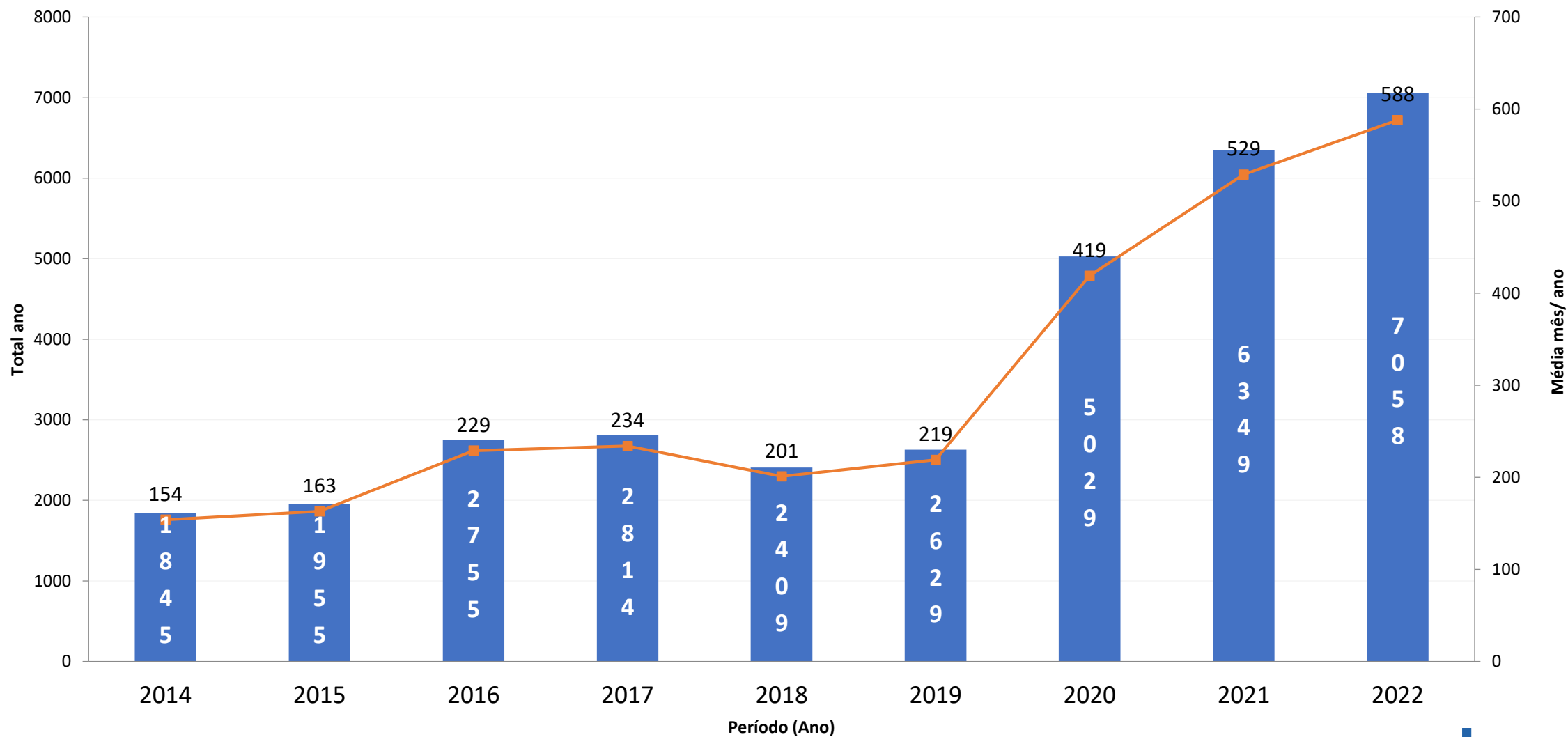
## Equipe local (operacional)

Análise de eventos de impacto local

Ações iniciais pós evento: proteção de dano e de recorrência (paciente/família e processo)

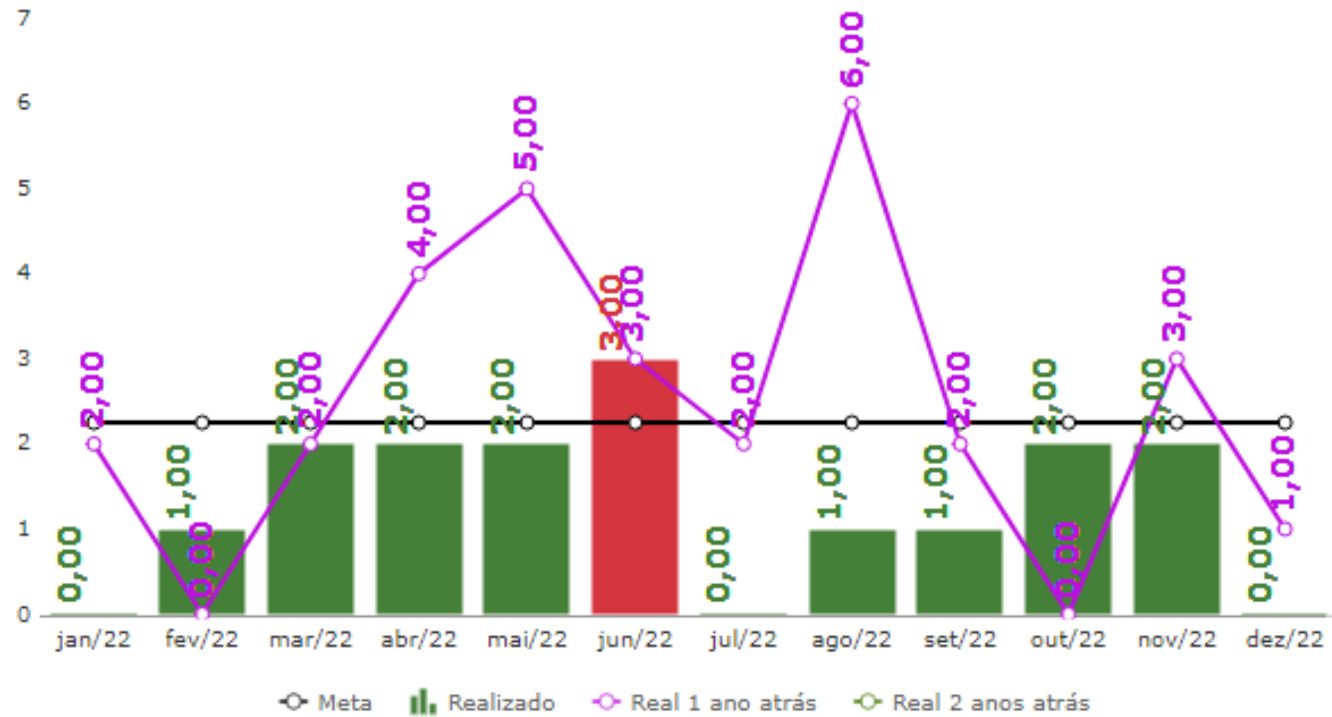
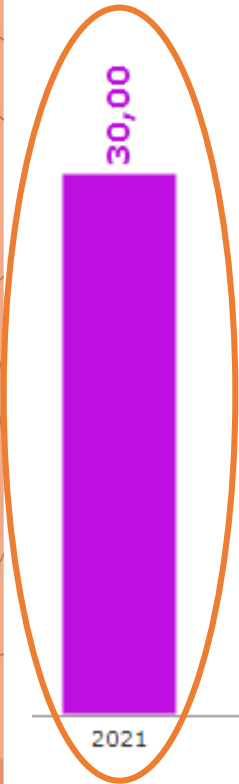
Vigilância contínua

## Total acumulado de ocorrências registradas por ano e média mês de ocorrência por ano. (Período:2014 a 2022)

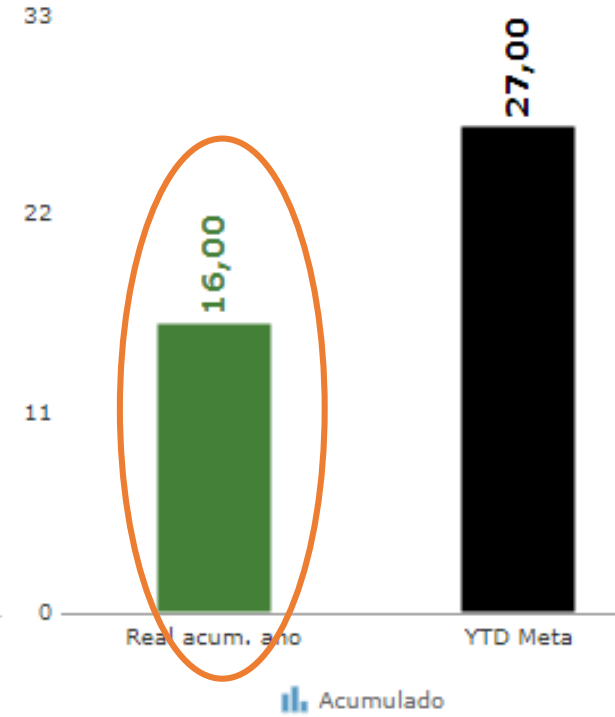


### Número de eventos adversos com dano grave ou catastrófico

Unidade



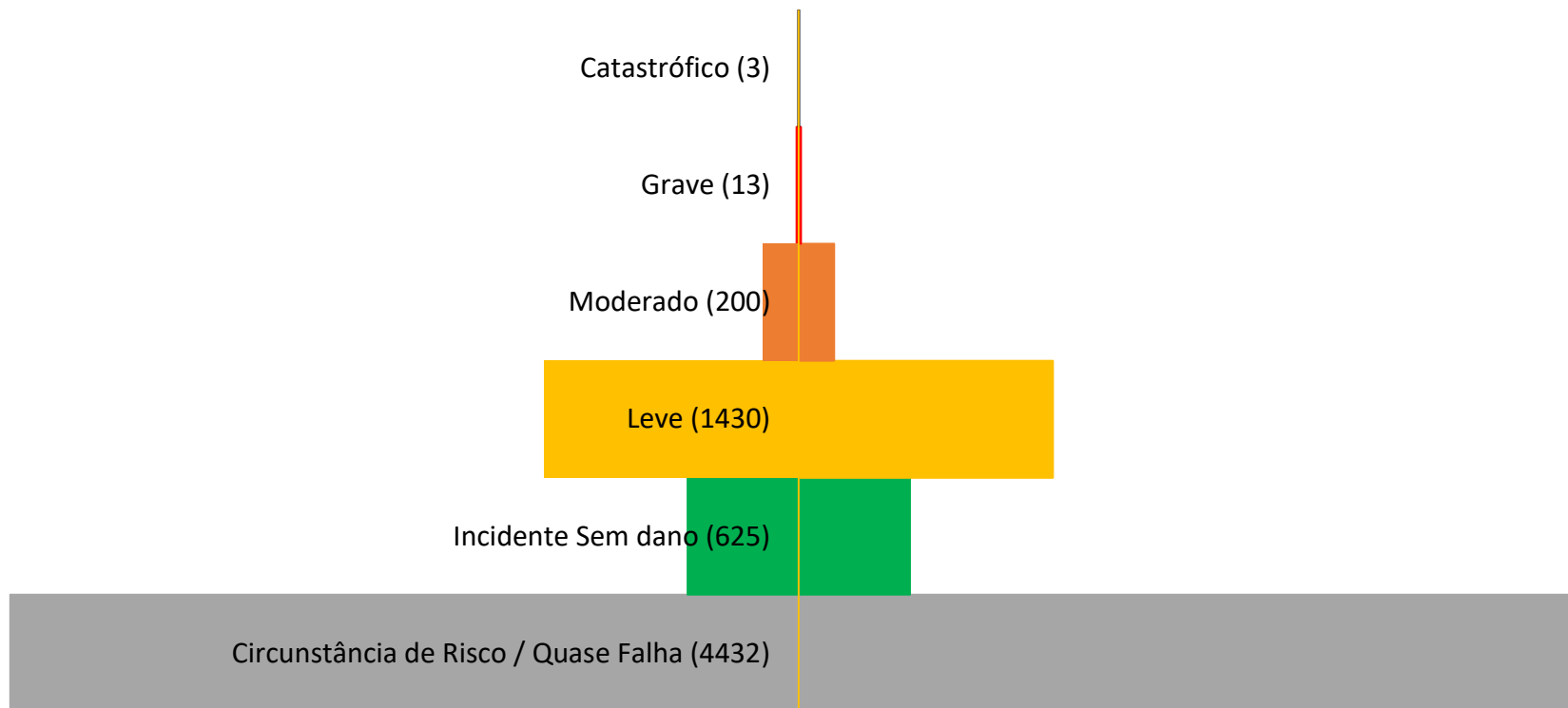
Meta 2022  
Redução em 10% do total de eventos de 2021



Meta 2023 (n=14)  
Redução em 10% do total de eventos de 2022

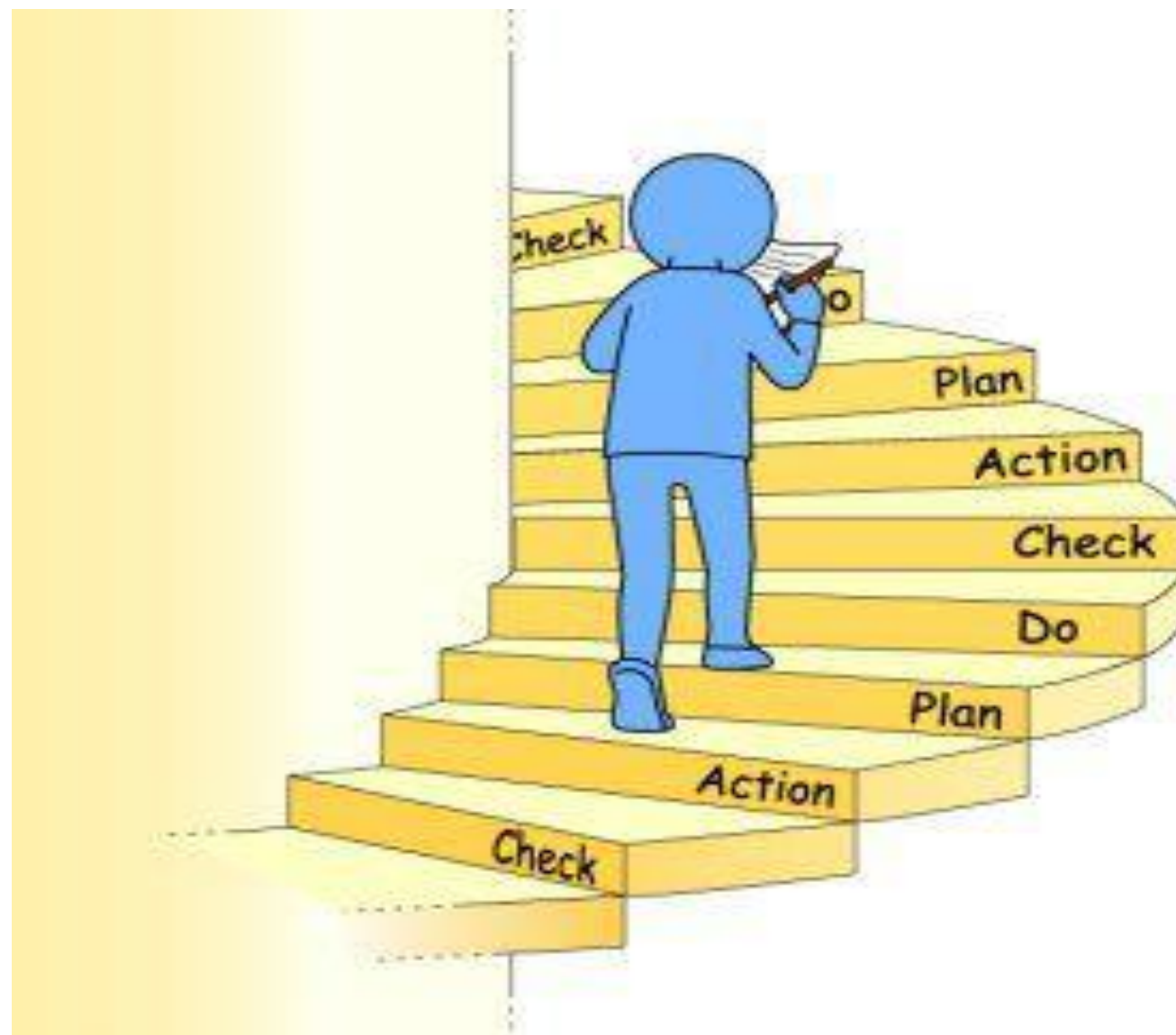


## Total de notificações válidas hcor - Acumulado (Jan-Dez/2022).



Total: 6.703

Fonte: Sistema docNix/ docAction



qualidade@hcor.com.br



**Vera Lúcia Borrasca**

Ger. Exec. Qualidade e Segurança

[vlborrasca@hcor.com.br](mailto:vlborrasca@hcor.com.br)