

# “Sistemas de notificação de incidentes e aprendizagem de segurança”



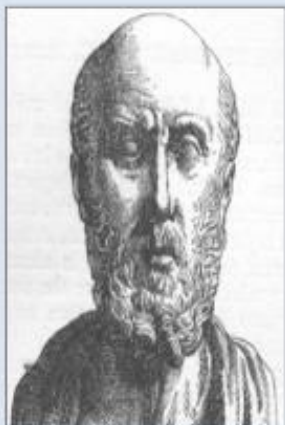
**Enf<sup>a</sup> Soraya Machado**  
**Comissão de Gestão de Risco Global**

**15 de Setembro de 2022**



# Introdução

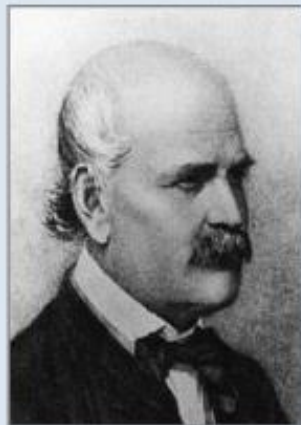
460 AC



Hipócrates

1818 - 1865

Semmelweis



1820 – 1910



Nightingale

1869 – 1940

Codman



1919-2000



Donabedian

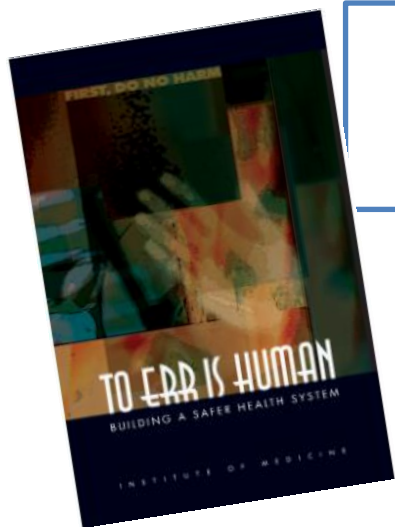


No início deste século, no ano de 2000, o Instituto de Medicina (IoM) dos Estados Unidos da América (EUA) com a publicação do relatório **“To err is human”**, passou a incorporar **“segurança do paciente”** como um dos seis atributos da qualidade, junto com a **efetividade**, a **centralidade no paciente**, a **oportunidade do cuidado**, a **eficiência** e a **equidade**.

O IoM definiu **qualidade do cuidado** como sendo:

*“o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”.*

- Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado.



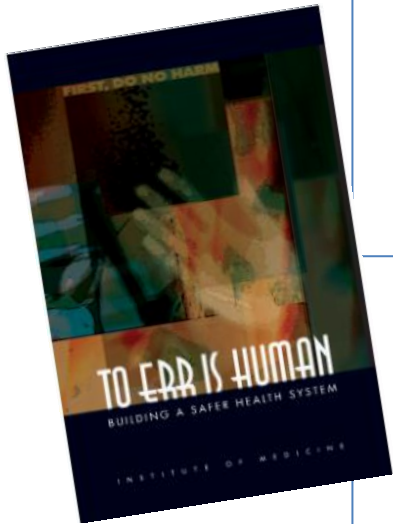
Nessas pesquisas, o termo **evento adverso** foi definido como *“dano causado pelo cuidado à saúde”* e não pela doença de base, que contribuiu para prolongar o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta.

Fonte: <https://www.sralab.org/lifecenter/resources/err-human-building-safer-health-system>



**Dia Mundial da Segurança do Doente**  
17 de Setembro de 2022

O relatório apontou que **cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs** nos Estados Unidos da América (EUA), e que destes muitos seriam evitáveis.



Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com SIDA, câncer de mama ou atropelamentos

Fonte: <https://www.sralab.org/lifecenter/resources/err-human-building-safer-health-system>



# Aliança Mundial para a Segurança do paciente

- Foi criada em Outubro de 2004, como sendo uma iniciativa mundial em prol da melhoria da segurança do doente

## SEIS ÁREAS DE AÇÃO DA ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE DA OMS

- Desafio Mundial para a Segurança do Paciente:** “Uma Assistência Limpa É uma Assistência Mais Segura”, focando, no período 2005-2006, a prevenção de infecções relacionadas com a assistência à saúde (IRAS)
- Pacientes para a Segurança do Paciente:** Mobilização de pacientes e organizações de pacientes visando a seu envolvimento nos esforços de segurança do paciente em todo o mundo
- Taxonomia para a Segurança do Paciente:** Desenvolvimento de padrões de dados internacionalmente aceitáveis para coleta, codificação e classificação dos eventos adversos e near misses
- Pesquisa para a Segurança do Paciente:** Aprimoramento de ferramentas e métodos para medir o dano ao paciente em países em desenvolvimento e definição de uma agenda global de pesquisa sobre segurança do paciente
- Soluções para a Segurança do Paciente:** Disseminação mundial de intervenções de segurança do paciente comprovadas e coordenação dos esforços internacionais para soluções futuras
- Notificação e Aprendizagem:** Geração de ferramentas e orientações para o desenvolvimento de sistemas de notificação de segurança dos pacientes e melhoria dos sistemas existentes dentro dos países



<http://cuidadoseguro.blogspot.com/2009/09/cuidadoseguro.html>

Fonte : <https://proqualis.net/artigo/uma-assist%C3%Aancia-limpa-%C3%A9-uma-assist%C3%Aancia-mais-segura-o-primeiro-desafio-global-da-alian%C3%A7a>



**Dia Mundial da Segurança do Doente**  
17 de Setembro de 2022

# Segurança do Doente

- Sousa, Uva e Serranheira (2010, p.91) referem que a “segurança do doente” pode ser entendida como uma *“epidemia mundial, numa perspetiva de Saúde Pública”*. Ainda referem que as iniciativas em investigação no âmbito da segurança do doente, podem agrupar-se em:
  1. Organização das diversas iniciativas de investigação em segurança do doente;
  2. Áreas/temas prioritários para a investigação em segurança do doente;
  3. Abordagens metodológicas (paradigmas; métodos e técnicas) que devem ser privilegiadas e com base em que critérios.

Em 2019, a OMS, reforça a importância da temática assinalando pela primeira vez o **Dia Mundial de Segurança do Doente a 17 de Setembro.**



## Importância da Notificação de Incidentes e os Planos Nacionais de Segurança do Doente (PNSD)

O **PNSD 2015-2020** dentre seus **nove objetivos estratégicos(OE)** , em prol das boas práticas de segurança, descrevia em seu 8º Objetivo estratégico a importância de ***“Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”***.

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno
2. Aumentar a segurança da comunicação
3. Aumentar a segurança cirúrgica
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes
6. Prevenir a ocorrência de quedas
7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos



# Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021 de 24/09/2021)

Composto por 5 pilares e 14 Objetivos Estratégicos

Pilar	Objetivo Estratégico
<b>Pilar 1: Cultura de segurança</b>	1.1 - Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente. 1.2 - Avaliar a Cultura de Segurança. 1.3 - Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados
<b>Pilar 2: Liderança e governança</b>	2.1 - Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021 -2026. 2.2 - Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.
<b>Pilar 3: Comunicação</b>	3.1 - Otimizar a comunicação intra e interinstitucional. 3.2 - Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. 3.3 Ações: Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.
<b>Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente</b>	4.1 - Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA. 4.2 - Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.
<b>Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros</b>	5.1 - Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde 5.2- Monitorizar a implementação de práticas seguras 5.3 Ações: Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM). 5.4 - Promover a telessaúde segura



## A OMS, identifica as características de um sistema de notificação de sucesso

- **Não Punitivo** – Esta é a característica mais importante. Quem notifica não deve ter medo de ser punido, ou que outros o sejam.
- **Confidencial** - A identificação do trabalhador, do doente e da instituição não são revelados.
- **Independente** - O sistema de notificação é independente da autoridade com poder disciplinar.
- **Análise por “especialistas”** - Os incidentes são analisados por especialista que compreendem as circunstâncias clínicas e que estão treinados para reconhecer as causas sistémicas.
- **Oportuno** - O incidente é rapidamente analisado e as suas conclusões rapidamente divulgadas.
- **Orientado para o Sistema** - As recomendações focam-se nas mudanças do sistema, processos ou produtos, e não no desempenho individual.
- **Reactivo** - Quem recebe os relatórios tem capacidade para os divulgar e implementar as suas recomendações.



## Porque notificar um Incidente ?

- Para conhecer os tipos de erros e eventos adversos que existem em nossa instituição;
- Por se sentir parte da instituição;
- Para identificar falhas no sistema;
- Para avaliar os riscos;
- Para intervir de forma preventiva nos processos, na organização e na estrutura;
- Tornar o ambiente e a instituição mais segura;
- Melhorar a qualidade na prestação de serviços oferecidos à nossa população;
- Demonstrar uma clara priorização dos riscos;
- Para evitar que surjam consequências para as vítimas quer seja o doente ( 1ª vítima ), o Profissional (2ª vítima) ou a Instituição (3ª vítima)



**Diário de Notícias**

INÍCIO / PORTUGAL

## Sistema de notificação para o erro médico

**A**s unidades de saúde vão ter a funcionar, até ao final do ano, um sistema de notificação para incentivar os profissionais a comunicarem os erros médicos sem terem receio de ser punidos.

De acordo com Cristina Costa, chefe da divisão de segurança clínica da Direção-Geral da Saúde (DGS), o sistema será ibérico e está a ser desenvolvido pelas autoridades portuguesas e espanholas.

A especialista explicou que ainda está a ser definido um enquadramento legal adequado "para os profissionais notificarem os eventos adversos sem terem receio de ser castigados".

### Paciente perde esperma e fica sem indemnização

O Tribunal Central Administrativo do Norte rejeitou uma ação no valor de 250 mil euros interposta por um homem que viu as amostras de esperma que tinha mandado recolher serem destruídas, ficando assim impedido de ser pai.

Jornal CM, 28 de dezembro de 2015 às 16:18

CM TV ATUALIDADE | PROGRAMAS | FUTEBOL | INVESTIGAÇÃO CM

ATUALIDADE

### Acidente de trabalho faz um ferido grave em Santa Maria da Feira

Vítima sofreu ferimentos ao nível dos membros superiores, depois de ter ficado presa numa máquina.



Publicado em 05 de Setembro de 2022 - 12:04 - LUSA BY WEB

### Paciente que perdeu cirurgia por desmarcações de consulta deve ser indenizada

Para o Colegiado, houve falha na prestação do serviço.

Foto: LUSFI

Comentários: 0

<https://www.jornaljurid.com.br/noticias/paciente-que-perdeu-cirurgia-por-desmarcacoes-de-consulta-deve-ser-indenizada>

**Jornal de Notícias** 125 ANOS

### Professora operada ao olho saudável

Por causa do engano, cometido no Hospital da Cuf, Olímpia Moreira, 46 anos, de Farmácia, ficou oito meses de baixa e **pede** 250 mil euros de indemnização

CM TV ATUALIDADE | PROGRAMAS | FUTEBOL | INVESTIGAÇÃO CM

ATUALIDADE

### Ataque informático no Hospital de Almada coloca em risco cuidados de saúde

Sindicato refere que uma série de atos são realizados manualmente, o que potencia o erro médico.

Lusa | 16 de maio de 2022 às 14:00

CM TV ATUALIDADE | PROGRAMAS | FUTEBOL | INVESTIGAÇÃO CM

ATUALIDADE

### Médicos enganam-se e amputam a perna errada a idoso

Paciente só dois dias mais tarde reparou no erro médico.

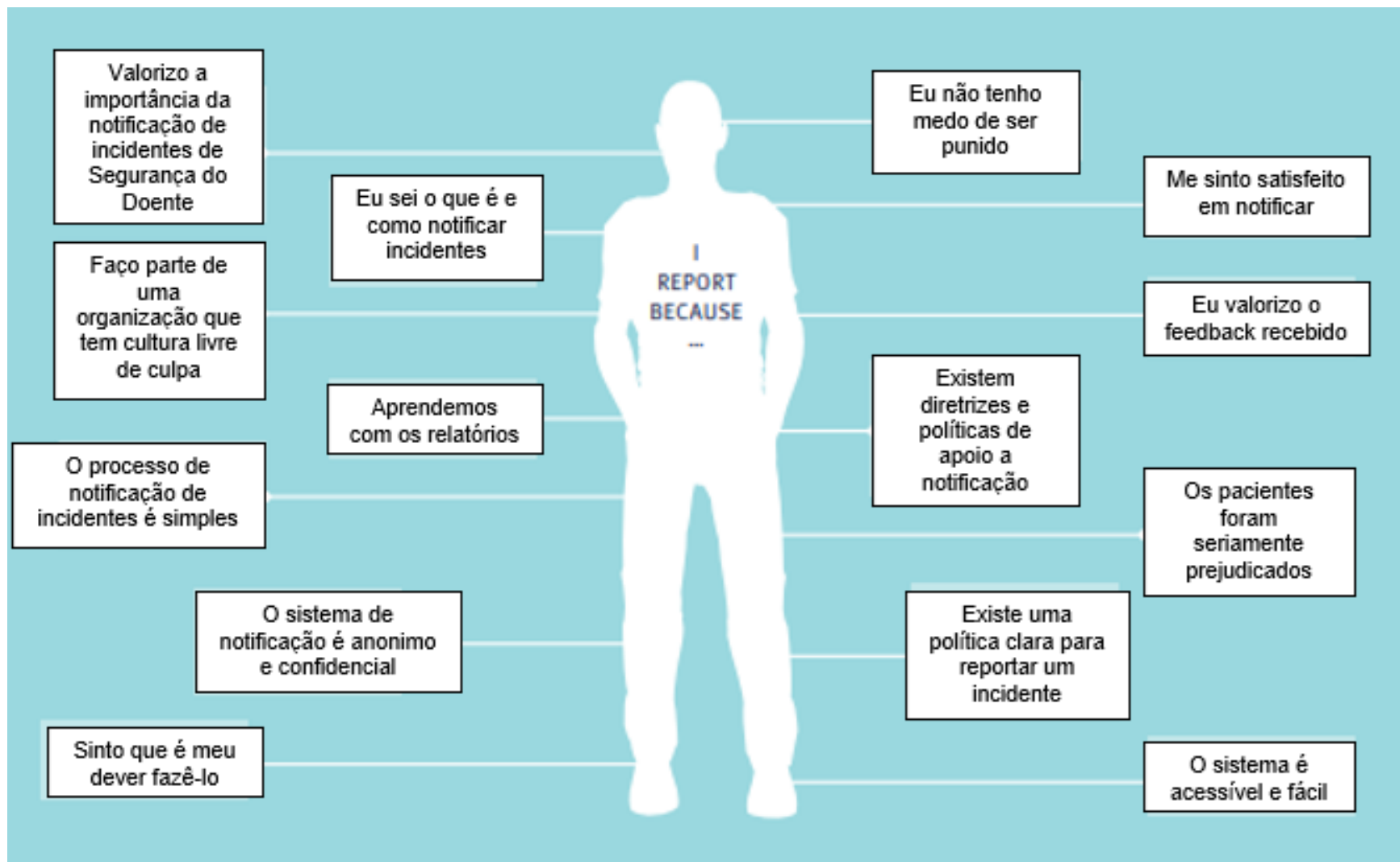
Correio da Manhã | 21 de maio de 2021 às 14:13



Fonte: Patient Safety 2030, p.27

<https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre>





Fonte: Patient Safety 2030, p.27

<https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre>



## O que vemos?



<https://www.stickpng.com/fr-br/img/objetos/>

## O que temos?

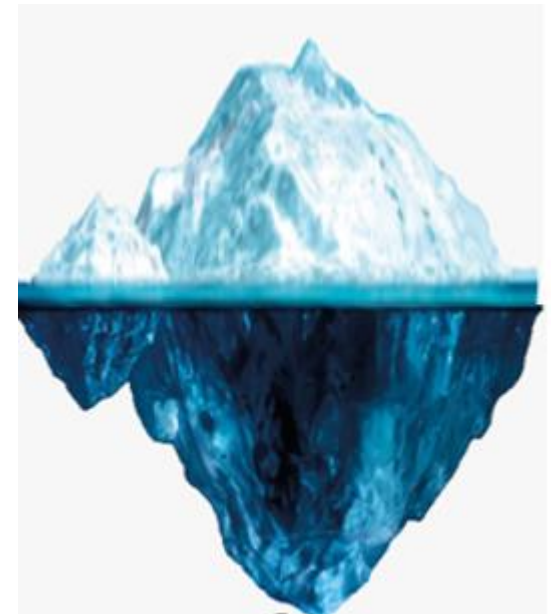


<https://www.kindpng.com/imgv/m/mimbo-transparent-iceberg-png-iceberg-png-png-download/>

## O que alguns veem ?



<https://segredosdomundo.7.com/nasa-encontra-iceberg-perfeitamente-retangular-na-antartida>



## O que pretendemos...



## Pontos importantes

De acordo com Leite (2021, pp 9-10), existem diversos pontos que podem interferir nas notificações de incidentes :

1

- **Subnotificação** existe, embora seu grau varie. Estudos descobriram que os sistemas de notificação detetam cerca de 7–15% dos eventos adversos

2

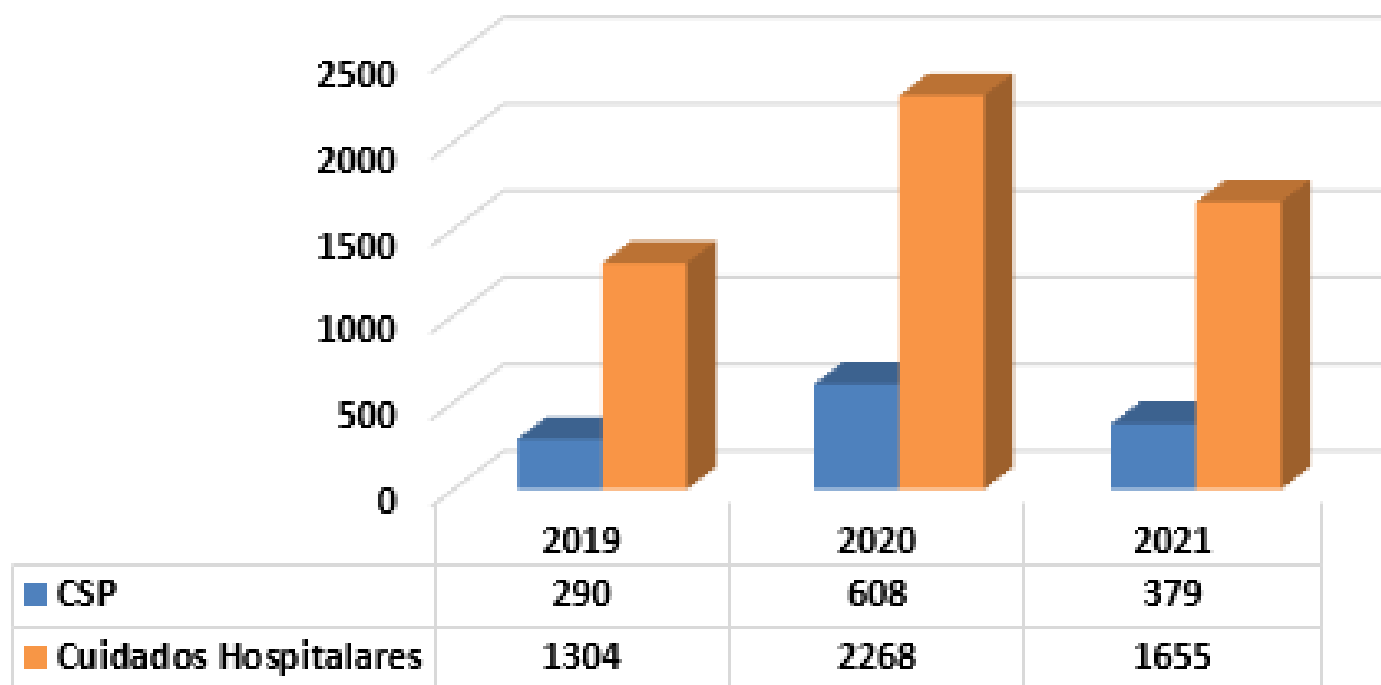
- **Compromisso** se a equipe estiver totalmente comprometida com as notificações, o volume de relatórios feitos pode ser muito alto, como é o exemplo, em um grande hospital na região de Midlands, na Inglaterra, onde há 30.000 relatórios por ano.

3

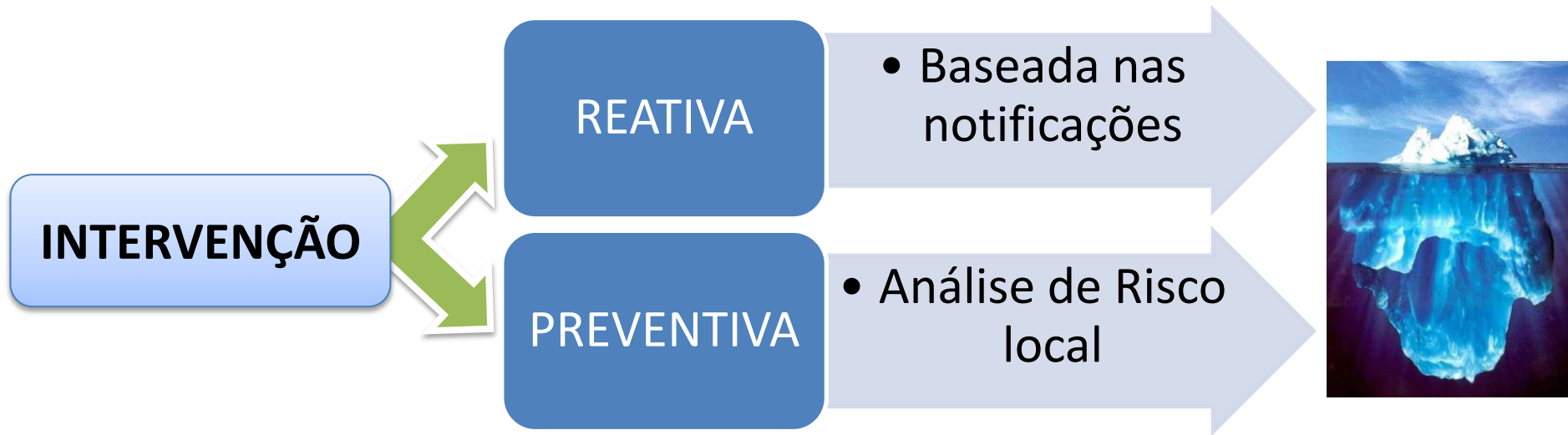
- **Diferença entre CSP e Cuidados Hospitalares** : As taxas de notificação são geralmente muito mais baixas nos Cuidados de Saúde Primários do que nos hospitais.



## Notificação de incidentes dos CSP e Cuidados Hospitalares 2019 a 2021



# O que está a ser feito para mostrar o que está debaixo do Iceberg ?





## Seleção das informações para a notificação

### Descrição

- Deve incluir as características do paciente, do incidente e do local de ocorrência

### Explicação

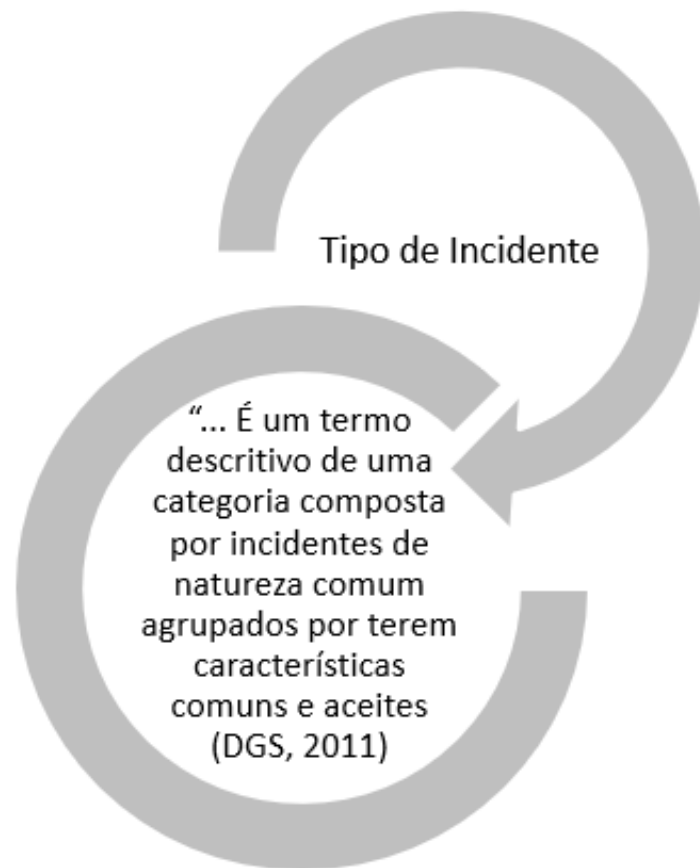
- Deve incluir as causas percebidas do incidente, fatores contribuintes e fatores atenuantes

### Medidas Corretivas

- Deve incluir a revisão de processos e procedimentos, medidas educativas e organizacionais



# Tipologia de Incidente de segurança do doente segundo a Classificação Internacional de Segurança do Doente (CISD)



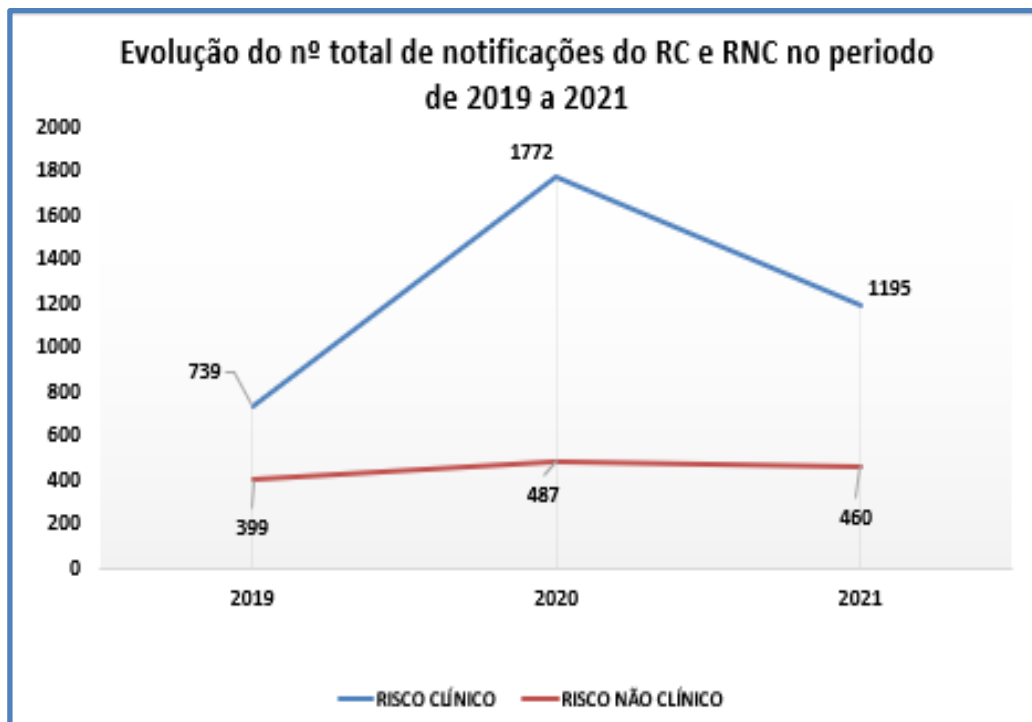
- Administração Clínica
- Processo/ Procedimento clínico
- Documentação
- Infecção associada aos cuidados de saúde
- Medicação/Fluidos IV
- Sangue/hemoderivados
- Dieta/alimentação
- Oxigénio/gás/vapor
- Dispositivo/ Equipamento médico
- Comportamento
- Acidentes do Doente
- Infraestrutura/edifícios/instalações
- Recursos/gestão organizacional

Fonte: Barroso, Sales, Ramos,2021, p.4



## Processo de evolução das notificação de incidentes

- Passaremos a descrever a evolução das notificações do Risco Clínico (RC) e do Risco Não Clínico (RNC) no triénio 2019-2021.



**RISCOS CLÍNICOS:** São aqueles associados à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, que determinam danos à saúde física ou psicológica dos pacientes.

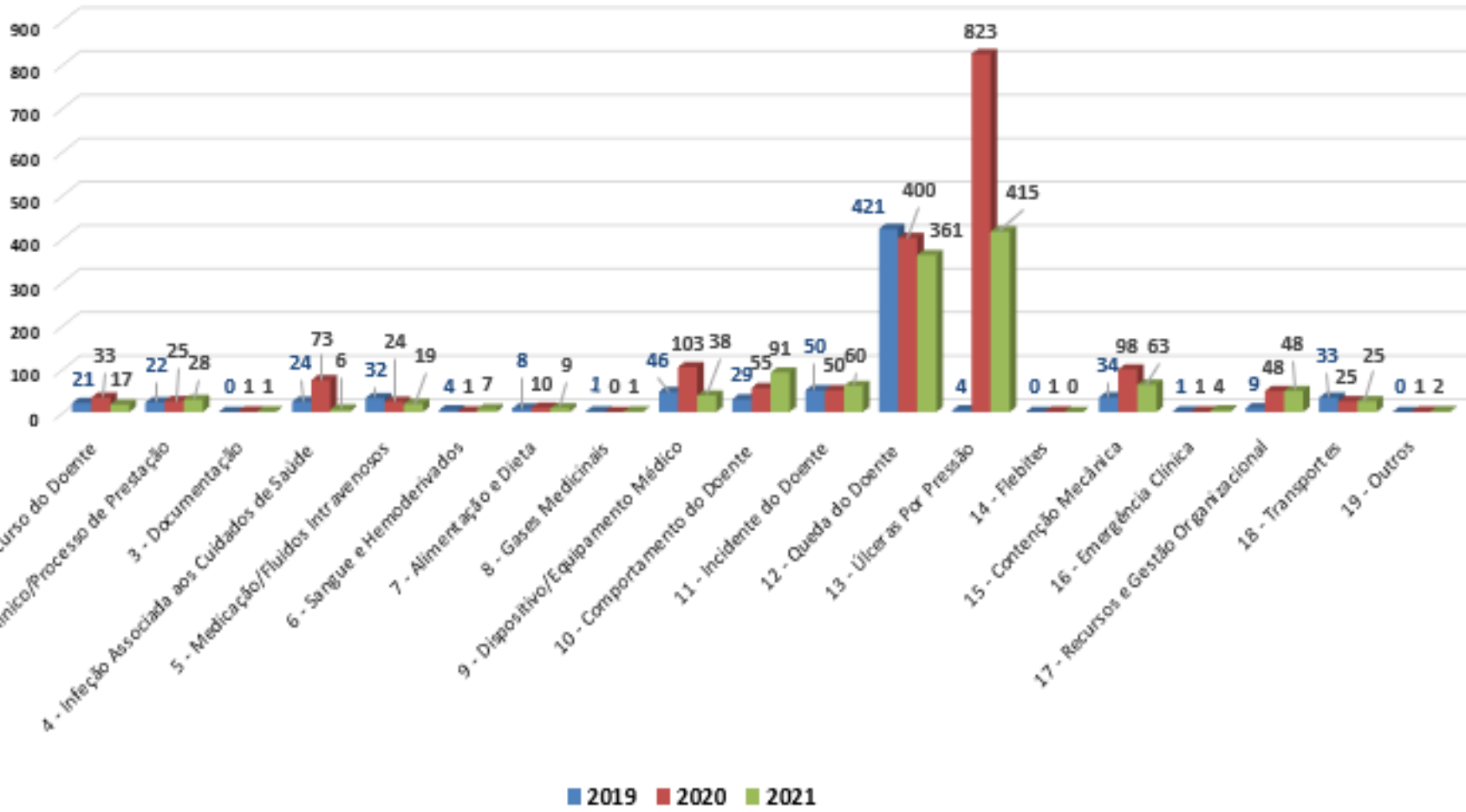
**RISCOS NÃO CLÍNICOS:** São aqueles resultantes de procedimentos e práticas das atividades de manutenção da estrutura física e dos processos de suportes assistenciais

## Comparação das notificações recebidas nos anos de 2019 a 2021

RISCO CLÍNICO	2019	2020	2021
1 - Gestão do Percurso do Doente	21	33	17
2 - Procedimento Clínico/Processo de Prestação	22	25	28
3 - Documentação	0	1	1
4 - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	24	73	6
5 - Medicação/Fluidos Intravenosos	32	24	19
6 - Sangue e Hemoderivados	4	1	7
7 - Alimentação e Dieta	8	10	9
8 - Gases Medicinais	1	0	1
9 - Dispositivo/Equipamento	46	103	38
10 - Comportamento do Doente	29	55	91
11 - Incidente do Doente	50	50	60
12 - Queda do Doente	421	400	361
13 - Úlceras Por Pressão	4	823	415
14 - Flebites	0	1	0
15 - Contenção Mecânica	34	98	63
16 - Emergência Clínica	1	1	4
17 - Recursos e Gestão	9	48	48
18 - Transportes	33	25	25
19 - Outros	0	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>739</b>	<b>1772</b>	<b>1195</b>

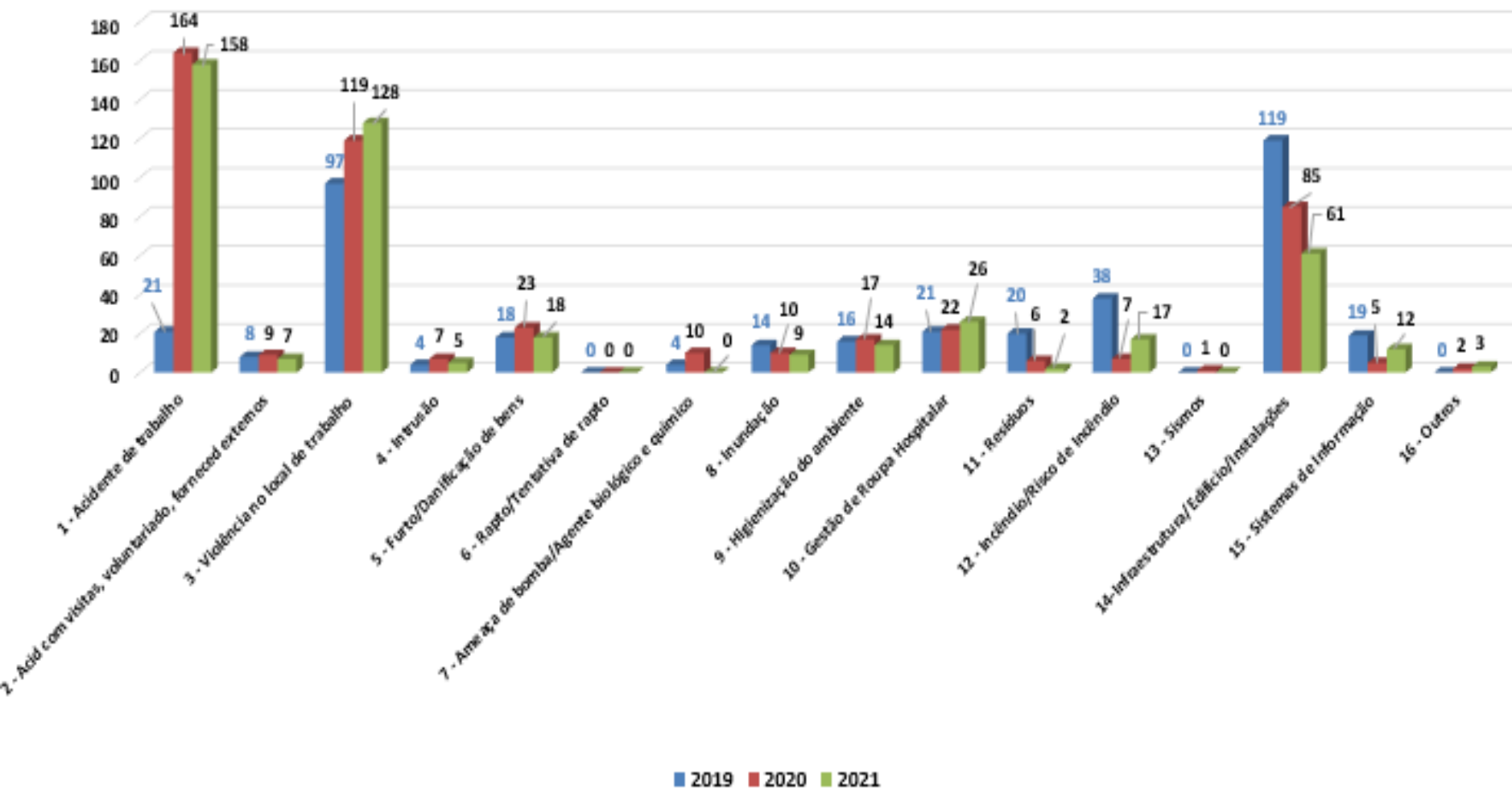
RISCO NÃO CLÍNICO	2019	2020	2021
1 - Acidente de trabalho	21	164	158
2 - Acidente com visitas, voluntariado, fornecedores externos	8	9	7
3 - Violência no local de trabalho	97	119	128
4 - Intrusão	4	7	5
5 - Furto/Danificação de bens	18	23	18
6 - Rapto/Tentativa de rapto	0	0	0
7 - Ameaça de bomba/Agente biológico e químico	4	10	0
8 - Inundação	14	10	9
9 - Higienização do ambiente	16	17	14
10 - Gestão de Roupa Hospitalar	21	22	26
11 - Resíduos	20	6	2
12 - Incêndio/Risco de Incêndio	38	7	17
13 - Sismos	0	1	0
14-Infraestrutura/Edifício/Instalações	119	85	61
15 - Sistemas de Informação	19	5	12
16 - Outros	0	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>399</b>	<b>487</b>	<b>460</b>

## Evolução da notificações do Risco Clínico 2019-2021





## Evolução da notificações do Risco Não Clínico 2019-2021



# Aperfeiçoamento do processo de aprendizagem a partir de incidentes



“A capacidade mais importante de um sistema de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente deve certamente ser sua eficácia na redução de danos futuros dos tipos que estão sendo relatados”.

Fonte: Organização Mundial de Saúde

## Aprendizagem com a Notificação

- há a previsão de uma atividade para disponibilização e discussão de informações sobre o incidente e os motivos de sua ocorrência

## Gera mudança

- O significado social ou 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 a funcionar

## Envolvimento da equipa na mudança

- Mudança de comportamento, e o resultado gera uma mudança substancial real e a melhoria na organização ou no sistema

## Aprendizagem melhora a compreensão

- Orienta quais mudanças de comportamento ou ações são necessárias para prevenir danos futuros.



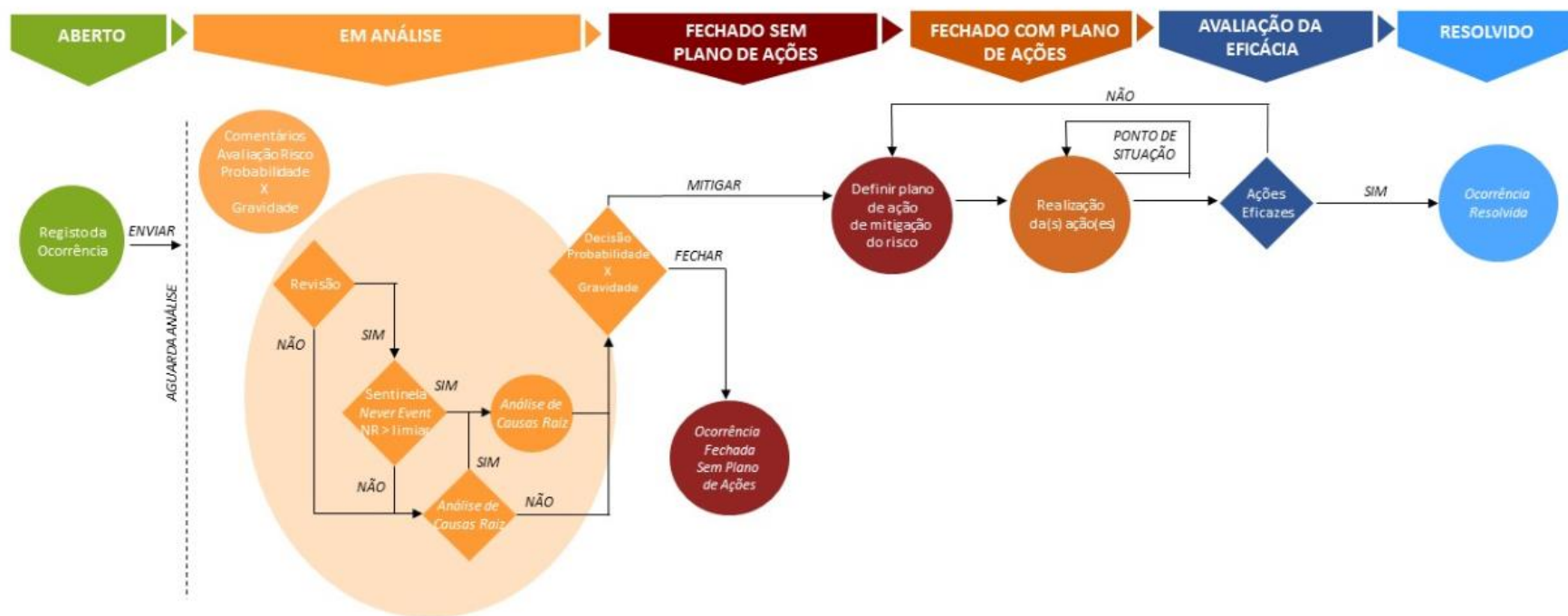
- Dr Charles Billings, chefe de escritório da NASA criou o Sistema de Notificação de Segurança Aérea (*Air Safety Reporting System – ASRS*)

“ Não há dúvida sobre a motivação da comunidade de pilotos em geral no que diz respeito às questões de segurança. Os relatórios não são uma confirmação relutante ou formulários pro forma, mas descrições bastante ricas e humanas de eventos preocupantes e frequentemente assustadores. Acredito que a notificação nesse sistema é motivada não pelo senso de risco pessoal atribuído ao ato de voar, mas sim por dois fatores principais:

- (1) o interesse sincero em melhorar a segurança, identificando perigos e,**
- (2) a crença sincera de que o sistema em questão inserindo notificações usa essas informações de forma produtiva e deliberada para melhorar a segurança em vez de simplesmente ser um meio de contagem de falhas”**

# Etapas da notificação de incidentes

## Workflow Ocorrência



- Ao observarmos todas as etapas do processo de notificação de incidentes, verificamos a importância da **participação dos os gestores locais e elos respectivos (RC e RNC)**;
- Dependendo da tipologia do incidente, poderão ser incluídos mais elos como no caso das Ulceras por Pressão, Quedas do Doente;
- O objetivo da notificação é ser um momento de reflexão da equipa sobre o incidente com o objetivo de em conjunto analisá-lo e buscar estratégias de mitigá-lo;
- É muito importante para uma melhor percepção e análise do incidente a **participação dos gestores locais e elos**, através de comentários e inclusão de documentos complementares.



# Ações de Análise

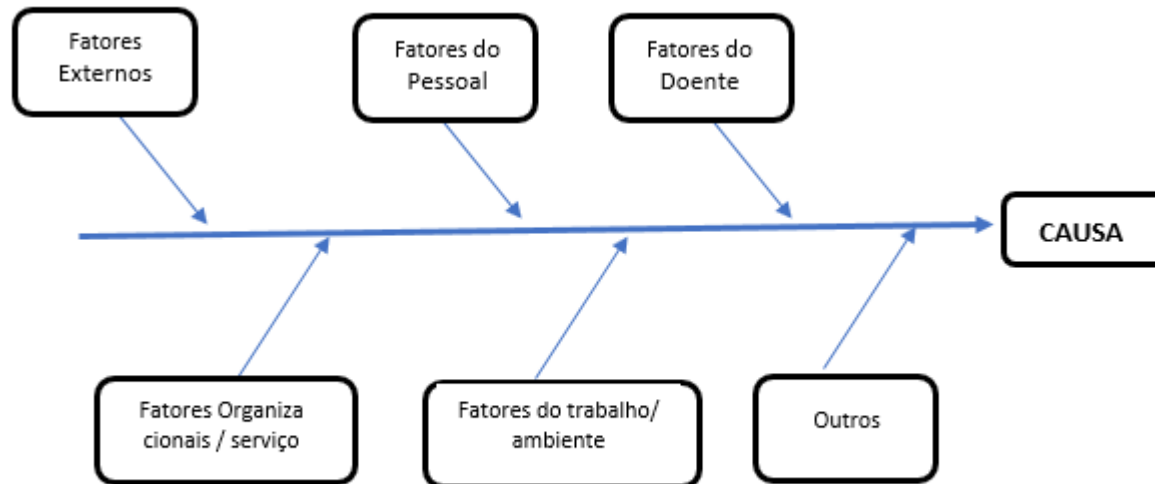
- Ações são importantes para quase todos os incidentes, especialmente após uma investigação e análise.
- Entretanto, descobrir as causas só é útil se agirmos para corrigi-las.
- As ações podem ser definidas em qualquer estágio da análise de incidentes.
- Cada ação **deve ter um prazo específico** e ser acompanhada pela equipa de peritos. Além de incluir:
  - ✓ Prioridade;
  - ✓ Responsável;
  - ✓ Prazo de execução;



- Muitas vezes para esclarecimento de dúvidas e solicitações elaboramos um Plano de Ação, onde os elementos do grupo de análise, participam.
- Os peritos devem analisar todas as etapas do processo e aprovar a conclusão ou solicitar outras ações.
- A avaliação da eficácia determina se o registro do incidente pode ser fechado.
- Somente aqueles com a permissão apropriada podem aprovar ou rejeitar o processo, e todos os comentários de cada aprovação ou rejeição devem ser registrados. Uma prática recomendada é tornar os comentários obrigatórios ao realizar uma aprovação/rejeição.

# Análise de Causa Raiz - ACR

- Quando analisamos os incidentes, e observamos que foi classificado como:
  - ✓ **Evento Sentinela (RC);**
  - ✓ **Incidente Grave (RNC)**
  - ✓ **Quando a Gravidade do dano é Severa ou Morte;**
  - ✓ **Quando a Avaliação de Risco for classificada como inaceitável (12, 16)**



- A análise de incidentes, comumente conhecida como Análise de Causa Raiz (*RCA – Root Cause Analysis*), é essencial para descobrir quais ações corretivas devem ser tomadas.

**O objetivo principal da ACR é responder:**

- ✓ O que aconteceu?
- ✓ Como aconteceu?
- ✓ Por que aconteceu?
- ✓ O que precisa ser corrigido?

- Esta análise tem por objetivo descobrir as possíveis falhas que levaram a ocorrência do incidente
- Para reduzir essas falhas e evitar a recorrência, devemos definir um plano de ações corretivas



- A **análise do incidente é fechada** assim que realizamos todos os procedimentos, mas isso **não é** o fim do processo de gestão de incidentes.
- Em um âmbito mais amplo, o conjunto de incidentes de segurança registados produzem um volume de informações que deve ser monitorado, visando **aprimorar os processos gerais de segurança e diminuir os riscos.**





**Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro**

Publicação: Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10, págs. 103-104  
 Emissor: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde  
 Parte: C - Governo e Administração direta e indireta do Estado  
 Data de Publicação: 2015-02-10



Diário da República, 2.ª série

**PARTE C**

N.º 187

24 de setembro de 2021

Pág. 96

**SAÚDE**

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 9390/2021

Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).



**Dia Mundial da Segurança do Doente**  
**17 de Setembro de 2022**



**Organização Mundial da Saúde**

## Bibliografia

- Barroso,F.; Sales,L.; Ramos, S(2021): Guia prático para a segurança do Doente. Ed.Lidel. Lisboa. 374p.
- Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS, Maguire SK, Pike KC. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality JAMA. 1998; 280(11):1000-5.
- Donabedian, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Organização Mundial da Saúde. Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico] / Organização Mundial da Saúde; tradutor Fernando Alves Esbérard Leite. – Leme, SP: Mizuno, 2021.
- Portugal, MS, DGS, DQS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Reason J. Human error: models and management. Brit Med J. 2000; (320):768-770.
- Sousa, P, Uva,A, Serranheira,f (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. REVISTA Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Tem.(10 )89-95. <http://hdl.handle.net/0362/19760>
- Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016.





**Construindo uma cultura de segurança ...  
Um compromisso de doentes e profissionais**

# “Sistemas de notificação de incidentes e aprendizagem de segurança”



Enf<sup>a</sup> Soraya Machado

Comissão de Gestão de Risco Global

[soma@sesaram.pt](mailto:soma@sesaram.pt)

15 de Setembro de 2022

