



## RELATÓRIO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

3º Trimestre de 2024

Chapecó

2024

## INTRODUÇÃO

O Relatório de Segurança do Paciente do 3º trimestre de 2024 apresenta uma análise detalhada das notificações de eventos adversos ocorridos no período entre julho e setembro que tiveram relação com o procedimento anestésico ou que o mesmo possa ter contribuído para sua ocorrência. Este documento tem como finalidade identificar áreas críticas, avaliar a eficácia das práticas de segurança implementadas e propor ações corretivas que promovam a melhoria contínua.

Os dados evidenciam uma tendência de redução nas notificações, especialmente no mês de setembro, além de destacarem setores como o Centro Cirúrgico e a Recuperação Pós-Anestésica como áreas de maior concentração de incidentes. Este panorama enfatiza a necessidade de reforçar a cultura de segurança, otimizar processos assistenciais e fomentar a comunicação efetiva entre as equipes de saúde.

A segurança do paciente é uma prioridade estratégica para o serviço de anestesia, refletindo o compromisso com a qualidade assistencial e a redução de riscos. O relatório destaca as principais causas dos incidentes, incluindo falhas na adesão a protocolos de segurança, eventos intraoperatórios críticos e desafios no manejo de complicações associadas a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A análise busca promover um aprendizado institucional que contribua para a prevenção de danos futuros e a garantia de um cuidado seguro e centrado no paciente.

<b>Elaborado:</b> Iara Grasel Kottwitz Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial	<b>Revisado:</b> Comite assistencial e de Qualidade	<b>Aprovado:</b> Comite executivo e de Gestão
---	--	--

	<b>RELATÓRIO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b> <b>3 ° TRIMESTRE 2024</b>	<b>FOR.ANE.0001-00</b> <b>Implantação: 10/2024</b> <b>CLASSIFICAÇÃO: Interno</b>
---	--	--

## OBJETIVOS

O relatório tem como principais objetivos:

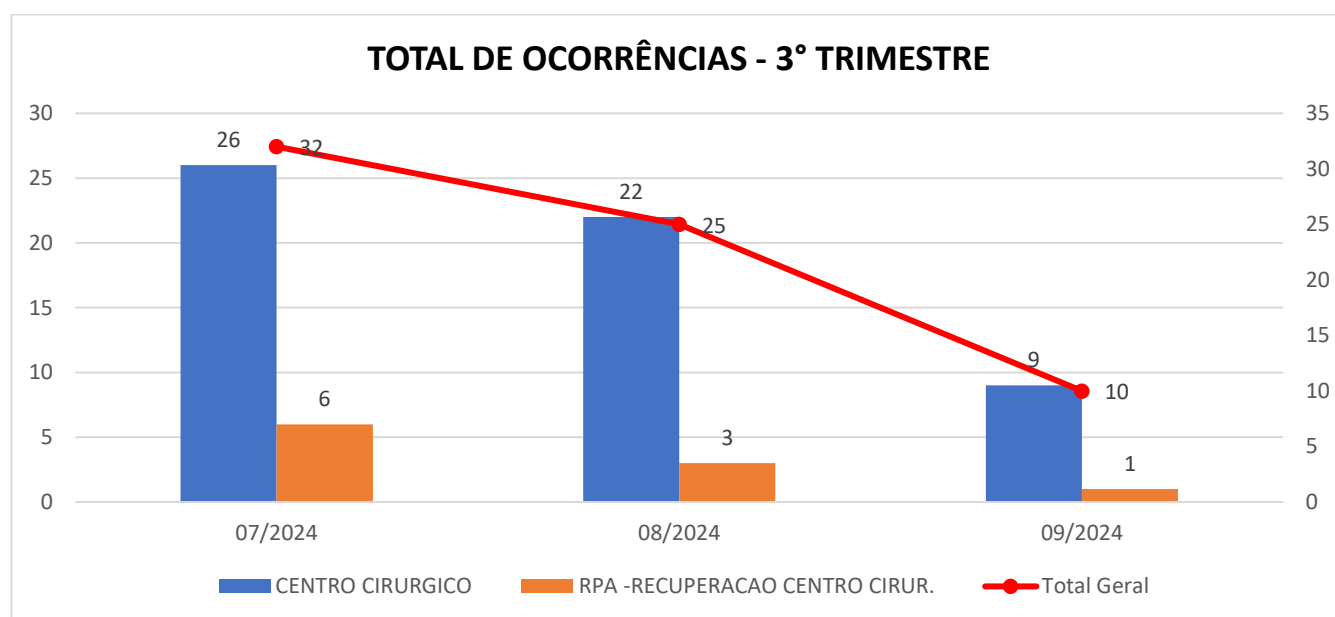
- I. **Avaliar o Desempenho em Segurança do Paciente:** Identificar padrões de eventos adversos e áreas críticas para priorização de intervenções.
- II. **Promover a Transparência e a Aprendizagem Organizacional:** Facilitar a identificação de quase-erros e eventos sem danos como ferramentas para aprendizado e melhoria contínua.
- III. **Reforçar a Cultura de Segurança:** Incentivar a adesão aos protocolos de segurança por meio de treinamentos e revisões sistemáticas.
- IV. **Propor Ações Corretivas e Preventivas:** Contribuir para a estruturação de um plano de segurança robusto, com metas claras e estratégicas, voltadas à mitigação de riscos e à redução consistente da incidência de eventos adversos nos próximos meses.
- V. **Monitorar a Eficácia das Intervenções Implementadas:** Acompanhar indicadores de segurança e ajustar estratégias conforme necessário, garantindo a evolução contínua das práticas assistenciais.

Este relatório serve como base para orientar decisões estratégicas e operacionais voltadas à melhoria da qualidade e segurança do cuidado, alinhando-se às melhores práticas internacionais e aos padrões de acreditação em saúde.

<b>Elaborado:</b> Iara Grasel Kottwitz Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial	<b>Revisado:</b> Comite assistencial e de Qualidade	<b>Aprovado:</b> Comite executivo e de Gestão
---	--	--

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O Relatório de Segurança do Paciente do 3º trimestre de 2024 oferece uma análise detalhada das ocorrências registradas no sistema estratégico do Hospital Unimed Chapecó. Os dados foram extraídos de relatórios, compilados e analisados com o objetivo de identificar padrões, áreas críticas e fragilidades nos processos assistenciais relacionados aos procedimentos anestésicos. A seguir, são apresentados os dados coletados, que constituem a base para avaliar o desempenho em segurança e propor medidas de melhoria contínua.



**Gráfico 1** - Total de Ocorrências registradas no período.

Observou-se uma redução significativa no número de notificações ao longo do período analisado. Julho registrou o maior volume de notificações (31), seguido por agosto (25), enquanto setembro apresentou uma queda drástica, com apenas 10 registros. Essa redução pode estar relacionada à menor vigilância ou subnotificação, especialmente no serviço de imagem, onde não foram reportados incidentes durante o período. Portanto, é fundamental reforçar os sistemas de vigilância e intensificar o treinamento das equipes, proporcionando maior embasamento para a análise das ocorrências e a definição de ações de melhoria.

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

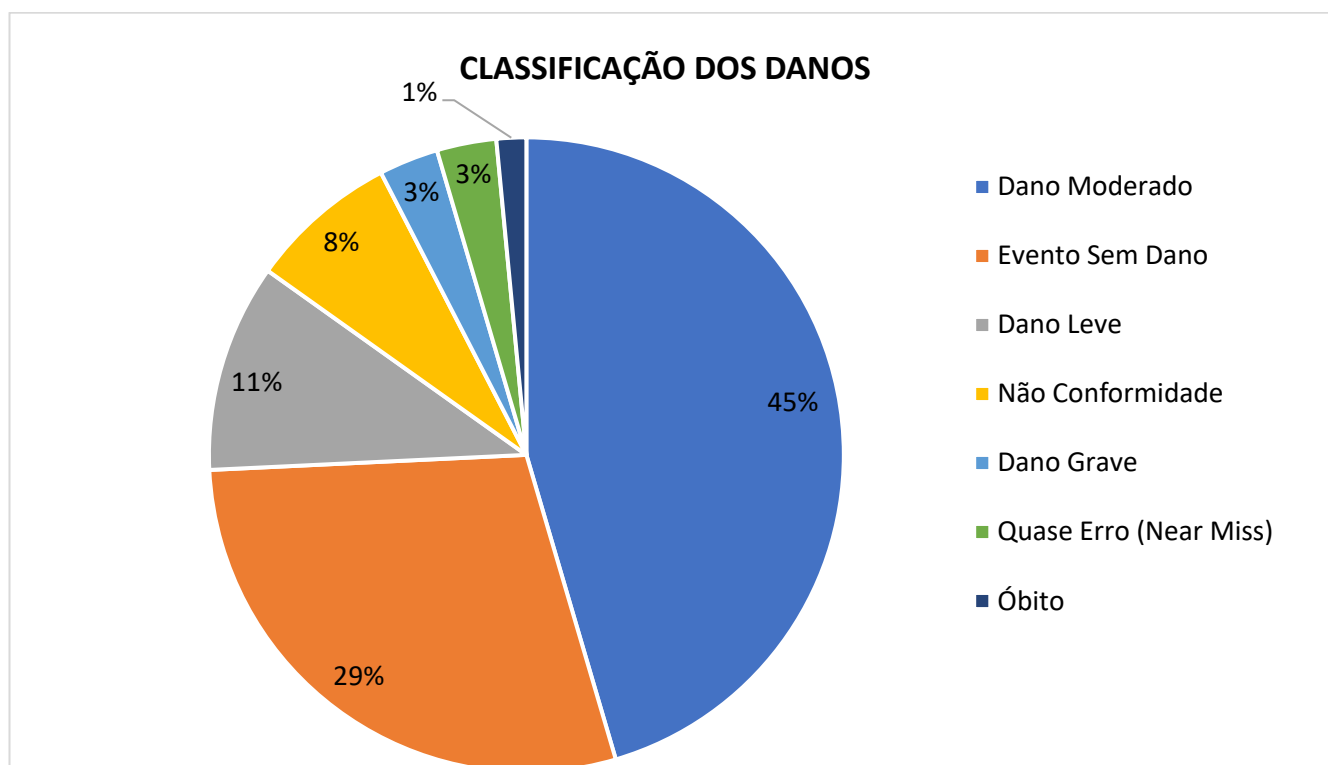
**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão

O gráfico acima também ilustra a distribuição das ocorrências notificadas em diferentes locais dentro do período de julho a setembro de 2024.

Centro Cirúrgico como Principal Local de Ocorrências concentra a maior parte das ocorrências, com 86,4% do total (57 notificações). Este dado é significativo, indicando que a maior parte dos eventos adversos ocorre durante procedimentos cirúrgicos.

RPA - Recuperação Pós-Anestésica registrou 13,6% (9 notificações) das ocorrências, o que também merece atenção, embora represente uma fração menor.

A Ausência de Notificações no Serviço de Imagem pode ser reflexo de subnotificação e deverá ser analisada de forma mais abrangente próximo trimestre, sendo alvo de ações para as equipes reforçando a vigilância e reconhecimento de incidentes relacionados ao procedimento anestésico.



**Gráfico 2** - Classificação dos danos causados relacionados às ocorrências dos incidentes.

Os **danos moderados** constituem a maioria dos incidentes reportados, sendo em grande parte associados a **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**, particularmente infecções de sítio cirúrgico. Esses danos refletem complicações graves, mas

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão

controláveis, que muitas vezes exigem intervenções adicionais como antibioticoterapia ou procedimentos corretivos. Além disso, **o encaminhamento não programado de pacientes para a UTI** devido a instabilidades hemodinâmicas intraoperatórias evidencia fragilidades no manejo intraoperatório de pacientes de risco, o que pode resultar em maior tempo de internação e custos adicionais, além de potencial piora no prognóstico.

Os **eventos sem dano**, que ocupam a segunda maior frequência, indicam um número considerável de incidentes que não resultaram em impacto direto ao paciente, mas que expõem falhas nos processos assistenciais. Esses eventos estão frequentemente ligados à má adesão a protocolos de segurança e à rotina assistencial. Muito provavelmente, esses episódios decorrem de falhas de comunicação entre as equipes e de um desconhecimento ou insuficiência de habilidades na aplicação de diretrizes clínicas. Apesar de não gerarem danos imediatos, tais eventos representam um sinal de alerta, pois revelam vulnerabilidades sistêmicas que, caso não identificadas e corrigidas, podem evoluir para danos mais severos.

Os **danos leves**, embora menos prevalentes, indicam ocorrências que geram impactos menores, mas ainda assim requerem atenção, pois podem estar relacionados a problemas maiores no fluxo de trabalho ou na execução de práticas assistenciais. Já as **não conformidades** destacam desvios nos procedimentos que, embora ainda não caracterizados como incidentes com dano, podem levar a prejuízos ao paciente se recorrentes ou não corrigidos. Os **danos graves**, em número reduzido, mas significativos, sugerem incidentes críticos com potencial de causar sequelas permanentes ou demandar intervenções de alta complexidade. A presença de **quase erros** (*near misses*) é um indicativo importante de que o sistema de segurança tem capacidade de identificar falhas antes que estas causem danos aos pacientes, sendo essenciais para o aprendizado institucional.

Por fim, O **óbito registrado** está diretamente associado a uma complicação grave durante o procedimento cirúrgico, especificamente uma hemorragia massiva causada pela dissecação da veia ilíaca. Esse tipo de evento é um risco reconhecido em cirurgias de grande porte, especialmente em contextos de anatomia complexa ou aderências prévias, onde a manipulação cirúrgica envolve vasos de grande calibre. A ocorrência de um sangramento de grande monta, como neste caso, exige uma resposta imediata e coordenada da equipe

<b>Elaborado:</b> Iara Grasel Kottwitz Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial	<b>Revisado:</b> Comite assistencial e de Qualidade	<b>Aprovado:</b> Comite executivo e de Gestão
---	--	--

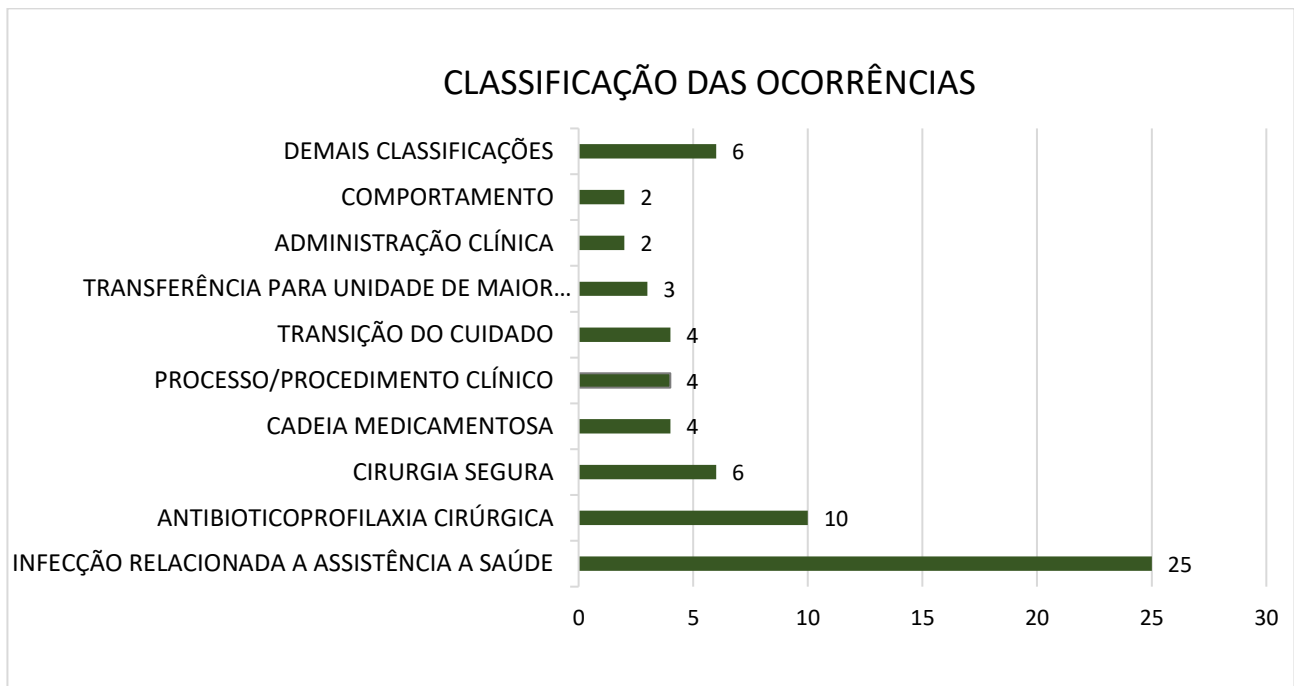
cirúrgica e anestésica, incluindo controle hemodinâmico rigoroso e, frequentemente, a mobilização de especialistas em cirurgia vascular para o manejo da complicação.

As **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)** analisadas revelaram fatores contribuintes associados ao procedimento anestésico, embora estes não tenham sido considerados determinantes diretos das ocorrências. Um dos principais fatores observados foi a **não adesão às etapas do Programa de Cirurgia Segura**, particularmente no que se refere ao **protocolo de abreviação do jejum prolongado e controle glicêmico**. A não observância desse protocolo pode ter impacto significativo na resposta metabólica do paciente, influenciando negativamente a estabilidade clínica durante e após o procedimento cirúrgico. Embora não diretamente relacionadas à ocorrência de infecções, essas práticas subótimas podem debilitar o estado geral do paciente, tornando-o mais suscetível a complicações pós-operatórias, incluindo infecções.

Outro fator crítico identificado foi a **instabilidade hemodinâmica durante o procedimento cirúrgico**, caracterizada por episódios de **hipotensão sustentada**, registrados por mais de quatro aferições consecutivas. Tal condição compromete a perfusão tecidual, podendo levar a um aumento no risco de infecção por hipóxia tecidual e diminuição da resposta imunológica local. Esses episódios hemodinâmicos, além de exigirem intervenções anestésicas para restauração da estabilidade circulatória, podem ser um indicativo de fragilidades no manejo intraoperatório, aumentando a probabilidade de complicações no período de recuperação.

Embora esses fatores não sejam diretamente causais, eles contribuem para um ambiente fisiológico menos ideal, que pode favorecer o surgimento de IRAS em pacientes vulneráveis. A análise evidencia a complexidade das interações entre fatores anestésicos e cirúrgicos, ressaltando a importância de adesão estrita a protocolos perioperatórios para minimizar riscos e otimizar os resultados clínicos.

<b>Elaborado:</b> Iara Grasel Kottwitz Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial	<b>Revisado:</b> Comite assistencial e de Qualidade	<b>Aprovado:</b> Comite executivo e de Gestão
---	--	--



**Gráfico 3 - Classificação das ocorrências**

A análise das ocorrências evidencia uma relação direta entre diversas categorias de incidentes e as responsabilidades da equipe de anestesistas, assim como os procedimentos anestésicos. As **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**, que lideram o número de registros (25), frequentemente refletem a interação entre anestesia e cirurgia. Embora estejam amplamente associadas ao ambiente cirúrgico, fatores anestésicos como a manutenção de dispositivos invasivos (cateteres venosos centrais, sondas) e a estabilidade hemodinâmica intraoperatória desempenham papel crucial. Episódios prolongados de **hipotensão intraoperatória** comprometem a perfusão tecidual, predispondo os pacientes a infecções, especialmente em áreas de difícil cicatrização, como feridas cirúrgicas.

Os incidentes relacionados à **Antibioticoprofilaxia Cirúrgica** (10 registros) representam uma responsabilidade compartilhada entre cirurgiões e anestesistas. Cabe à equipe anestésica garantir que a administração do antibiótico ocorra no momento correto, geralmente dentro de 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Qualquer desvio desse protocolo pode comprometer a eficácia da profilaxia, aumentando o risco de infecção pós-operatória.

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão



A categoria de **Cirurgia Segura** (6 registros) destaca lapsos na adesão aos protocolos de segurança, nos quais os anestesistas desempenham papel fundamental. A verificação de itens críticos no checklist de segurança, como jejum adequado, alergias medicamentosas e identificação de complicações potenciais, é essencial para evitar eventos adversos. Falhas nessas etapas podem resultar em complicações graves, como aspiração pulmonar ou reações adversas a medicamentos.

**Eventos Anestésicos no Pós-Operatório** (1 registro), embora menos frequentes, estão diretamente ligados ao manejo anestésico. Situações como retenção de anestésicos, instabilidades hemodinâmicas ou respiratórias durante a recuperação indicam a qualidade da monitorização intraoperatória e ajustes nas doses anestésicas.

A análise das causas raiz mais prevalentes também aponta a **complicação cirúrgica pós-operatória** como o principal evento registrado (25 ocorrências). Essa complicação está frequentemente associada a **instabilidades hemodinâmicas** intraoperatórias (11 registros), que afetam a recuperação e aumentam a suscetibilidade a infecções e outras complicações. O **desconhecimento das diretrizes clínicas** (10 registros) e a **não adesão às etapas do Programa de Cirurgia Segura** (8 registros) refletem lapsos significativos na aplicação de práticas padronizadas. **Falhas de comunicação entre equipes** (8 registros) e **deficiências na comunicação de riscos** (6 registros) também contribuem para incidentes, comprometendo a continuidade do cuidado e aumentando a chance de complicações.

Embora as IRAS predominem, os dados mostram que não há uma relação direta com falhas na antibioticoprofilaxia. Isso evidencia a natureza multifatorial das IRAS, que podem ser agravadas por condições clínicas prévias, duração prolongada da cirurgia, manuseio de dispositivos invasivos e episódios de instabilidade hemodinâmica intraoperatória. Esses eventos destacam a complexidade das interações entre fatores operacionais e clínicos, comprometendo tanto a segurança intraoperatória quanto o manejo pós-operatório.

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão

## CONCLUSÕES

Com base na análise dos dados apresentados no Relatório de Segurança do Paciente referente ao 3º trimestre de 2024, identificou-se uma preocupante redução no número de notificações ao longo do período, especialmente no mês de setembro. Essa queda, associada à ausência de registros no serviço de imagem, pode indicar subnotificação e a necessidade de reforçar a vigilância ativa e a conscientização sobre a importância do registro de incidentes. O Centro Cirúrgico destacou-se como o setor com maior concentração de eventos adversos, representando 86,4% das notificações, seguido pela Recuperação Pós-Anestésica, com 13,6%, demonstrando que os procedimentos cirúrgicos e anestésicos continuam a ser áreas críticas para a segurança do paciente.

A análise detalhada revelou que os danos moderados constituem a maioria dos incidentes, com prevalência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), particularmente infecções de sítio cirúrgico. Esses danos, associados frequentemente a fatores como a instabilidade hemodinâmica intraoperatória, demonstram fragilidades no manejo clínico durante procedimentos de alta complexidade. Além disso, as falhas na adesão ao Programa de Cirurgia Segura, como a não observância dos protocolos de jejum pré-operatório, reforçam a necessidade de intervenções direcionadas para assegurar práticas seguras e eficazes.

Outro ponto crítico identificado foi a ocorrência de um óbito devido a uma complicação cirúrgica grave, evidenciando a importância de respostas rápidas e coordenadas frente a emergências intraoperatórias.

Embora eventos sem dano tenham sido frequentemente notificados, esses incidentes refletem lapsos nos processos assistenciais, revelando vulnerabilidades sistêmicas que, se não corrigidas, podem evoluir para situações mais graves. A presença de quase-erros indica um potencial significativo para aprendizado e prevenção de danos futuros.

A adoção dessas medidas, alinhada ao compromisso com a melhoria contínua e a adesão às melhores práticas, visa mitigar riscos, reduzir a incidência de eventos adversos e promover um ambiente mais seguro e eficiente para pacientes e profissionais de saúde.

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
2. HEALTH STANDARDS ORGANIZATION (HSO). **Novas Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs)**. Traduzido e adaptado por Quality Global Alliance (QGA). São Paulo: QGA, 2022.
3. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Improving Patient Safety Across the Continuum of Care**. Cambridge: IHI, 2018.
4. INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
5. IQG HEALTH SERVICES ACCREDITATION. **Os Desafios dos Profissionais de Saúde: Impacto de uma Epidemia no Ambiente de Trabalho**. São Paulo: IQG, 2020.
6. QUALITY GLOBAL ALLIANCE (QGA). **Manual Qmentum Internacional - Serviços de Anestesia**. São Paulo: QGA, 2023.

**Elaborado:**  
Iara Grasel Kottwitz  
Enfa da Qualidade e Segurança Assistencial

**Revisado:**  
Comite assistencial e de Qualidade

**Aprovado:**  
Comite executivo e de Gestão