

Implementação do diagrama direcionador no planejamento de atividades da Qualidade e Segurança na rede de atenção á saúde

Evelyn Pereira de Mello, Renata Machado Lima, Rose Mara Miranda e Vanessa Maria da Silva De Poli Corrêa.

Contexto

A implementação foi desenvolvida pelo setor de Qualidade e Segurança (Q&S) de uma parceria pública privado, responsável por 13 unidades de atenção primária e 7 unidades de atenção secundária, área que atende 380 mil habitantes.

Área de Abrangência



75% da população de Vila Andrade e Campo Limpo está cadastrada pela ESF nas UBS da SBIBAE

População Vila Andrade e Campo Limpo

Distrito	0 a 19	20 a 59	60 e mais	Total
Vila Andrade	44.653	97.576	14.675	156.904
Campo Limpo	64.038	136.118	25.429	225.585
Total	108.691	233.694	40.104	382.489
% Cadastrados	78%	73%	75%	75%

Fonte: Fundação SEADE, 2018

Objetivo

Compartilhar a experiência quanto ao planejamento e execução da metodologia de trabalho pela Q&S.

Problema

Falta planejamento para o desenvolvimento de atividades de segurança nos níveis de atuação, bem como o planejamento inadequado como falta de gerenciamento de risco e gestão dos processos.

Avaliação do Problema e Análise das Causas

O problema principal é a falha de planejamento das atividades, impactando para um ambiente inseguro ao paciente, com o risco aumentado por falha de padronização e controle dos riscos.

Suas possíveis causas são:

- Falta de direcionamento específico para todos os níveis de serviço
- Fragilidade da cultura de segurança
- Falta de ferramenta estruturada para direcionar as ações do time de Qualidade

Envolvimento da equipe

As ações propostas foram discutidas pela equipe da Q&S, sendo apresentadas para as lideranças das unidades através do Comitê de Segurança dos Programas Governamentais, no primeiro semestre de 2018, abordando o planejamento das atividades mapeadas.



Estratégia de Melhorias

Uso da ferramenta do Diagrama Direcionador, que estrutura os principais norteadores das atividades do setor da Qualidade e Segurança. Essa ferramenta permitiu desenvolver um planejamento que abrangesse a segurança do paciente nos diferentes níveis de serviços atendidos.

Intervenção

Na ferramenta do **Diagrama Direcionador** foram divididos quatro direcionadores primários, com os temas principais de atuação, sendo eles:

- Política, Prática
- Qualidade, creditações, certificações e auditoria
- Gerenciamento e vigilância do risco
- Programa de Treinamento para melhoria da qualidade e segurança

Para cada direcionador primário foram planejados conceitos de mudança, norteando a atuação do time de Qualidade e Segurança.

Diagrama Direcionador

Direcionadores Primários

Conceitos de Mudança

Objetivo

- Gerenciar e integrar os processos de gestão de risco
- Conduzir e ampliar as ações de Q&S
- Disseminar a cultura de segurança do paciente

Políticas, Práticas multiprofissionais e Educação do paciente e família

1. Implantação novo sistema de documentação institucional.
2. Gerenciamento da base de documentação institucional.
3. Acompanhamento e suporte aos protocolos institucionais.
4. Suporte às Comissões e Comitês.
5. Suporte para os grupos educacionais.

Qualidade, Acreditações, Certificações e Auditorias

1. Realização das Auditorias Internas.
2. Mapeamento dos Processos.
3. Preparação ONA Nível 01.
4. Implementação de outras certificações.
5. Acompanhamento dos indicadores institucionais, mapa estratégico e cesta de segurança do paciente.

Gerenciamento e Vigilância do Risco

1. Gerenciamento do Sistema de Notificações.
2. Gerenciamento dos Riscos Pró-Ativos e Reativos.
3. Gerenciamento dos EAGs e Planos de Ações.
4. Acompanhamento dos Times de Segurança do Paciente.
5. Suporte para o Safety Huddles.
6. Gerenciamento do Portal de eventos adversos e condição insegura

Programa de Treinamento para Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente

1. Acompanhamento e suporte aos projetos de melhorias do Programas Governamentais.
2. Participação na Exposição de Qualidade SBIAE.
3. Disponibilização de modelos de comunicação interna.
4. Comitê de Qualidade e Segurança do paciente
5. Programa de desenvolvimento da cultura de segurança.

Medições de Melhorias

Implementação dos seguintes indicadores:

- Dias entre eventos
- Tempo de análise de causa raiz
- Relatório dos eventos notificados
- Acompanhamento dos documentos descritos e publicados na intranet

Efeitos da Mudança

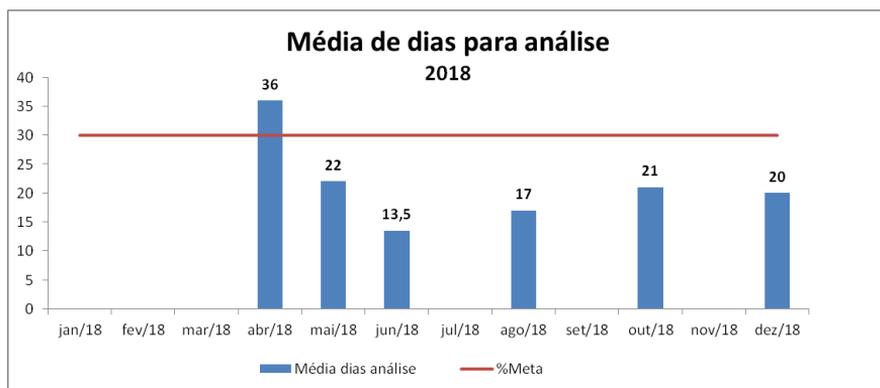
Uso da ferramenta possibilitou maior organização do fluxo de trabalho, contribuindo com um esclarecimento do papel da Qualidade e Segurança nos diferentes serviços.

A organização dos processos permitiu que realizássemos os seguintes controles:

➤ Dias entre eventos

Inicialmente não mensurávamos os dias entre eventos, a medida que começamos a monitorá-lo identificamos as fragilidades do processo, essa percepção nos permitiu rever conceitos, implantar melhorias bem como sensibilizar e envolver a análise de eventos adversos.

➤ Tempo de análise de causa raiz



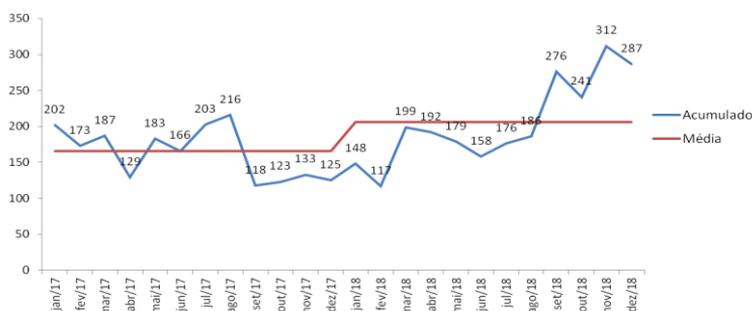
No ano de 2018 houve uma média de dias para análise de eventos de 21,6 dias.

➤ Relatório dos eventos notificados

O relatório era realizado manualmente através da planilha exportada do sistema de notificações. Passamos a compartilhar mensalmente com cada gestor a incidência de notificações, os principais ofensores e o dano dos eventos classificados.

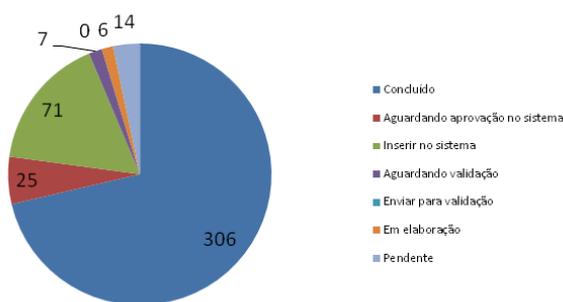
Tivemos como desafio transformar as informações das notificações em informações para a melhoria dos processos.

Nº de notificações dos Programas Governamentais
Segurança do Paciente



➤ Acompanhamento dos documentos descritos e publicados

Status da documentação descrita



Com a implantação da gestão de documentos as atividades e processos foram padronizadas contemplando a prática de todas as unidades, favorecendo assim a consulta das informações pelos profissionais.

O desafio durante esta implantação foi o tempo disponível para descrição dos documentos pelos responsáveis e a multiplicação para os profissionais da ponta.

Lições aprendidas

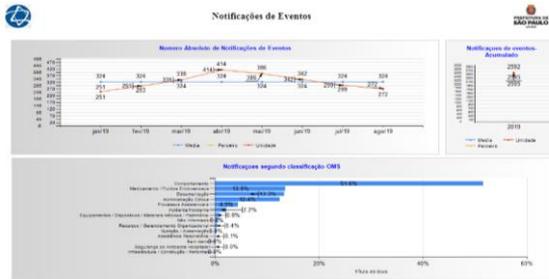
Entre o 1º Semestre de 2018 e 2019 houve um aumento de notificações de **96%** (1183 em 2018 e 2323 em 2019). Sendo que o aumento de eventos nestes mesmos períodos notificados sem dano ao paciente foi de **150%**. Apesar do aumento dos eventos notificados sustentamos o número de dias entre eventos catastróficos em 61 dias.

Com o objetivo de facilitar a gestão dos incidentes foi desenvolvido um portal informatizado “ NISI online” que apresenta os dados de forma automática, o qual fica a disposição para as lideranças.

Para fortalecer a Cultura de Segurança foi incluído no Balance Score Card (BSC) os indicadores de número de notificação e a implantação de ações fortes e intermediárias mapeadas na Análise de Causa Raiz dos eventos catastróficos.

Além disso, buscando a uma análise proativa dos risco, implementamos a ferramenta de Análise Preliminar de Riscos (APR) em todas as unidades em parceria com os gestores, desenvolvendo assim uma visão sistêmica.

Portal de gestão de eventos



BSC 2019

Cesta Qualidade e Segurança - ESP		Ativos em pontos					Peso	Descrição do Indicador/Intervenção da meta
Propósito	Descrição do Métrica	80%	90%	100%	110%	120%		
Processos Essenciais Assistência Qualidade e Segurança	Oficializar, implementar e monitorar as ações específicas dos planos de ação elaborados em registros OMS.	dez/19	nov/19	out/19	set/19	ago/19	10%	Número de ações planejadas/monitoradas/realizadas de acordo com as metas.
	Elaborar com 100% dos documentos de ações.	dez/19	nov/19	out/19	set/19	ago/19	10%	Será elaborado planilha de plano de ação, pelo área de Qualidade, para implantação das ações do manual, com acompanhamento prático.
	Análise Preliminar de Risco (APR) em plano de ação proposto em 100% das unidades.	dez/19	nov/19	out/19	set/19	ago/19	10%	APR com plano de ação proposto em 100% das unidades. A APR é uma ferramenta de qualidade que relaciona os riscos dos processos. A área de Qualidade implantará esta ferramenta, com estabelecimento de plano de ação, compartilhado com unidade, para minimizar os riscos identificados. Será considerado a data de conclusão da aplicação da ferramenta.
	Aumentar notificações de SINAPS por mês.	6	8	10	12	14	10%	Consideradas as notificações dos Termos de Referência em Identificação, Outros Eventos e QGSI, relacionadas à assistência ao paciente, por meio: ESP - 10 por unidade por mês. Monitoração a partir de maio de abril/2019
Finalidade das ações propostas durante a análise de causa raiz de eventos catastróficos.	50%	60%	70%	80%	100%	10%	10% de ações concluídas intermediárias e fortes dentro do prazo definido e 10% de ações intermediárias e fortes concluídas. (Em 2019 tivemos 2% de finalização das ações intermediárias e fortes finalizadas, esperamos aumentar a porcentagem em 2021.) Obs: Se não houver eventos catastróficos no ano, o resultado finaliza em 100%.	



Conclusões

Este processo favoreceu a troca de experiência entre as unidades, desenvolvimento de uma visão sistêmica dos Programas Governamentais, contribuindo para o trabalho em rede e com a Cultura de Segurança.