

PROTOCOLO ASSISTENCIAL



PROTOCOLO CLÍNICO

GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS

Denominação: P.GQ. – 0004/09.2022 - Gerenciamento de Ocorrências

Elaborado por: Joicilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)

Validado por: Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade) e Soraia Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)

Aprovado por: Dr. Ricardo Madureira (Diretor Técnico Assistencial) **Em:** 12/09/2022

Abrangência da Aplicação: Institucional **Nível de Confidencialidade:** Público Interno

1. OBJETIVO

- 1.1. Sistematizar o gerenciamento de ocorrências desde os registros, classificações, análises, tratativas e monitoramento e contenção dos danos que impactam a segurança, saúde humana, integridade profissional, imagem institucional e o meio ambiente.

2. SIGLAS / TERMOS E DEFINIÇÕES

HSI – Hospital Santa Izabel;

PDSA – Acordo de Nível de Serviço;

CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO – Há um potencial para ocorrer o dano, mas o incidente não ocorreu;

NEAR MISS (QUASE ERRO) – Incidente que não atingiu o paciente;

INCIDENTE SEM DANO – O incidente atingiu o paciente, mas não causou dano;

EVENTO ADVERSO (INCIDENTE COM DANO) – Incidente com dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, com prolongamento do tempo de permanência ou morte, como consequência do cuidado prestado.

3. DESCRIÇÃO/DIRETRIZ

3.1. Categorias da Ocorrências

3.1.1. Incidentes

ELABORADO POR:

Dr. Joicilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraia Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)

Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)

Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamista)

Correspondence addresses:

Dra. Soraya T.A. Accioly
soraia.accioly@santacasaba.org.br

Received: June 15, 2021

Revised: July 12, 2022

Accepted: August 20, 2022

Published: August 31, 2022

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

All rights reserved.

ISSN: 2526-5563

e-ISSN: 2764-2089



Eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultaram em dano desnecessário ao paciente, podendo ser *near miss*, circunstância de risco, incidentes sem danos e eventos adversos.

3.1.1.1. Ferramentas indicadas:

- Circunstâncias de risco, *near miss*, incidente sem danos e incidente com dano leve:
 - ✓ Ishikawa, FCA ou 5 porquês, se recorrente (≥ 05 ocorrências/ mês) utilizar o PDSA e 5W2H.
- Incidente com dano moderado e grave:
 - ✓ Ishikawa ou Bowtie e 5W2H.
- Incidente catastrófico (óbito por evento adverso):
 - ✓ Protocolo de Londres e 5W2H.

3.1.2. Queixas Técnicas

Qualquer suspeita de alteração/irregularidade de um produto (material, equipamento, órteses, próteses) relacionada a aspectos técnicos ou legais.

3.1.3. Não Conformidades

Não atendimento a um requisito pré-estabelecido.

3.1.3.1. Ferramentas indicadas:

- Ishikawa, FCA ou 5 porquês;
- Se recorrente (≥ 05 ocorrências/ mês) utilizar o PDSA e 5W2H.

3.1.4. Dilemas Éticos

São situações relacionadas a alguma ação que, embora ofereça um potencial benefício, pode ser considerado potencialmente não-ético, ou seja, onde não há consenso claro quanto ao que é certo ou errado.

3.2. Tipos de Ferramentas para Análise / Tratativa de Ocorrências e sua aplicabilidade

3.2.1. 5 porquês

O 5 Porquês é uma ferramenta que consiste em perguntar 5 vezes o porquê de um problema ou falha ter ocorrido, a fim de descobrir a causa raiz.

ELABORADO POR:

Dr. Jocilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraya Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)

Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)

Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamista)



3.2.2. FCA

É uma ferramenta de análise de Fato, Causa e Ação, utilizada para entendimento do que deu errado após um resultado inesperado e propor ação para mitigar a recorrência.

3.2.3. Ishikawa

A ferramenta consiste em buscar o entendimento sobre a relação das causas (método, máquina, medida, meio ambiente, material, mão de obra) que na maioria das vezes são as principais influências para a existência do problema.

3.2.4. Bowtie

É uma ferramenta de levantamento de risco muito boa de ser utilizada por ser visual, de fácil entendimento e que representa de forma eficaz o risco, proporcionando uma oportunidade para identificar e avaliar as principais barreiras de segurança frágeis ou ausentes entre um evento e um resultado da insegurança.

3.2.5. Protocolo de Londres

Seu objetivo é analisar de forma abrangente e reflexiva os incidentes clínicos e ter uma visão macro do contexto, sem focar somente na falha em si. Sendo necessário reunir com os profissionais envolvidos nos eventos para descrição breve da história clínica, da sequência lógica dos acontecimentos mais relevantes, fatores contribuintes relacionados aos profissionais, comunicação, paciente, fatores do trabalho, ambiente e fatores organizacionais.

3.2.6. 5W2H

É uma ferramenta utilizada para a gestão de projetos e a criação de planos de ação, cuja sigla corresponde às 7 perguntas: *What* (o que será feito); *Why* (por que será feito?); *Where* (onde será feito?); *When* (quando será feito e qual é o prazo?); *Who* (quem são as pessoas envolvidas?); *How* (como será feito?); *How uch* (quanto vai custar?).

3.2.7. PDSA

É uma ferramenta de gerenciamento com foco em melhoria de processos.

Observação: nas ocorrências de não conformidades e queixas técnicas que resultaram em evento ao paciente, deve-se utilizar a ferramenta correspondente a classificação do evento.

4. RESPONSABILIDADE

4.1. Colaboradores/ Parceiros:

- Registrar as ocorrências através do sistema MV Estratégico no módulo da Qualidade, escolhendo

ELABORADO POR:

Dr. Jocilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraya Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)
Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)
Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamicista)



o tipo de ocorrência correspondente a cada categoria: incidente, contrafluxo, dilema ético, queixa técnica ou não conformidade.

4.2. *Gestor de Risco:*

- Realizar treinamento sobre o registro de ocorrências no sistema MV Qualidade;
- Estimular o registro de ocorrências no sistema MV Qualidade;
- Avaliar a ocorrência quanto a procedência e viabilidade de tratativa, classificar e encaminhar a ocorrência para o responsável pela análise e tratativa, se pertinente, sugerindo a ferramenta a ser utilizada;
- Se evento grave ou catastrófico, informar a diretoria através do comunicado de ocorrências e aos gestores por e-mail e telefone;
- Comunicar por e-mail ao *Time de Disclosure* e a Alta Gestão quando o evento notificado for factível ao processo;
- Monitorar o status do plano de ação das ocorrências prevalentes e recorrentes;
- Qualificar a análise e tratativa quanto a efetividade das estratégias adotadas pelo gestor;
- Se necessário, reencaminhar a ocorrência para o gestor, recomendando uma nova análise e tratativa;
- Quando aplicável, enviar a ocorrência para o gestor analisar com os critérios definidos pela nota técnica da ANVISA e após o retorno, realizar a notificação da ocorrência no NOTIVISA;
- Acompanhar as notificações de queixas técnicas e farmacovigilância no NOTIVISA.

4.3. *Gestor da Unidade:*

- Estimular o registro de ocorrências no sistema MV Qualidade;
- Cumprir o SLA de tratativas das ocorrências no sistema MV Qualidade;
- Monitorar a frequência de ocorrências;
- Utilizar ferramenta de acordo com o tipo de análise e tratativa de acordo a classificação do evento e recorrência da ocorrência;
- Envolver equipe operacional na análise e tratativa de eventos;
- Analisar as não conformidades junto às áreas envolvidas;
- Elaborar PDSA e 5W2H para tratativa das ocorrências recorrentes (≥ 05 ocorrências/ mês);
- Registrar tratativa no MV Qualidade na aba de gestão de ocorrências, anexando a ferramenta utilizada;
- Atualizar mapeamento de risco, sempre que necessário, e na ocorrência de eventos adversos a fim de mitigar o risco de recorrência;
- Divulgar as ações de melhoria provenientes das tratativas para as equipes da operação;
- Registrar no MV Qualidade a conduta adotada para mitigar a queixa técnica e o número da notificação no NOTIVISA (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária).

ELABORADO POR:

Dr. Jocilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraya Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)

Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)

Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamista)



4.4. Comitê de Dilemas Éticos:

- Analisar e tratar o dilema ético;
- Dar retorno para o demandante do dilema ético;
- Finalizar a notificação no MV Qualidade.

5. REFERÊNCIA NORMATIVA

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA No 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. BRASÍLIA. 25 de julho de 2019.

6. ANEXO

Anexo 1. Gerenciamento de Notificações – Incidentes

Anexo 2. Gerenciamento de Notificações – Contrafluxo

Anexo 3 – Gerenciamento de Notificações – Não Conformidades

Anexo 4. Gerenciamento de Notificações – Queixas Técnicas

Anexo 5. Gerenciamento de Notificações – Dilemas Éticos

ELABORADO POR:

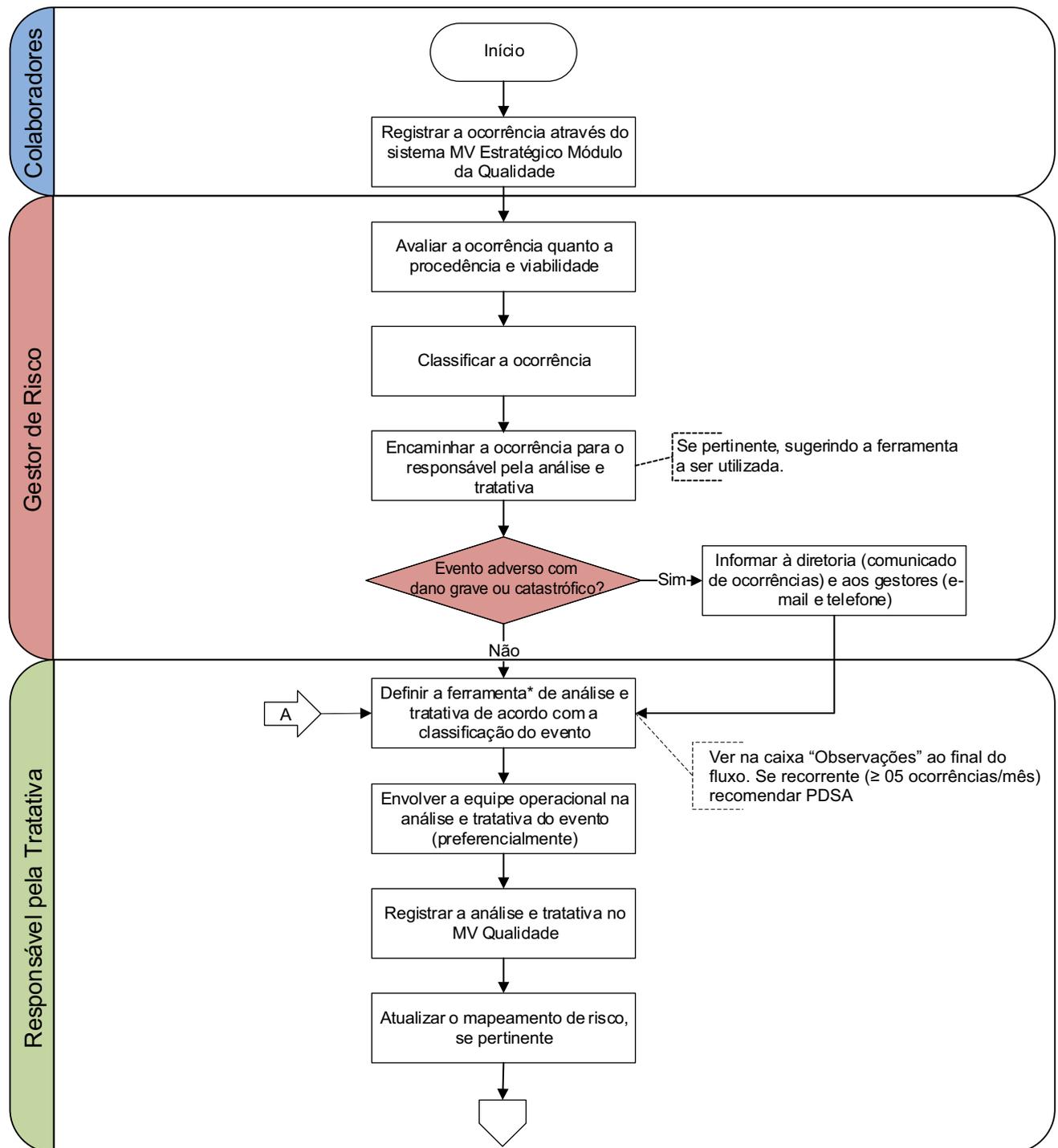
Dr. Jocilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraya Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)

Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)

Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamicista)

 <p>Hospital SANTA IZABEL Santa Casa BA</p>	<h2 style="margin: 0;">PROTOCOLO CLÍNICO</h2> <h3 style="margin: 0;">GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS</h3>
--	--

Anexo 1. Gerenciamento de Notificações – Incidentes.



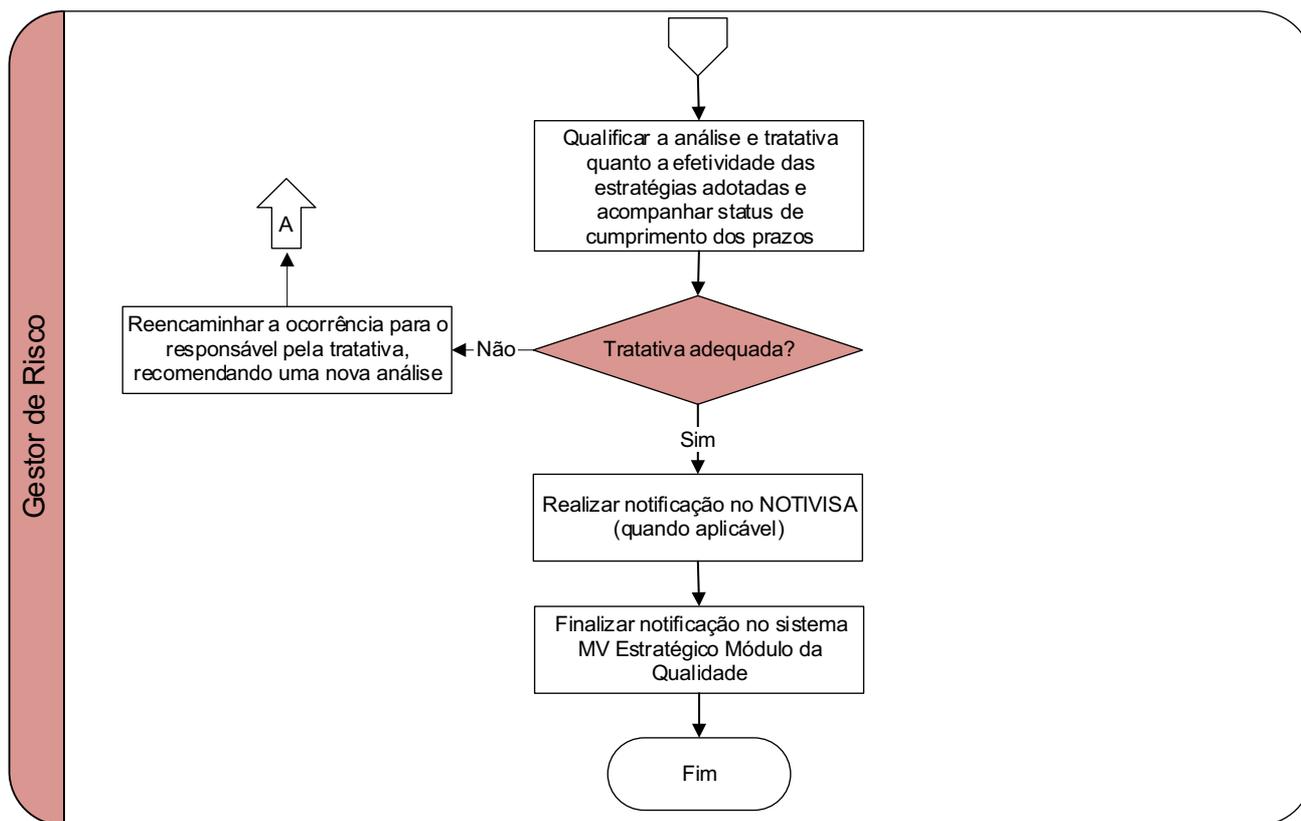


Hospital
SANTA IZABEL
Santa Casa BA

PROTOCOLO CLÍNICO

GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS

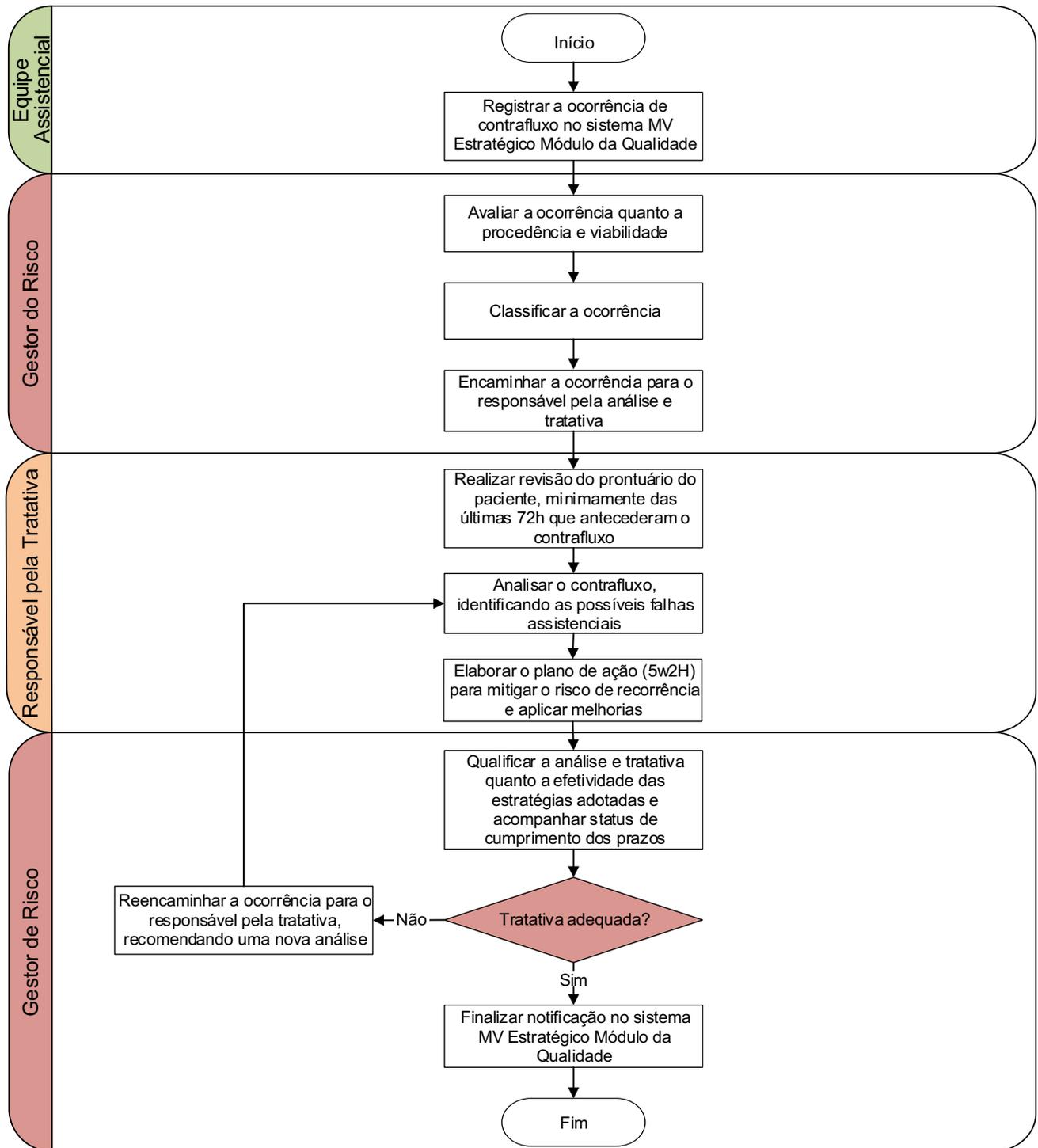
Anexo 1. Gerenciamento de Notificações – Incidentes (continuação).



- Observações:**
- Se necessário, comunicar ao Time de Disclosure e a Alta Gestão (Seguir o fluxo específico)
 - Priorizar os eventos em que o paciente e/ou a família percebeu a falha / evento adverso
 - Sugestão de *ferramentas para análise e tratativa de eventos:
 - Circunstância de Risco – FCA e/ou 5 Porquês
 - Quase erro (*near miss*) – FCA e/ou 5 Porquês
 - Incidente sem dano – FCA e/ou 5 Porquês
 - Incidente com dano leve – FCA e/ou 5 Porquês
 - Incidente com dano moderado – Ishikawa/ *Bowtie*, Plano de Ação 5W2H e PDSA
 - Incidente com dano grave – Ishikawa/ *Bowtie*, Plano de Ação 5W2H e PDSA
 - Incidente catastrófico (óbito) – Protocolo de Londres (obrigatório), Plano de Ação 5 W2H e PDSA

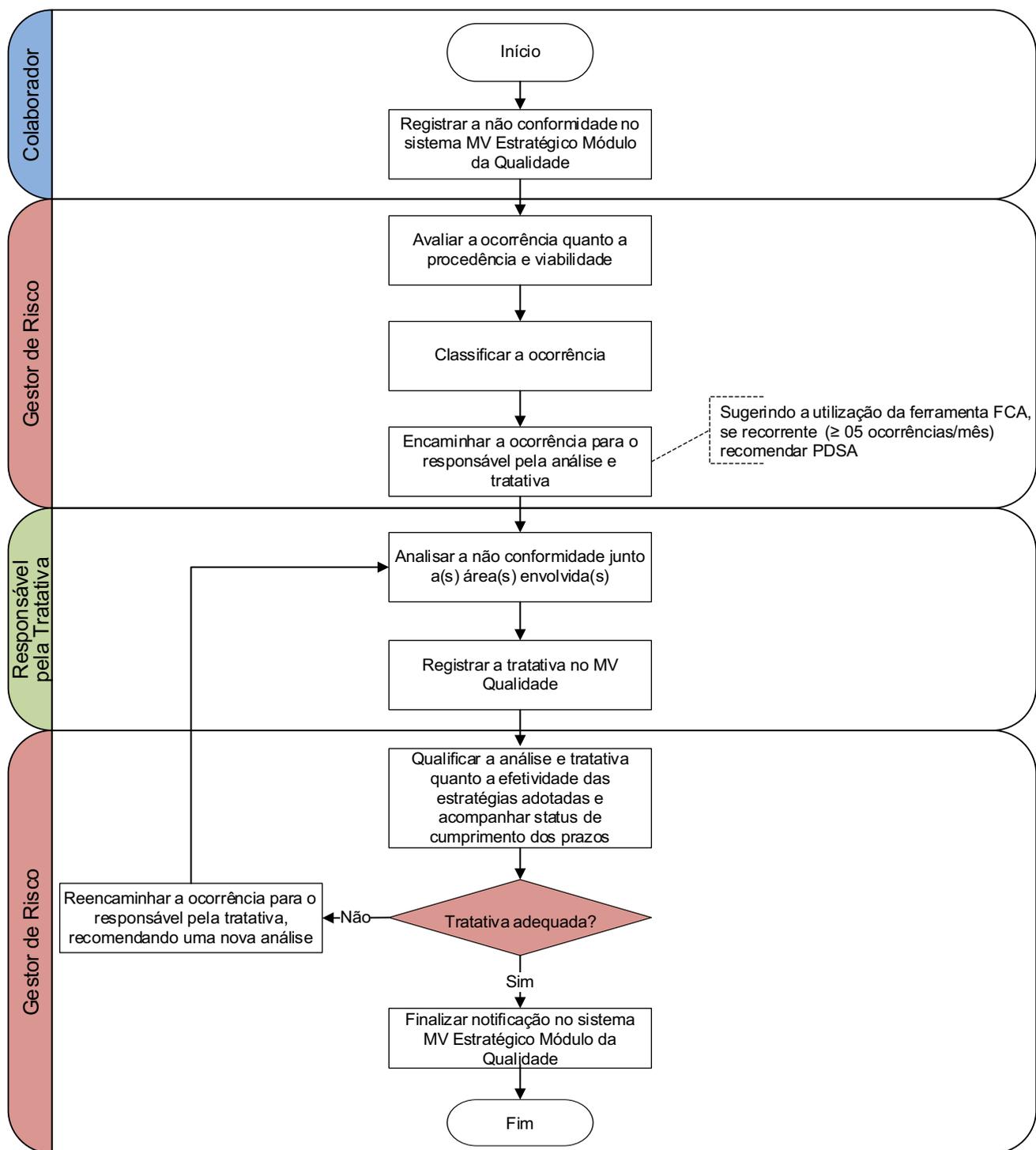
 <p>Hospital SANTA IZABEL</p> <p>Santa Casa BA</p>	<h2 style="margin: 0;">PROTOCOLO CLÍNICO</h2> <h3 style="margin: 0;">GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS</h3>
---	--

Anexo 2. Gerenciamento de Notificações – Contrafluxo.



 <p>Hospital SANTA IZABEL Santa Casa BA</p>	<h2 style="margin: 0;">PROTOCOLO CLÍNICO</h2> <h3 style="margin: 0;">GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS</h3>
--	--

Anexo 3. Gerenciamento de Notificações – Não-Conformidades.



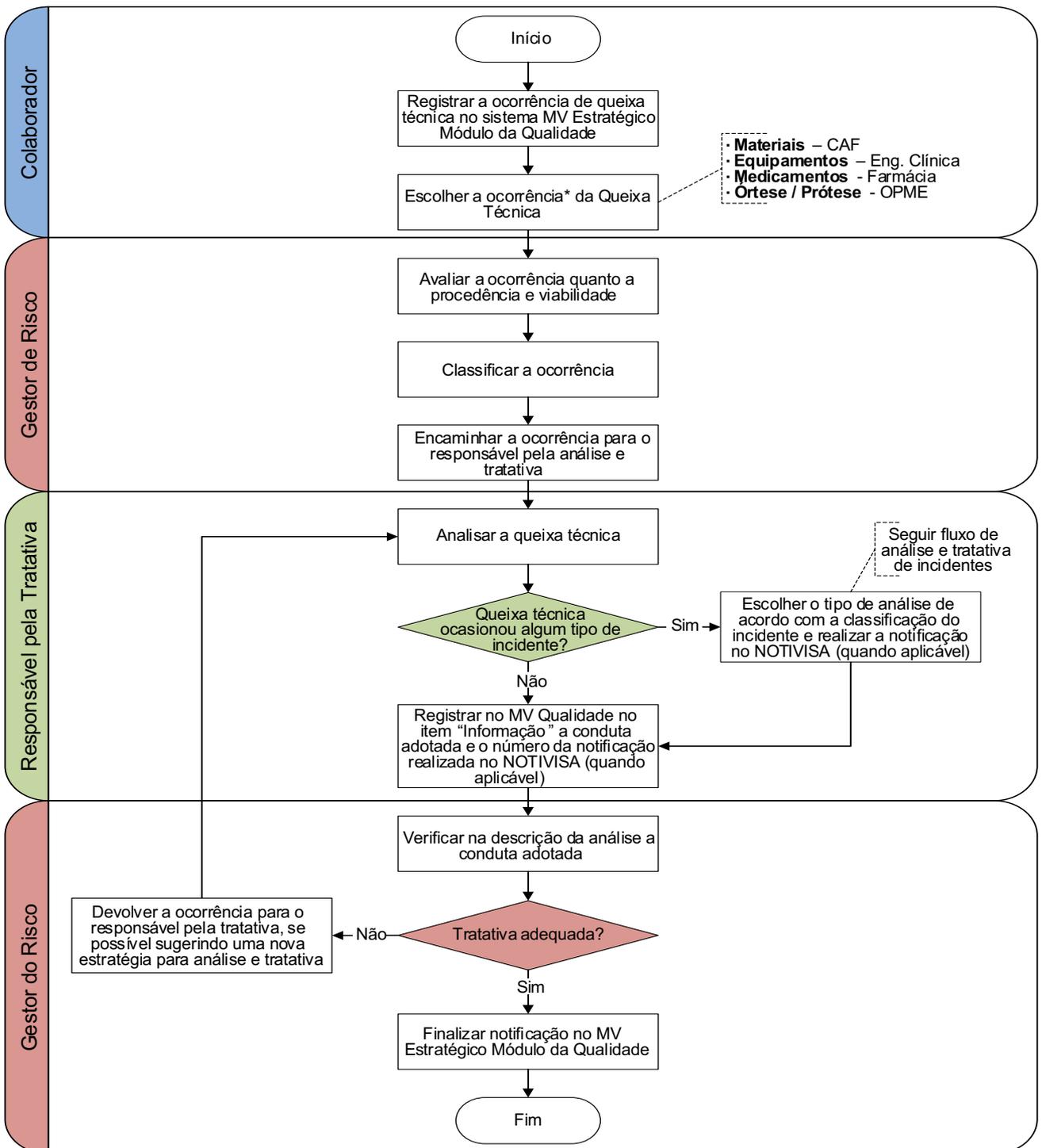


Hospital SANTA IZABEL
Santa Casa BA

PROTOCOLO CLÍNICO

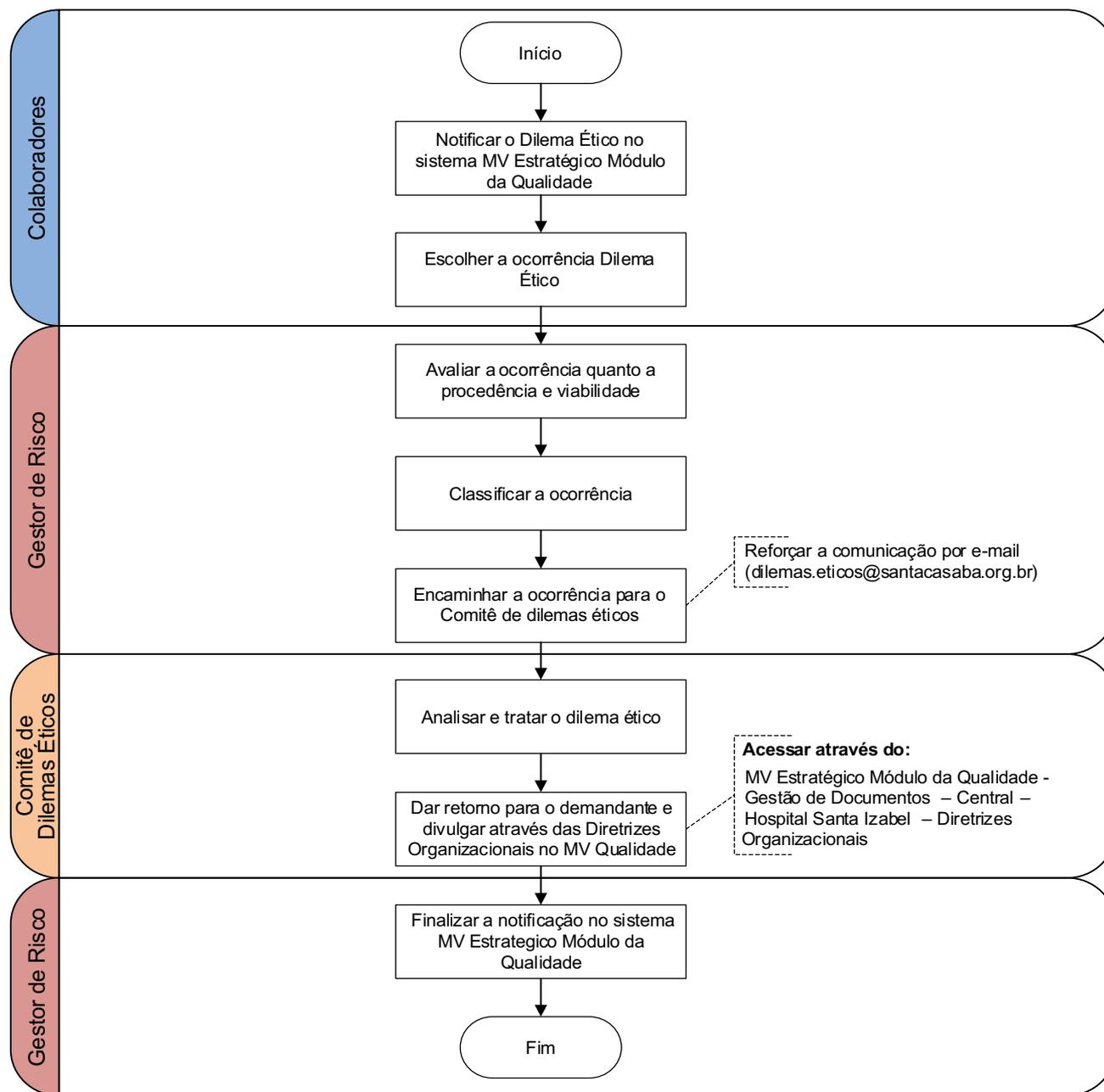
GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS

Anexo 4. Gerenciamento de Notificações – Queixas Técnicas.



 <p>Hospital SANTA IZABEL Santa Casa BA</p>	<h2 style="margin: 0;">PROTOCOLO CLÍNICO</h2> <h3 style="margin: 0;">GERENCIAMENTO DE OCORRÊNCIAS</h3>
--	--

Anexo 5. Gerenciamento de Notificações – Dilemas Éticos.



ELABORADO POR:

Dr. Jocilene Mendes Borges (Coordenadora do Serviço de Infecção Hospitalar) / Soraya Accioly (Gerente Técnica Assistencial e de Qualidade)
 Dr. Vivianne Bastos (Coordenadora de Qualidade)
 Dr. Ricardo Madureira (Médico Hemodinamista)