

O papel do gerenciamento de risco e do uso de ferramentas de melhorias da qualidade na análise de eventos adversos do hospital estadual américo brasileiro em 2022

AUTORES

Marília Amaral Costa Frangioti, Farmacêutica responsável pelo Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, Hospital Estadual Américo Brasileiro.

Maisa Cabete Pereira Salvetti, Diretora Geral, Hospital Estadual Américo Brasileiro.

Mariana Candida Laurindo, Gerente de Qualidade, Hospital Estadual Américo Brasileiro.

Gustavo Urbano, Diretor de Assistência à Saúde, Hospital Estadual Américo Brasileiro.

RESUMO

Cuidados inseguros na saúde são responsáveis por um elevado número de mortes e invalidez em todo o mundo. Eventos cirúrgicos adversos contribuem para o aumento de custos da assistência hospitalar. O presente artigo é uma análise descritiva dos eventos adversos com dano grave ou óbito de janeiro a agosto de 2022 em um hospital público localizado no interior do estado de São Paulo. Os resultados mostram a prevalência de eventos adversos com dano grave ou óbito no centro cirúrgico, tendo como principal tipo a necessidade de reabordagem cirúrgica não programada para tratamento de complicações. A notificação voluntária, o uso de ferramentas da qualidade como gráfico de tendência, diagrama de Pareto e análise de causa foram imprescindíveis para a tratativa e entendimento dos eventos. A transparência e ações desencadeadas pelos incidentes contribuíram para um maior envolvimento dos colaboradores nas ações de melhoria a serem realizadas.

Palavras-chave: Gerenciamento de risco; Evento adverso; Segurança do paciente; Centro cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Cuidados inseguros na saúde são responsáveis por um elevado número de mortes e invalidez em todo o mundo.¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) define eventos adversos (EA) como “incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente”. Estima-se que cerca de 10% das pessoas internadas sofram de algum EA em países de alta renda e que o custo social do dano ao paciente varie entre U\$ 1 e U\$ 2 trilhões por ano.¹

Estudo realizado em hospitais públicos de ensino do Rio de Janeiro evidenciou o centro cirúrgico como o segundo local de maior evidência de EA.² Os EA cirúrgicos contribuem para o aumento de custos da assistência hospitalar da instituição, além de maior tempo de permanência do paciente, podendo ter um aumento de 14 dias de internação em cerca de 45% dos EA cirúrgicos.³

A cirurgia é um dos serviços mais complexos e caros prestados pelo sistema de saúde;⁴ logo, a sinalização dos eventos e falhas de processo é extremamente importante para a segurança do paciente, já que, uma vez que são identificados, barreiras ou medidas podem ser implantadas para a redução dos danos.

Dentre as formas de sinalização do EA, a notificação é uma importante ferramenta. A análise de causa das notificações contribui para uma aprendizagem organizacional a partir da revisão e melhoria dos processos.^{5,6}

Ferramentas para a análise do EA ajudam na investigação, além de contribuir para atingir resultados consistentes. O Protocolo de Londres é uma ferramenta recomendada para análise de EA de alto impacto, uma vez que avalia diferentes fatores contribuintes para a ocorrência do EA, analisando, portanto, todo o sistema envolvido.⁷

Os dados tabulados no evento, quando dispostos em gráficos, tabelas e mapas, favorecem a visualização global do evento, uma possível relação causal, e comparação com demais períodos.⁸ O Gráfico de Pareto é uma ferramenta muito utilizada para identificar as principais causas de um problema específico, além de quantificar as categorias do tipo de problema.⁹ Além dele, o gráfico de tendência é uma ferramenta analítica simples que auxilia a análise da variação dos processos do cuidado em saúde, uma vez que permite analisar se mudanças realizadas em um processo resultam em melhorias ao longo do tempo.¹⁰

JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, a análise dos EA com dano grave ou óbito prevalentes na instituição se fez necessária para permitir que estratégias assertivas para sua mitigação possam ser definidas e implantadas.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo principal a análise descritiva dos eventos adversos com dano grave ou óbito ocorridos na instituição no período de janeiro a agosto de 2022 conforme o tipo de evento, setor de ocorrência e fatores contribuintes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, de amostra de conveniência, composta pelos EA que foram notificados por colaboradores através de sistema institucional. O estudo ocorreu no Hospital Estadual Américo Brasiliense (Heab), um hospital público de atendimento de média complexidade, com 84 leitos – 10 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 40 clínicos e 34 cirúrgicos – de atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi composta a partir das notificações recebidas via sistema institucional. Foram incluídas no estudo apenas as notificações classificadas como EA com dano grave, óbito ou *never events*. As notificações duplicadas relacionadas ao mesmo evento foram consideradas como apenas uma.

As notificações de EA foram tabuladas em planilha de Excel e classificadas conforme grau de dano segundo OMS, informações do setor de ocorrência, tipo do evento e data. A quantidade mensal de eventos foi analisada por gráfico de tendência em comparação com a série histórica de ocorrência institucional. A variação da incidência de EA com dano foi analisada conforme regras de causas comuns e especiais definidas por Shewhart em métodos de controle de qualidade.¹¹ O conjunto de eventos ocorridos no período determinado foi analisado por Gráficos de Pareto com classificação do tipo de evento e por setor de ocorrência. Para realização dos gráficos, foram utilizados o Microsoft Excel e o software estatístico QI Macros.

RESULTADOS

Após a análise das notificações recebidas de janeiro de 2019 a agosto de 2022, identificou-se um total de 32 EA com dano grave ou óbito (Gráfico 1).

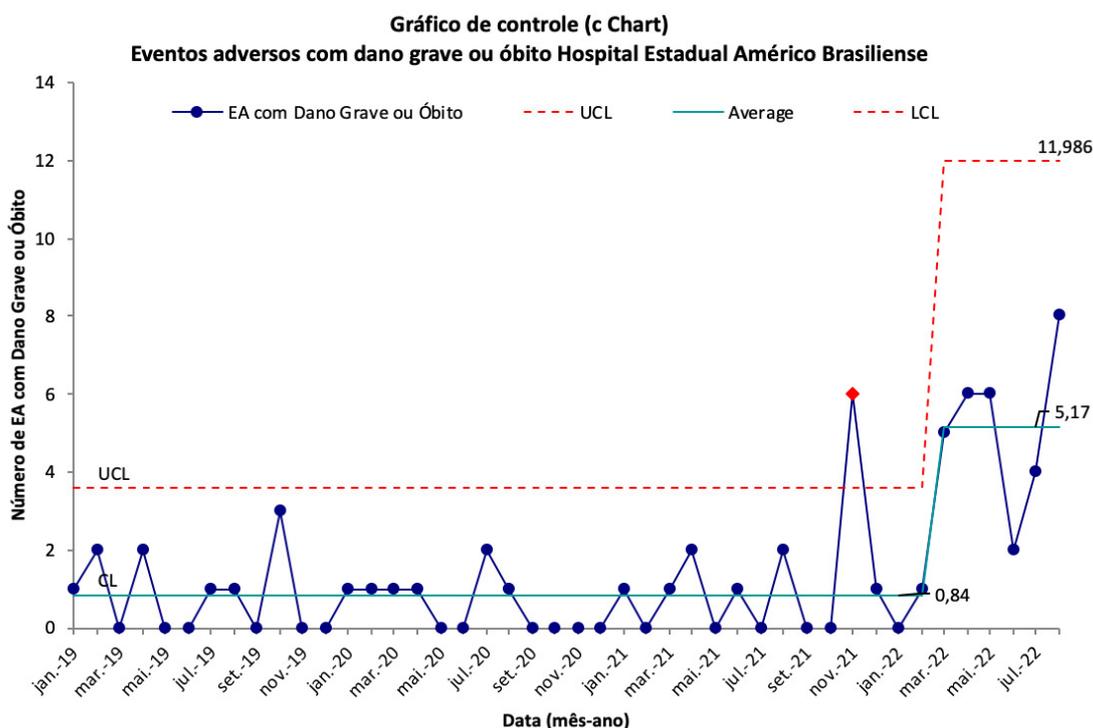


Gráfico 1: Gráfico de controle (*c Chart*) dos eventos adversos (EA) com dano grave ou óbito no Hospital Estadual Américo Brasiliense, no período de janeiro de 2019 a agosto de 2022. A linha azul clara representa a média (*Average*) dos EA com dano grave ou óbito. A linha azul escura representa a variação do número absoluto de EA com dano grave e óbito. A linha vermelha tracejada representa o limite de controle superior (UCL), calculado a partir do desvio padrão da média dos eventos ocorridos.

Em comparação com a série histórica institucional, observa-se que a média de eventos mensal aumentou de 0,84 para 5,17. Nenhum *never event* ocorreu no período do estudo. Foram identificadas duas causas especiais de variação no período analisado: um deslocamento da média a partir de fevereiro de 2022 (após seis pontos acima da média anterior de eventos) e um ponto astronômico em novembro de 2021 (ponto em vermelho no Gráfico 1), no qual a incidência de eventos adversos foi maior do que o limite de controle superior da série histórica.

Para investigação dos eventos, foram realizadas discussões junto ao gerenciamento de risco e segurança do paciente, equipes envolvidas, diretoria e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), além de auditoria de prontuários. Para EA com dano grave ou óbito, reuniões extraordinárias do NSP foram realizadas no formato remoto, com duração de 30 minutos, buscando facilitar o acesso a todos os envolvidos e que, através dessas discussões, as oportunidades de melhoria em cada evento fossem sinalizadas e o plano de ação determinado. Para eventos envolvendo exclusivamente a equipe do centro cirúrgico, a reunião extraordinária não era realizada com o NSP, mas, sim, com os envolvidos e, posteriormente, o resultado era compartilhado em reunião mensal com o NSP. Estas discussões detalhadas possibilitaram a classificação de cada evento conforme local de ocorrência, tipo e fatores relacionados.

Através da distribuição dos dados no Gráfico de Pareto, identificamos que a clínica cirúrgica (contemplado aqui também o Centro Cirúrgico) foi o setor onde 94% dos EA com dano grave ou óbito ocorreram no período.

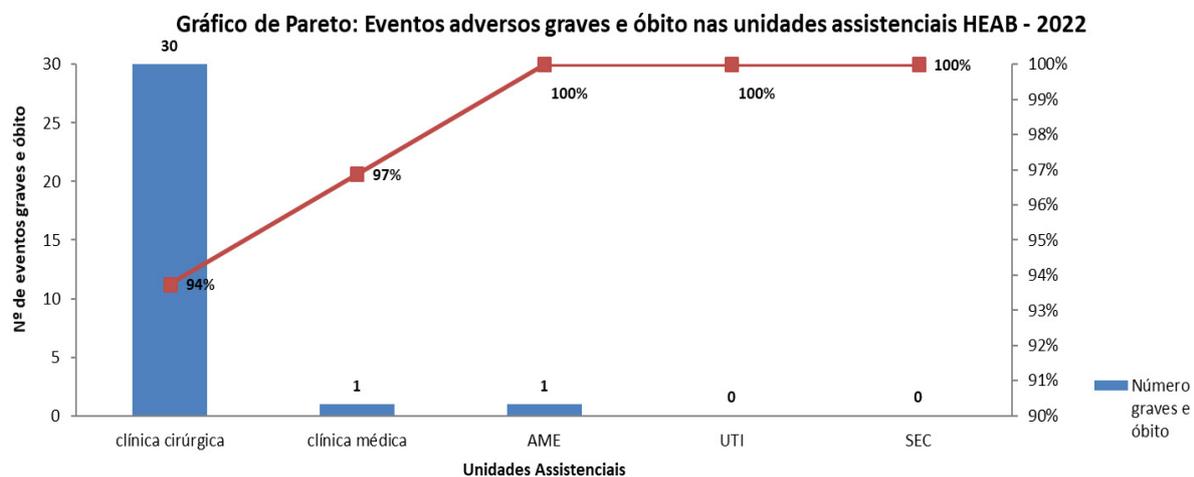


Gráfico 2: Distribuição dos eventos com dano grave ou óbito ocorridos entre janeiro e agosto de 2022 conforme o setor de ocorrência no Hospital Estadual Américo Brasiliense. As colunas representam o número absoluto de eventos no setor (eixo Y à esquerda) e a linha vermelha com marcadores representa a incidência acumulada em relação ao total de eventos analisados no período.

Pela análise do tipo de EA, também distribuído no Gráfico de Pareto, identificamos a reabordagem como principal tipo de EA com dano grave ou óbito no período do estudo.

Gráfico de Pareto: Tipo dos Eventos Adversos com dano grave ou óbito

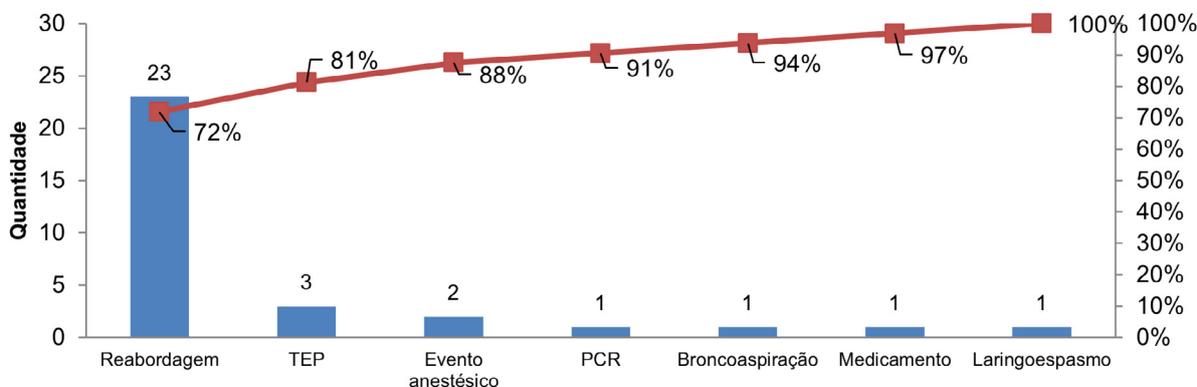


Gráfico 3: Distribuição dos eventos com dano grave ou óbito ocorridos entre janeiro e agosto de 2022 conforme o tipo de evento no Hospital Estadual Américo Brasiliense. As colunas representam o número absoluto de eventos relacionados a cada causa (eixo Y à esquerda) e a linha vermelha com marcadores representa a incidência acumulada em relação ao total de eventos analisados no período. Reabordagem = necessidade de reabordagem cirúrgica não programada para tratamento de complicações; TEP = Tromboembolismo Pulmonar; PCR = Parada Cardiorrespiratória.

Reabordagens como evento adverso com dano grave e óbito por especialidade de janeiro a agosto/2022

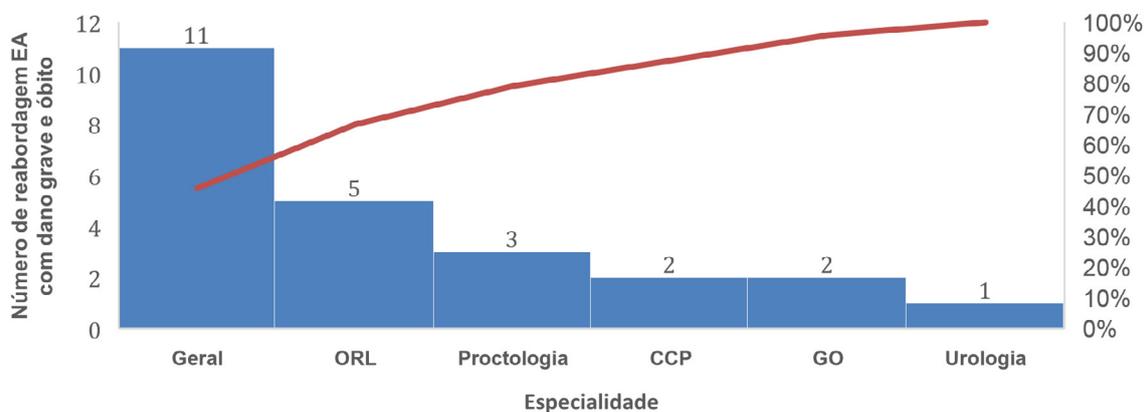


Gráfico 4: Distribuição das reabordagens como eventos adversos com dano grave ou óbito ocorridos de janeiro a agosto de 2022 no Hospital Estadual Américo Brasiliense. As colunas representam o número absoluto de eventos relacionados a cada especialidade (eixo Y à esquerda) e a linha vermelha representa a incidência acumulada em relação ao total de reabordagens evento adverso com dano grave ou óbito analisados no período. ORL = otorrinolaringologia; CCP = cabeça e pescoço; GO = ginecologia

Na análise qualitativa dos eventos pela equipe médica, o principal fator contribuinte para os eventos adversos identificado foi o agravamento dos quadros clínicos e da complexidade cirúrgica dos pacientes que tiveram sua cirurgia indicada antes da pandemia de covid-19 e

postergada pelos períodos de interrupção total ou parcial das atividades cirúrgicas eletivas, contribuindo para complicações peri e pós-operatórias, além de exigirem maiores habilidades técnicas pela equipe. Esta análise permitiu ainda a identificação dos tipos de cirurgia em que este risco de agravamento era maior.

DISCUSSÃO

A análise dos EA institucionais utilizando gráficos de frequência possibilitou a identificação de uma piora consistente na mediana de ocorrência dos eventos em 2022 em relação à série histórica. Usando como base metodológica o Modelo de Melhoria,¹¹ foi realizada a análise de causa do problema institucional para que se pudessem propor melhorias assertivas. A organização dos EA por local de ocorrência e por motivo do dano deixou mais claro onde são necessários esforços estratégicos de melhoria na instituição neste momento, evitando o desperdício.

Dentre as atividades contratuais do Heab, os procedimentos cirúrgicos representam a maioria (metas mensais hospitalares de 560 cirurgias e 130 saídas clínicas em 2022, além de outras metas ambulatoriais), o que se correlaciona com o maior risco de EA nesta linha de cuidado e a necessidade de promoção da segurança destes pacientes.

Neste contexto, o centro cirúrgico possui um projeto de atualização do checklist de cirurgia segura, disparado após alguns eventos que envolveram passos que poderiam ser evitados através de um checklist assertivo. Desde seu início, EA com dano grave ou óbito cujas causas envolvessem processos abordados pelo checklist foram totalmente evitados.

Os dados da análise de 2022 identificaram um perfil diferente de EA, trazendo a atenção para fatores que possam aumentar o risco de reabordagens cirúrgicas, como hemostasia intraoperatória, condições clínicas perioperatórias e previsão de complexidade cirúrgica.

As especialidades com maior produção cirúrgica no Heab são, em ordem decrescente, a oftalmologia, cirurgia geral, ginecologia e otorrinolaringologia, o que pode se correlacionar a maior prevalência de EA na cirurgia geral e na otorrinolaringologia.

Uma vez conhecido o tipo de EA predominante, foi possível ainda investigar semelhanças entre eles a fim de identificar possíveis barreiras para evitar e/ou mitigar os danos, promovendo mudanças que possam reduzir sua ocorrência e melhorando a segurança dos pacientes.

Tendo em vista o potencial agravamento dos pacientes com cirurgias indicadas antes ou durante a pandemia de covid-19¹², implantou-se a ação de reavaliação ambulatorial pré-operatória dos pacientes aguardando cirurgias de grande porte ou com maior potencial para complicações, como herniorrafias incisionais ou resseções de lesões envolvendo o segmento de cabeça e pescoço, cuja indicação e/ou última avaliação pela equipe responsável tenha ocorrido há mais de seis meses. A reavaliação anestésica na instituição já ocorre sempre que se ultrapassam seis meses de antecedência da data provável da cirurgia.

Foi também iniciado um projeto na enfermaria de clínica cirúrgica com objetivos de melhorar a identificação e comunicação de riscos entre o centro cirúrgico e a enfermaria, integrar a equipe multiprofissional no plano terapêutico do paciente cirúrgico e melhorar as orientações de alta e detecção precoce de agravos pelo paciente e sua rede de suporte.

Ainda, através das discussões transparentes dos eventos com as equipes assistenciais, identificou-se a necessidade institucional de aprimorar o acolhimento à segunda vítima. Este tema foi discutido também junto ao NSP e diretoria, e reuniões para organização de um “time de resposta rápida à segunda vítima” já foram iniciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As notificações voluntárias de EA foram fundamentais para sinalizar as falhas de processo na instituição, sendo possível, por meio do Gráfico de Pareto, diagnosticar qual o perfil dos EA com dano grave ou óbito. Embora muitas vezes a notificação ainda seja vista como algo punitivo, conseguimos perceber que os colaboradores se sentem seguros para sua realização.

O uso de ferramentas de qualidade (como análise de causa e Protocolo de Londres), a discussão dos EA junto com as equipes, a transparência e os desencadeados pelos incidentes contribuíram para um maior envolvimento nas ações de melhoria a serem realizadas.

Por fim, é importante destacar que a instituição tem como visão no novo planejamento estratégico (2021-2025) “ser excelente na qualidade do cuidado e inovar para a sustentabilidade da gestão”, o que impulsiona a equipe a sempre buscar novas estratégias para evitar falhas na assistência e garantir um atendimento cada vez mais seguro e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030. Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: WHO; 2022.
2. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(4): 279-284.
3. Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(3): 523-35
4. Organização Mundial de Saúde. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Genebra; 2008.
5. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? a systematic literature review. *Milbank Q.* 2015;93(4):826-66. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>.
6. Göttems LBD, Santos MLG, Carvalho PA, Amorim FF. A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):861-7. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600021>.
7. Vincent CA, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett DJ, Prior S, Strange P, et al. A protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. London: University College London/ Association of Litigation and Risk Management; 1999.

8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica. Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 816 p.
9. Seleme, R; Stadler, H. Controle da Qualidade – As Ferramentas Essenciais. 2. ed. Curitiba- Pr: Xibpex, 2010. 180 p.
10. Perla RJ, Provost LP, Murray SK. The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Qual Saf.* 2011 Jan;20(1):46-51. doi: 10.1136/bmjqs.2009.037895. PMID: 21228075.
11. ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT. O Manual de Melhoria – Modelo, Métodos e Ferramentas para Melhorias. Versão Avançada – Austin, Texas: Associates in Process Improvement, 1998.
12. Nascimento Neto, et al. Impactos da COVID-19 no agendamento das cirurgias eletivas. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e597111134197, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.34197. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34197>. Acesso em: 17 out. 2022.