


PERFIL DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
NOTIFICADOS E DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA
DO PACIENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO
Períodos: Jan a Dez/2021 e Jan a Mai/2022



Segurança
do
Paciente

Outubro 2023

**PERFIL DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
NOTIFICADOS E DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA
DO PACIENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO
Períodos: Jan a Dez/2021 e Jan a Mai/2022**

Outubro 2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Sanitária.

Perfil dos incidentes e eventos adversos notificados e das práticas de segurança do paciente no Estado de São Paulo. Períodos: Jan a Dez/2021 e Jan a Mai/2022. Teresa Cristina Gioia Schmidt/Maria Aparecida Martins de Aguiar (Org.). São Paulo: SES/CSV, 2023.

120p. : il. tab. graf.

1. Segurança do paciente. 2. Relatório técnico. 3. Vigilância em saúde. 4. Educação profissional em saúde pública. I. Título.

SES/CCD/CD 107/23

NLM WA 18

Elaborada por Renan Matheus Predasoli CRB 8/9275

Tarcísio de Freitas

Governo do Estado de São Paulo

Eleuses Paiva

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

Regiane A. Cardoso de Paula

Coordenadoria de Controle de Doenças

Maria Cristina Megid

Centro de Vigilância Sanitária

Elizeu Diniz

Núcleo Técnico de Planejamento Informação e Informática

Elaboração/Organização/Revisão:

Núcleo Técnico de Informação e Informática

Teresa Cristina Gioia Schimidt

Maria Aparecida Martins de Aguiar

Designer

Maria Rita Negrão

SIGLÁRIO

ANPSP	Avaliação Nacional de Práticas em Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CTQCSP	Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIPESP	Comitê de Implantação do Programa Estadual de Segurança do Paciente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS SP	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
COVISS	Comissão de Apoio às Ações de Vigilância Sanitária para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
EA	Eventos Adversos
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GVS	Grupo de Vigilância Sanitária
IRAS	Infecções Relacionadas à Saúde
NGHSP	Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente
NTPII	Núcleo Técnico de Planejamento, Informação e Informática
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PIESP	Plano Integrado Estadual de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SEVISA	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	7
Histórico Sobre Segurança do Paciente	8
Segurança do Paciente como Problema a Ser Enfrentado	15
Caracterização da Segurança do Paciente no Estado de São Paulo	16
Resultados das Notificações de Incidentes e Eventos Adversos	
1. Características Gerais das Notificações de Incidentes e Eventos Adversos - 2021... 19	
2. Características das Notificações de <i>Never Events</i> e Óbitos. Períodos: Jan a Dez/2021e Jan a Mai/2022.	42
Resultados da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente	114
Considerações Finais	118
Referências	119



Segurança
do
Paciente

Apresentação

A Segurança do Paciente constitui uma temática essencial e de relevância mundial que comporta uma multiplicidade de ações a favor da identificação precoce de situações de risco, às ocorrências dos eventos adversos que podem acometer pacientes, famílias, e profissionais, exigindo planejamento, execução, monitoramento e avaliação de ações por meio de planos de melhoria contínuos.

A produção do conhecimento permanente voltada para cultura de aprendizagem significativa, é traduzida pela aplicação da transversalidade nas áreas de assistência e de vigilância em saúde. Para que seja praticada no cotidiano requer atenção dos gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde.



O Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS-SP) assume essa responsabilidade promovendo a disseminação e a capilarização da Segurança do Paciente em suas práticas rotineiras nas diferentes áreas técnicas que coordenam o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa).

A Coordenação Estadual do Núcleo de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP-VISA), no esforço de revelar seu compromisso com as atribuições que lhe cabe elaborar este documento com a intencionalidade de apresentar o perfil dos eventos adversos relacionados à assistência, devidamente notificados pelos serviços de saúde, no Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA 2.0 nos períodos de Jan a Dez/2021 e Jan a Mai/2022 e ainda, o resultado da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente ocorridas no ano de 2021.

Maria Cristina Megid

Histórico sobre Segurança do Paciente

Compreende-se como Segurança do Paciente um conjunto de estratégias e ações, aplicado em todos os níveis de atenção à saúde, na defesa da promoção, proteção e assistência à saúde com foco na redução do risco de danos desnecessários associado ao cuidado em saúde, tendo como pano de fundo as diretrizes do SUS e a potencialização da comunicação, trabalho multidisciplinar e em equipe realizado de forma competente, ética, responsável e solidária¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que esses danos ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Dados do Instituto de Medicina dos EUA indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos².

Na Europa, os estudos realizados sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar mostraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida, 50 a 60% dos eventos são evitáveis³⁹. Esses danos podem ser incapacitantes, com sequelas permanentes, além de levar ao aumento do custo e da permanência hospitalar e, até mesmo, resultar em morte prematura como consequência direta das práticas em saúde inseguras³.

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason⁴, professor

de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Conhecida como a do “queijo suíço” compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos Eventos Adversos (EA) se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados⁴.

Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, e em particular os EA, afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que sensibilizou sistemas de saúde, em todo o mundo, a buscar estratégias para melhorar a segurança do paciente⁵. No Brasil, estudos demonstram alta incidência (7,6%) de EA em serviços de saúde, dos quais 66% são considerados evitáveis⁶.

No campo relacionado com a assistência à saúde, sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência,

otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade⁷. Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde.

Entre as várias iniciativas relacionadas à segurança do paciente, o marco de confluência do movimento mundial foi a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde, *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, “*To err is human: building a safer health system*”, em 1999, que demonstrou a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos, a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano, passando a ser inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente⁸.

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e frequentemente os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições hospitalares são noticiados através da imprensa e da mídia, causando grande comoção social⁸.



A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para a omissão dos episódios⁸. Na atualidade, o movimento para a segurança do paciente substituiu “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. Assim, já que o erro é uma condição humana, deve-se tirar o maior proveito desta condição, sempre conhecendo, aprendendo e prevenindo erros nos serviços de saúde.

Dada a repercussão mundial desta publicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde, definindo em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). A abordagem fundamental da Aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada “Desafio Global”, que periodicamente lança um tema prioritário a ser abordado e um relatório de progresso⁹.

No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui participação voluntária e tinha como finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância⁹.

Com base na experiência da Rede, foi lançado em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente

(PNSP), instituído através da Portaria nº 529/2013¹⁰, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36/2013¹¹, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com funcionamento sistemático e contínuo nos serviços de saúde, com suas competências e a necessidade de o mesmo elaborar Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) em Serviço de Saúde por meio de estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde^{10,11}.



Interessante salientar que os quatro incisos do art.6º da RDC 36/2013¹¹ declaram a amplitude e a complexidade da segurança do paciente no cuidado em saúde, isto é, engloba a assistência à saúde, a gestão dos Serviços de Saúde e a Vigilância em Saúde (epidemiológica e sanitária) que contemplam as ações de promoção da saúde e prevenção de danos de suas vítimas (paciente, trabalhador e sociedade)

Os eventos adversos apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos produtivos e ou estruturas funcionais e operacionais do cuidar. A atitude para segurança do paciente repensa os processos assistenciais com a finalidade de identificar a ocorrência das falhas antes que

causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção e melhoria¹².

Vale ressaltar que, a Portaria nº 529/GM/MS¹⁰, de 01/04/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde em constituir normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde e estabelecer padrões de

procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano fomentou a Secretária de Estado de São Paulo em instituir as Resoluções SS nº 12, de 31/01/2014¹³ e a nº 36, de 01/04/2015¹⁴. A referida norma legal designa representantes para o chamado “Comitê de Implantação do Programa Estadual de Segurança do Paciente (CIPESP)” com a intencionalidade de responder às necessidades postas e em desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitassem a promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde.

Neste momento ficou determinado que a coordenação do CIPESP fosse realizada pela Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD/SES),

donde o fornecimento de apoios administrativo e técnicos, por parte do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Centro de Vigilância Sanitária (CVS), foram efetivados para o seu funcionamento.

Os técnicos designados pelo CVS participam ativamente da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) instituído em 2017 que possui como objetivo prestar assessoria à Secretaria Executiva do Órgão, à Diretoria e à Assembleia dos Secretários, na formulação de políticas e estratégias de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente por meio de um importante espaço para a construção de consensos técnicos e para a integração das equipes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.

As reuniões constituem espaço para escuta, discussão, permuta e recomendações de medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de risco à saúde relacionados à Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente.

O mesmo ocorre na representação junto à Comissão de Apoio às Ações de Vigilância Sanitária para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (COVISS) cuja finalidade é assessorar a Diretoria Colegiada da Anvisa na elaboração de diretrizes, normas e outras medidas nacionais relacionadas às ações da Vigilância Sanitária para a Segurança do Paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde.

O Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa) coordenado pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS) tem sua função alicerçada na promoção e proteção da saúde da população, mediante controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos de interesse à saúde, meio ambiente, processos de trabalho e serviços de saúde, em destaque, os hospitais e maternidades



A defesa da integração entre mecanismos sanitários eficazes e a execução de gestão participativa, assistência efetiva, capacitação permanente e pesquisa na área de segurança do paciente reforçam a indissociabilidade da prevenção e do cuidado individual e coletivo. A cultura de segurança do paciente capilarizada no âmbito da vigilância sanitária, se traduz em alguns relatos de profissionais que integram as áreas técnicas do CVS, conforme seguem:

“A Vigilância Sanitária trabalha unindo esforços junto aos hospitais na busca pelo fortalecimento de processos de trabalho seguros, de qualidade e humanizado em prol da Segurança do Paciente, Acompanhantes e Trabalhadores.”

(Grupo Técnico Médico Hospitalar – relato 1)

“Para que a mãe e o recém-nascido sejam protagonistas desta história, diminuam os riscos inerentes à assistência, há de se dispor de Recursos Humanos qualificados e em quantidade suficientes, equipamentos com manutenção preventiva em dia, protocolos assistenciais implantados, materiais e medicamentos. Isso tudo são cruciais para mitigar a ocorrência de eventos adversos.”

(Grupo Técnico Médico Hospitalar – relato 2)

A valorização da capilaridade das ações sanitárias deve assumir um caráter estratégico para proteção da saúde, atuando na eliminação e diminuição de riscos à saúde. Sendo assim,

“profissionais que atuam em sala de parto capacitados em Reanimação Neonatal, infraestrutura, equipamentos, materiais e medicamentos adequados na sala de parto são fundamentais para garantir práticas seguras nos primeiros minutos de vida e reduzir as chances de óbito por asfixia perinatal, por exemplo.”

(Grupo Técnico Médico Hospitalar – relato 3)

“práticas de cuidado seguro envolvem profissionais de saúde que estejam atentos e capacitados para identificar e investigar possíveis situações adversas relacionadas ao uso de medicamentos e produtos para saúde, o que implica a notificação de uma suspeita de

evento adverso ou desvio da qualidade às autoridades sanitárias, gerando valioso insumo para que a farmacovigilância e tecnovigilância exerçam seu papel de proteção à saúde”.

Fernanda Voos

(Coordenadora dos Núcleos de Farmacovigilância e Tecnovigilância – relato 4)



A Comunicação Efetiva é uma das seis metas internacionais para melhorar a segurança do paciente, motivo no qual há exigência de os registros profissionais serem claros, completos e fidedignos, capazes de expressar a intencionalidade e os achados das inspeções sanitárias, seus desdobramentos, nos quais valorizam o cunho fiscalizatório e educativo¹⁰.

A comunicação, na perspectiva do trabalho interdisciplinar em equipe constitui um desafio para a segurança, daí o desenvolvimento de treinamentos capazes de potencializar as habilidades

comunicacionais, o amadurecimento da cultura de segurança nos diversos segmentos, bem como, a integração e espírito colaborativo responsável¹⁵.

“Falhas de comunicação são fatais durante a assistência.

O hospital deve estabelecer medidas para uma comunicação efetiva, seja verbal ou escrita, entre a equipe assistencial, pacientes e acompanhantes”.

(Grupo Técnico Médico Hospitalar – relato 5)



Utilizar técnicas de comunicação como a ferramenta **SBAR** (Situação; Background: história prévia; Avaliação; Recomendação) ajudam na comunicação entre os profissionais a respeito da situação de saúde que se encontra um determinado indivíduo. A utilização dessa tática contribui para que os profissionais possam antecipar os próximos passos de cuidar, ampliando o raciocínio clínico, principalmente, identificando complicações o mais previamente possível¹⁵.

“O transporte do paciente para outra unidade de destino deve ser feito por profissionais capacitados, equipamentos e materiais adequados para o transporte. Para garantir a continuidade do cuidado, informações sobre os cuidados com o paciente devem ser repassados à equipe receptora”

(Grupo Técnico Médico Hospitalar – relato 6)

O apoio para construção e manutenção da comunicação afetiva, orientativa e acolhedora ao paciente e sua família diante de suas inquietudes, dúvidas e anseios são premissas que favorecem mudanças nos hábitos de vida, ajudam no seguimento de tratamento proposto e potencializa o protagonismo do paciente.

Daí, a importância de os serviços de saúde adotarem os requisitos de boas práticas de funcionamento, compreendidos como sendo os componentes da Garantia da Qualidade na implantação, prestação de serviços e produção do cuidado, no qual asseguram que os serviços sejam ofertados com protocolos adequados, contribuindo para uma assistência segura, com redução de complicações eminentes e evitando os eventos de óbitos.

Aqui é relevante salientar sobre a importância das exigências ao funcionamento dos Serviços de Saúde, pois elas ultrapassam a burocracia, pois revela cuidado com a vida. Afinal de contas, Lei não pode ser uma letra morta que atrapalha e sim, aquela que ajuda na proteção e transparência do processo de trabalho, auxilia o trabalho e o trabalhador, dentre outras coisas, padroniza e orienta seu fazer e cuidar e também direciona a fiscalização.

Os grupos de Vigilância Sanitária Regionais (GVS) e ou municipais (VISA-M), com esse entendimento efetuam ações para gestão do risco sanitário nos serviços de saúde checando o cumprimento das normas

sanitárias, donde podem utilizar roteiros baseados nas legislações, por exemplo, o roteiro “Covid-19” e o roteiro “Em Tempos de Covid-19”. Ressalta-se que a fiscalização pode ser feita para fins de monitoramento, solicitação de licença inicial e renovação para o funcionamento dos estabelecimentos, atendimento a denúncia ou investigação. Motivo que se ratifica estar junto aos 28 Grupos e Sub Grupos de Vigilância Sanitária (GVS e SGVS) na composição, fortalecimento e capacitação da equipe nos múltiplos desafios a serem enfrentados, como os em especial ligados à segurança do paciente no âmbito sanitário.

Até o 1º semestre de 2020, a Gestão da Segurança do Paciente no estado de São Paulo, por meio do Núcleo de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária (NSP-VISA) era da Divisão Técnica de Serviços de Saúde do Centro de Vigilância Sanitária (SERSA-CVS) e a partir do 2º semestre passou a ser gerida pelo Núcleo Técnico de Planejamento, Informação e Informática (NTPII) do CVS. O referido núcleo estabeleceu como prioridade para 2020-2023 discutir e elaborar no âmbito do CVS uma proposta de estruturação da Segurança do Paciente que envolvesse a Secretaria Estadual de Saúde, na sua totalidade.

Em fevereiro de 2022 ficou estabelecido que a Equipe Técnica de Humanização vinculada ao Gabinete do Secretário assumiria a Gestão da Segurança do Paciente na Assistência à Saúde e a Vigilância Sanitária na Vigilância Pós-Uso de Produtos de Interesse à Saúde, Sangue e Hemocomponentes em Serviços de Saúde.

A Resolução SS nº 45, de 03/05/2022 publicada no DOE em 04/05/2022¹⁶ institui o Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente (NGHSP), no âmbito do Estado de São Paulo. Trata-se de instância colegiada, de caráter deliberativo, com a finalidade de gerir ações que visem à melhoria da humanização e segurança do paciente no cuidado em saúde.

O NGHSP é apoiado por representantes, titulares e suplentes, das Coordenadorias que compõem a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) no desempenho de suas funções, inclusive na elaboração, implementação e avaliação do Plano Integrado Estadual de Segurança do Paciente (PIESP).



Segurança do Paciente como Problema a Ser Enfrentado

Atualmente, a segurança do paciente constitui um tema de relevância crescente entre gestores, profissionais e usuários de saúde nos vários segmentos. Seu caráter multidimensional, transversal e complexo exige ser reconhecido e difundido para além das instâncias da saúde, visto envolver questões gerenciais, técnicas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e políticas.

O cenário dos estabelecimentos de assistência à saúde (públicos, privados, universitários, militares e filantrópicos) traduz-se por ambientes complexos, abrange uma variedade tipológica de serviços das redes de atenção à saúde (primária, odontológica, hospitalar, urgência e emergência, dentre outros). Parte desses espaços nem sempre oferecem à sociedade condições seguras no momento da prestação de cuidados, seja por insuficiência de recursos materiais e/ou humanos, seja por uma cultura de segurança imatura, quando diante da ocorrência de um erro, busca encontrar culpados ou invés de admitir os erros, analisá-los e oportunizar aprendizagem^{17,18}.

Uma das características dos sistemas de saúde é a produção de resultados (*outputs*) incertos, lamentavelmente expressos em erros e complicações, com elevados custos de eficiência e visão negativa e insatisfatória por parte da população tratada e dos prestadores¹⁷.



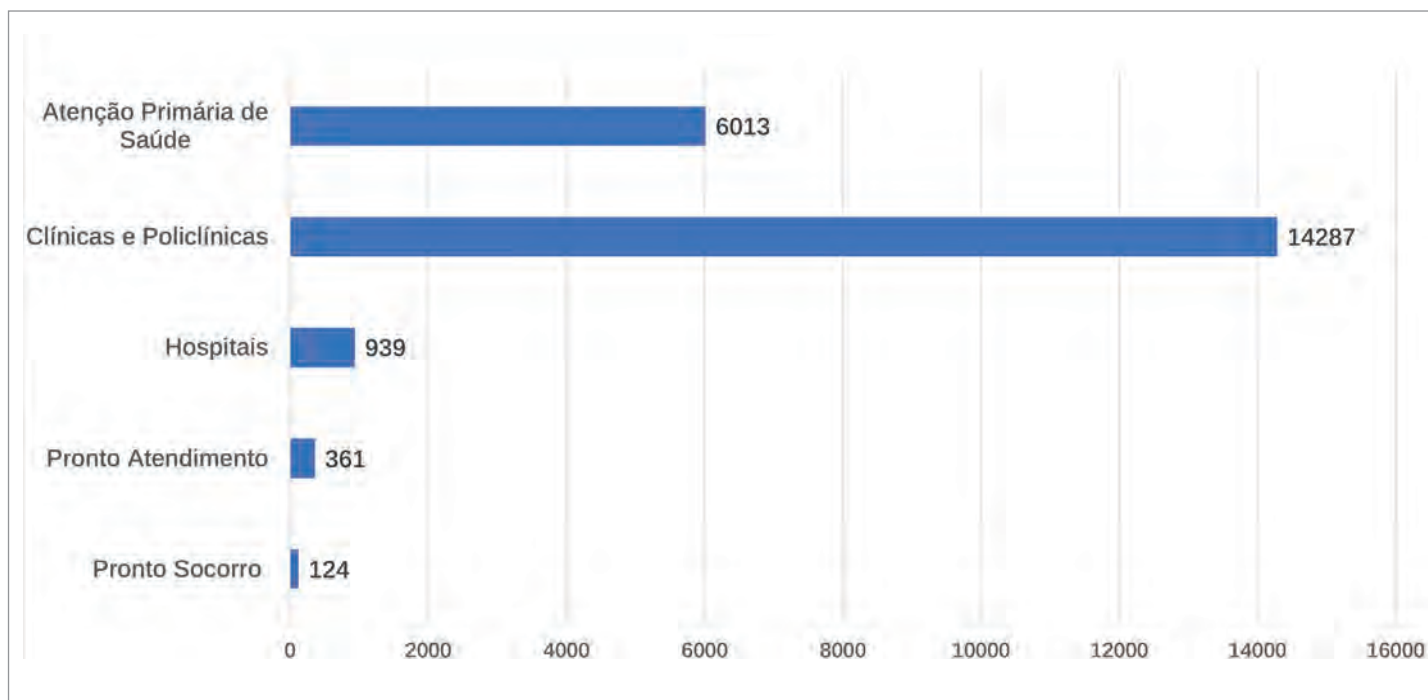
A preocupação com a Segurança do Paciente, quando presente, retrata a valorização da dimensão da qualidade do cuidado em saúde¹⁸, capacitação para os trabalhadores, disseminação da cultura de segurança, respeito aos achados científicos, participação cidadã e aplicação de protocolos e planos com melhoria contínua dos processos de trabalho.

A Segurança do Paciente enquanto problema global de Saúde Pública traduz-se no enfrentamento de desafios relacionados às lacunas e perspectivas em termos de estrutura, assistência, ensino e pesquisa acerca do tema e da gestão do risco nela inserida. No estado de São Paulo, os serviços de saúde representam um montante significativo no Brasil. Portanto, agir em prol da Segurança do Paciente poderá contribuir para a mitigação de incidentes relacionados à assistência (infecciosos e não infecciosos) e ofertar à sociedade a promoção, proteção e assistência à saúde comprometida e responsável.

Caracterização da Segurança do Paciente no Estado de São Paulo

No estado de São Paulo, a rede de serviços de saúde é bastante extensa e composta por estabelecimentos de assistência à saúde que variam em grau de complexidade, em função de fatores, como: arranjos tecnológicos, dimensão dos serviços, abrangência da área e variedade de procedimentos que executa. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que disponibiliza um conjunto de informações essenciais para a gestão do sistema de saúde, em agosto de 2022 contabilizaram cerca de 21724 estabelecimentos de saúde elegíveis ao escopo para ações de Segurança do Paciente no estado de São Paulo^{19,20}.

Gráfico 1 - Distribuição dos 21724 Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo elegíveis ao cadastro de Núcleo de Segurança do Paciente – agosto/2022.



Fonte: DATASUS – 17/08/2022

Em São Paulo temos constituídos 1087 Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em diferentes serviços de saúde distribuídos em 216 municípios (33,5% do total existente), destes 99 são notificantes ativos. De acordo com o CNES, o universo de hospitais no Estado de São Paulo é de 939, tendo 76,1% (718) com NSP cadastrados (**Quadro 1 e Gráfico 2**).

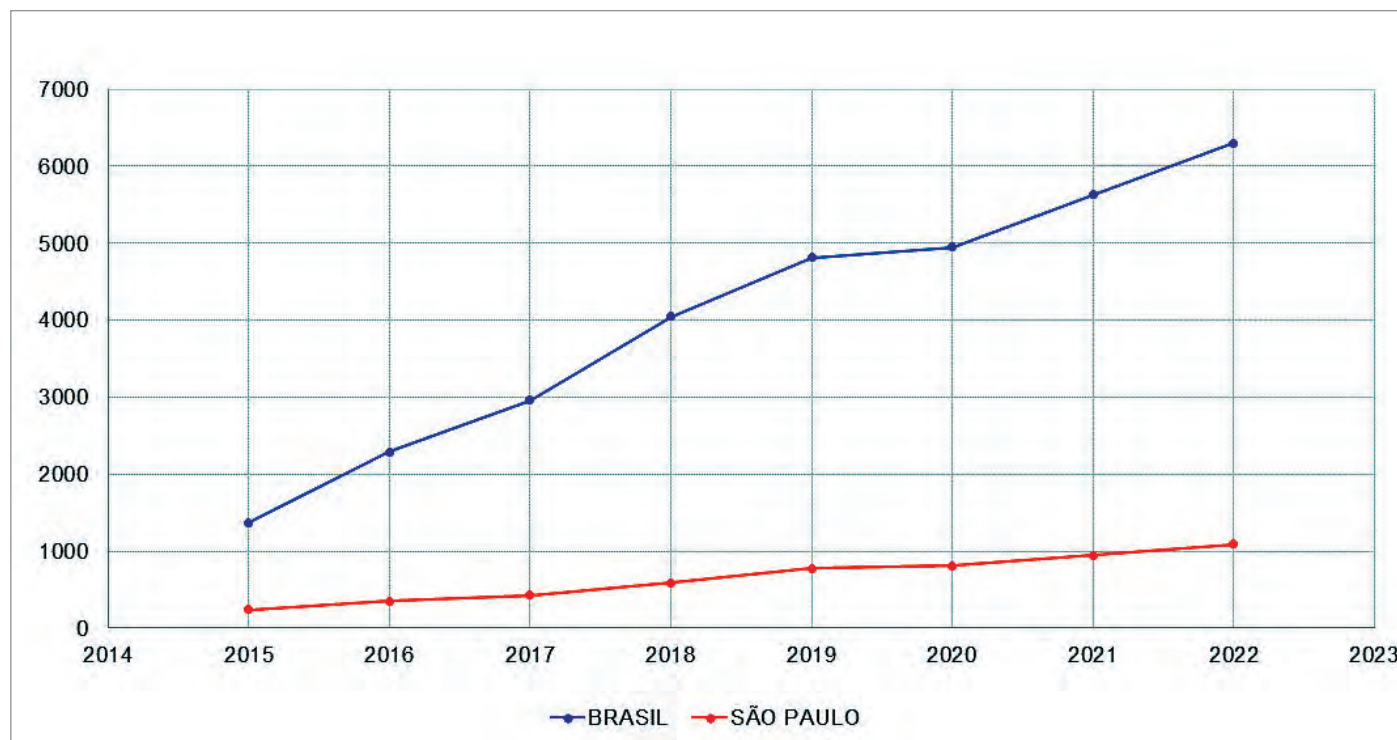
Quadro 1 - Distribuição Comparativa do Cadastro de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) no Brasil e no estado de São Paulo.

ANO	BRASIL	SÃO PAULO	%COMPARATIVO
2015	1372	244	17,8
2016	2286	354	15,5
2017	2960	431	14,6
2018	4049	593	14,6
2019	4816	778	16,2
2020	4945	813	16,4
2021	5627	944	16,8
2022	6299	1087	17,3

Fonte: Anvisa

2022 até agosto

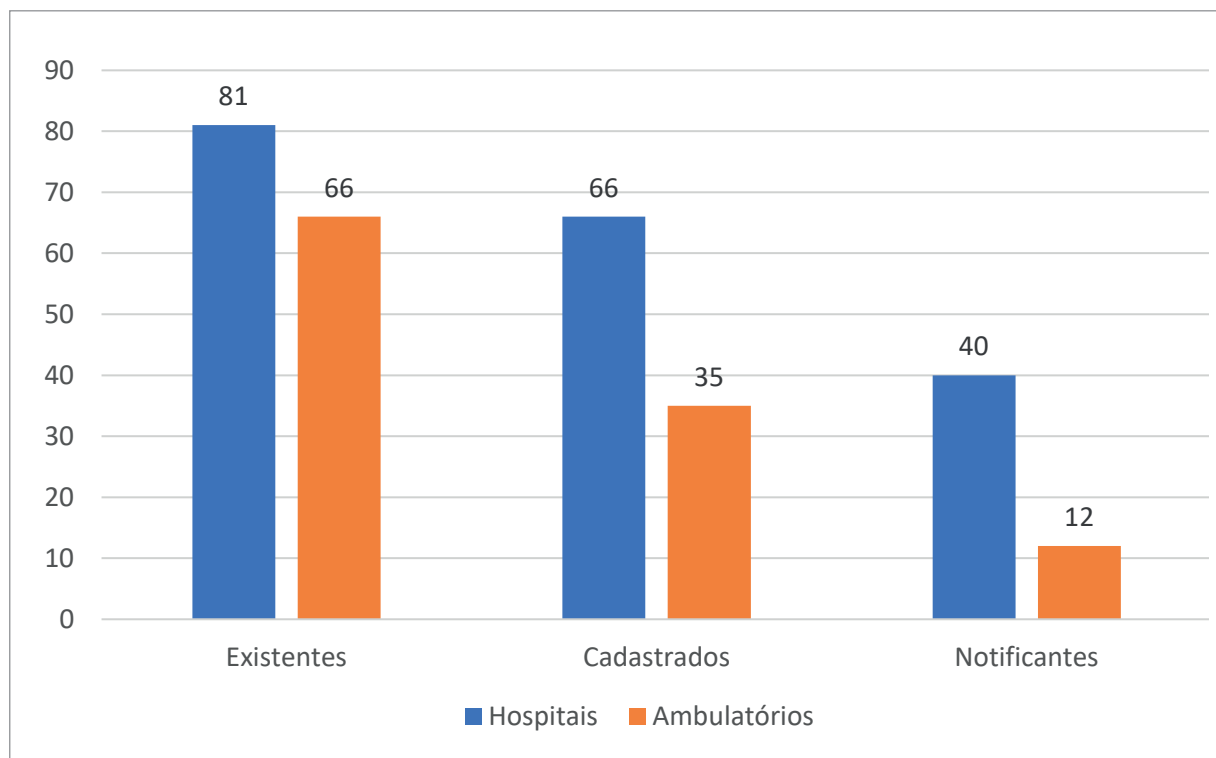
Gráfico 2 - Evolução Comparativa do Cadastro de Núcleos de Segurança do Paciente ao longo dos anos - Brasil e São Paulo.



Fonte: NOTIVISA 2.0

Em relação os serviços próprios estaduais temos 81 hospitais e 66 ambulatórios, sendo assim distribuídos em relação ao cadastro de NSP e situação de notificantes ativos (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 - Comparativo dos Serviços de Saúde Públicos Estaduais Existentes, Cadastrados e Notificantes - NOTIVISA 2.0 - Ano 2021.



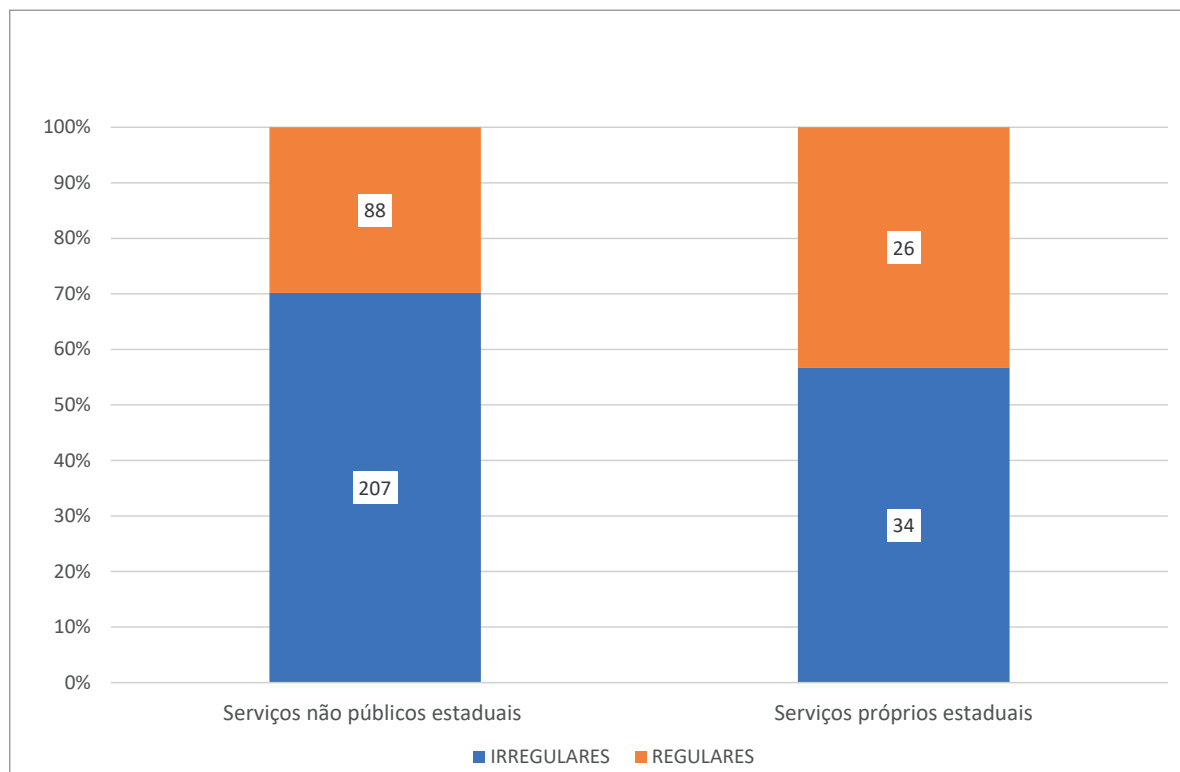
Resultados das Notificações de Incidentes e Eventos Adversos

1. Características Gerais das Notificações de Incidentes e Eventos Adversos - 2021.

A seguir uma síntese do perfil das 35751 notificações de incidentes e EA notificados no ano 2021, sendo dessas 26281 (73,5%) gerados pelos serviços não públicos estaduais e 9470 (26,5%) pelos serviços próprios estaduais.

Os resultados quanto à regularidade dos serviços de saúde diante da frequência e o número mínimo de notificações anuais no sistema NOTIVISA 2.0 revelaram que no ano 2021 dos 355 serviços de saúde que efetuaram uma ou mais notificações, 67,9% - 241 foram classificados como irregulares e 32,1% - 114 regulares (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 - Situação de Regularidade dos Serviços de Saúde conforme frequência e número mínimo de notificação anual - NOTIVISA 2.0.Ref.: 2021.



Fonte: NOTIVISA 2.0

Vale ressaltar que foram considerados como regulares os serviços que tiveram no mínimo uma notificação por mês dentro de 10 meses do mesmo ano (critério nacional). Ao comparar a regularidade entre os serviços não públicos estaduais e serviços próprios estaduais os dados revelam uma maior regularidade proporcional entre os serviços próprios.

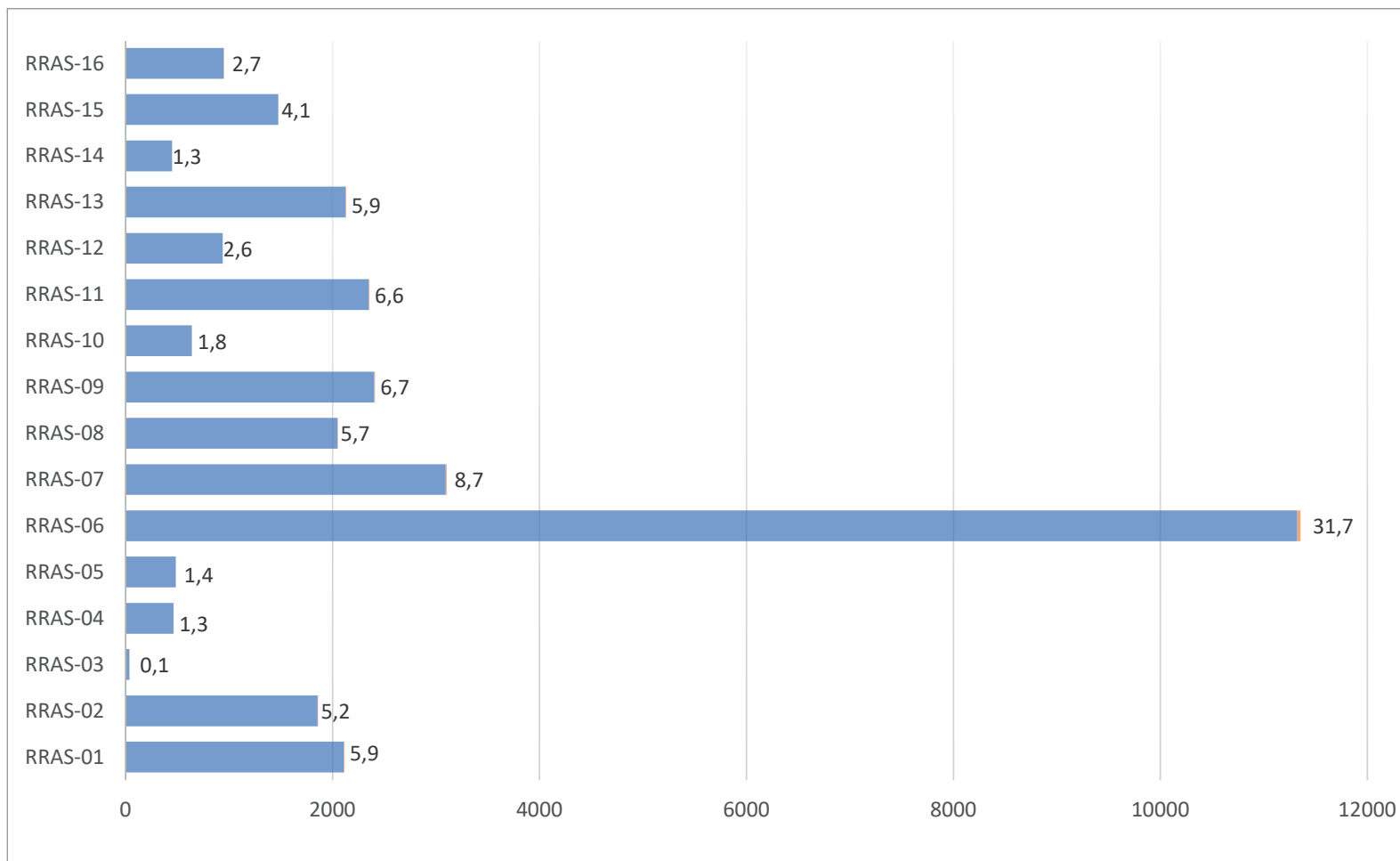
Ao analisar se o serviço notificante possui ou não atendimento SUS verificou-se que 59,6% das notificações (21286) advieram de serviço com convênio ou exclusivamente SUS e 40,4% (14465) de serviços não SUS. Ao verificar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da SES-SP observou-se uma maior representação de notificações na RRAS 6 que engloba os serviços da capital paulista. (**Tabela 1, Gráfico 5**)

Tabela 1 - Distribuição dos incidentes e eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0. Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). SES - SP. Ref.: 2021.

Redes Regionais de Atenção à Saúde	F	F%
RRAS-01	2108	5,9
RRAS-02	1855	5,2
RRAS-03	35	0,1
RRAS-04	462	1,3
RRAS-05	485	1,4
RRAS-06	11323	31,7
RRAS-07	3094	8,7
RRAS-08	2046	5,7
RRAS-09	2403	6,7
RRAS-10	640	1,8
RRAS-11	2350	6,6
RRAS-12	937	2,6
RRAS-13	2125	5,9
RRAS-14	447	1,3
RRAS-15	1474	4,1
RRAS-16	948	2,7
RRAS-17	3019	8,4
Total	35751	100,0

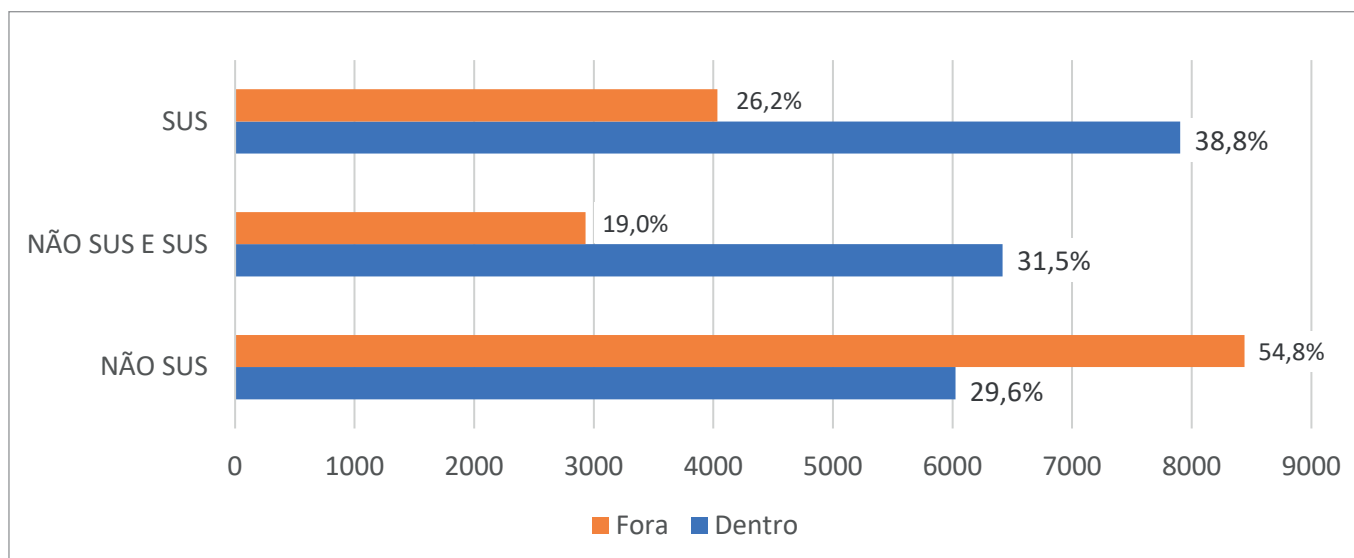
Fonte: NOTIVISA 2.0

Gráfico 5 - Distribuição dos incidentes e eventos adversos notificados conforme Redes Regionais de Atenção à Saúde da SES-SP. Ref.: 2021.



Quando analisado se as notificações foram inseridas dentro do Sistema NOTIVISA conforme o prazo estabelecido pela RDC 36/2013¹¹ e Nota Técnica 5/2019²¹, verificou-se 43,1% de notificações em atraso, sendo que o descumprimento foi maior entre os serviços com atendimento não SUS (54,8% - 8441), seguido pelo exclusivamente SUS (26,2% - 4034) e por aqueles com atendimentos mistos - SUS e não-SUS (19,0% - 2933). O **Gráfico 6** mostra melhor as informações.

Gráfico 6 - Prazo de Envio das Notificações Inseridas no NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



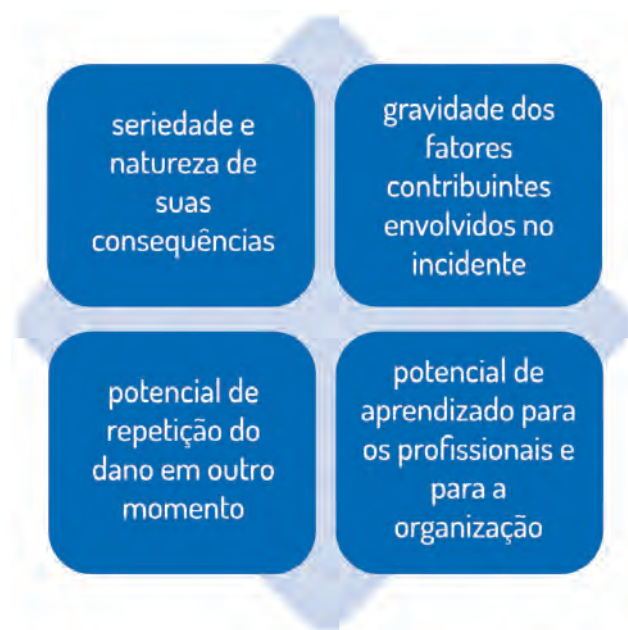
Ao detalhar mais sobre o número de dias fora do prazo, pode-se identificar limites inferior e superior, respectivamente de 7 dias e 461 dias

Tabela 2 - Distribuição dos 15407 incidentes e eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0 em atraso, segundo nº de dias. Ref.: 2021.

Nº de Dias das Notificações em Atraso	F	F%
7 até 14 dias	4	0,0
15 até 30 dias	2104	13,7
31 até 60 dias	9083	59,0
61 até 90 dias	1894	12,3
91 até 120 dias	973	6,3
121 até 150 dias	579	3,8
151 até 180 dias	229	1,5
acima de 181 dias	541	3,5
Total	15407	100,0

(limites: inferior 7 - superior 461 dias)

O incidente relacionado à assistência à saúde deve ser investigado pelas quatro principais razões:



Em relação ao tipo de incidente e evento adverso notificado aqueles com as cinco maiores frequências foram as lesões por pressão (27,0% - 9653), falhas na assistência à saúde (20,1% - 7178), falhas envolvendo cateter venoso (14,8% - 5299), falhas envolvendo sondas (12,9% - 4609) e queda (12,4% - 4448).

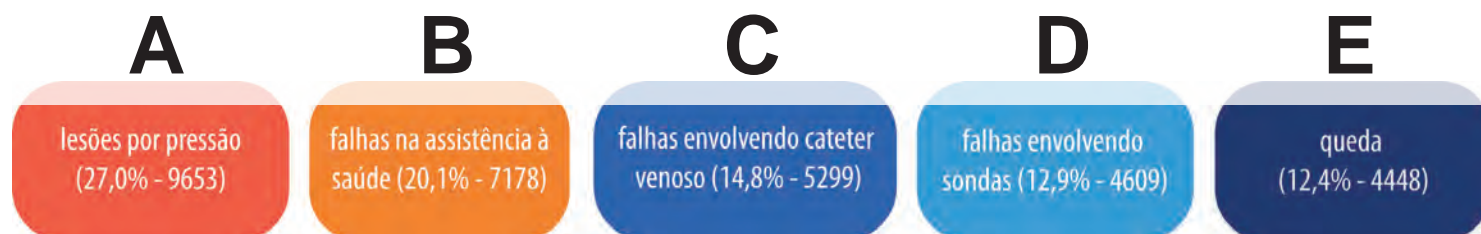


Tabela 3 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, segundo tipo. Ref.: 2021.

Tipo de Incidente e Evento Adverso	F	F%
Lesão por pressão	9653	27,0
Falhas durante a assistência à saúde	7178	20,1
Falhas envolvendo cateter venoso	5299	14,8
Falhas envolvendo sondas	4609	12,9
Queda do paciente	4448	12,4
Falha na identificação do paciente	660	1,8
Extubação endotraqueal acidental	606	1,7
Falhas ocorridas em lab. clínicos/patologia	571	1,6
Falha na documentação	523	1,5
Falhas nas atividades administrativas	456	1,3
Acidentes do paciente	412	1,2
Broncoaspiração	360	1,0
Evasão do paciente	345	1,0
Falhas na adm. de dietas	248	0,7
Tromboembolismo venoso (TEV)	154	0,4
Falhas durante procedimento cirúrgico	131	0,4
Queimadura de paciente	55	0,2
Falhas na adm.de O2 ou gases medicinais	32	0,1
Falhas no cuidado / proteção do paciente	8	0,0
Falhas na assistência radiológica	3	0,0
Total	35751	100,0

A. Lesão por pressão

Ao detalhar as 9653 lesões por pressão verificou-se que as notificações foram maiores dos estágios II e I, conforme mostra o **Gráfico 7** e a distribuição por ciclo de vida revelou maior incidência nas pessoas idosas - **Gráfico 8**.

Gráfico 7 - Lesão por pressão, conforme estágio - NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

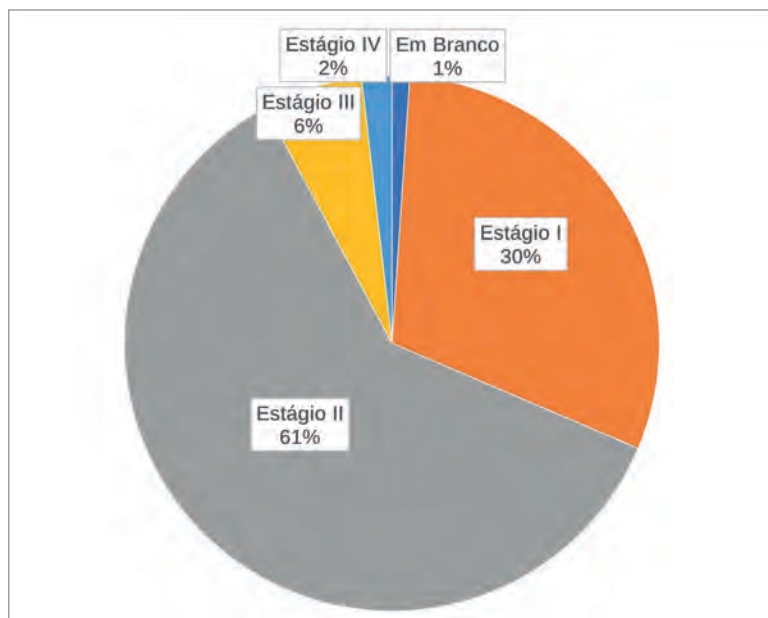
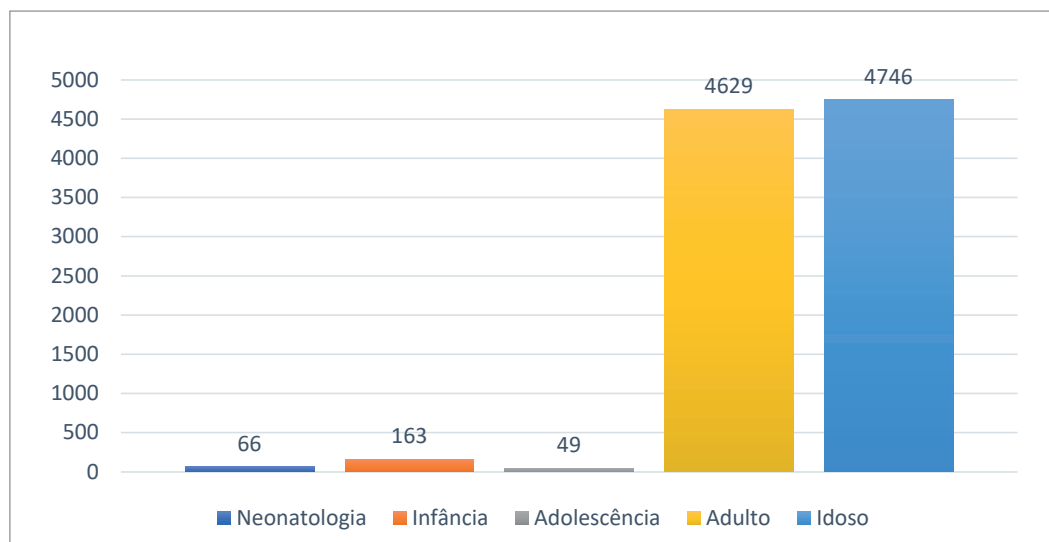


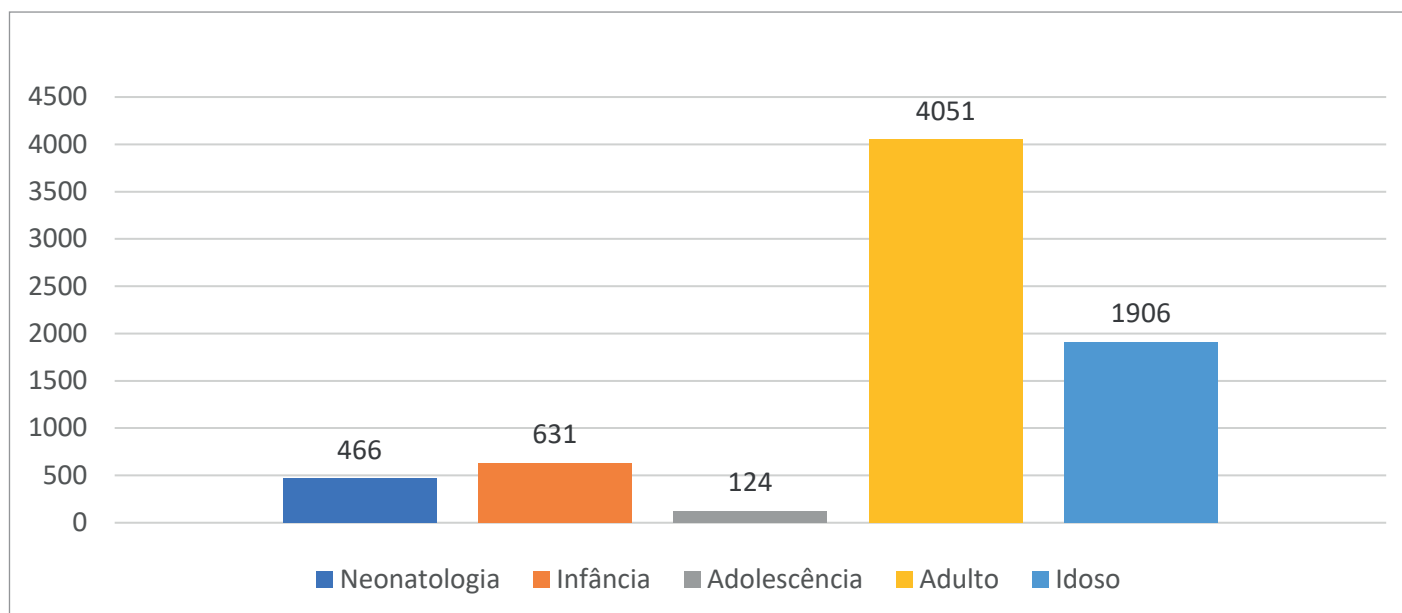
Gráfico 8 - Lesão por Pressão conforme Ciclo de Vida dos pacientes - NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



B. Falhas envolvendo assistência à saúde

A distribuição por faixa etária das 7178 falhas durante assistência à saúde revelou o evento presente nos diferentes ciclos da vida, conforme o **Gráfico 9**.

Gráfico 9 - Falhas durante Assistência à Saúde, conforme Ciclo de Vida dos pacientes - NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



NOTIVISA 2.0 - Ano 2021.

Após leitura análise da descrição da variável do Notivisa 2.0 denominada “informe o tipo de incidente ocorrido” foi possível analisar e recategorizar 6404 eventos (89,2%), os demais 774 (10,8%) não puderam em virtude da inexistência de qualquer tipo de detalhamento no item.

Das 6404 falhas durante assistência à saúde analisadas, detectou-se que 919 (14,4%) tratavam-se de eventos notificados incorretamente, seja por conta da classificação do tipo do evento em si (406 – 44% - **Tabela 4**) ou em outro sistema de informação, como são os casos de IRAS, Reação Transfusional, Suspeita de RAM (513 – 66% - **Tabela 5**).

Tabela 4 - Distribuição dos 406 incidentes e eventos adversos notificados equivocadamente em razão da classificação por tipo no NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

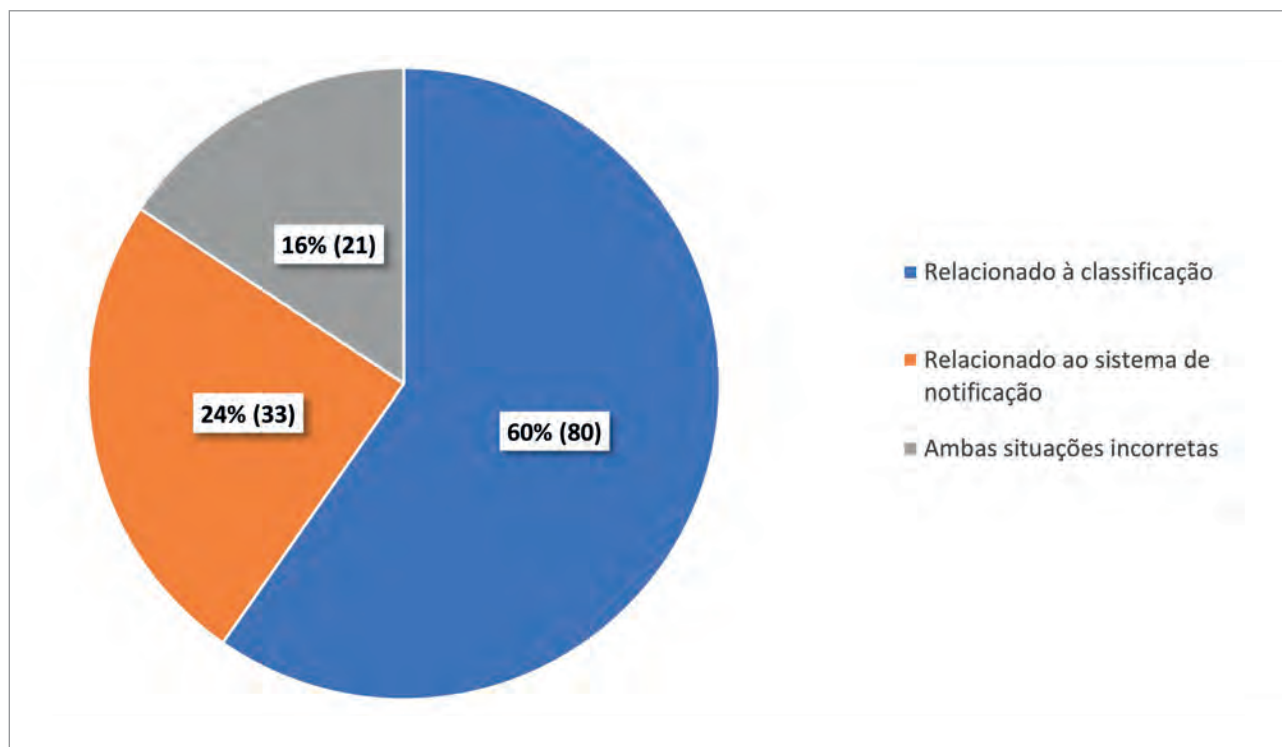
INCIDENTE e EA - CLASSIFICAÇÃO INCORRETA	F	F%
Falhas envolvendo cateter venoso	211	52,0
Lesão por Pressão - Estágio I/II/não especificado	28	6,9
Lesão por Pressão - NE Estágio III	23	5,7
Extubação Endotraqueal Acidental	27	6,7
Falhas envolvendo sondas	25	6,2
Falhas nas atividades administrativas	20	4,9
Evasão do Paciente	18	4,4
Falha na identificação do paciente - pulseira	14	3,4
Falhas na administração de dietas	12	3,0
Acidente do Paciente	9	2,2
Queda do paciente	8	2,0
Tromboembolismo Venoso Profundo	6	1,5
Broncoaspiração	5	1,2
Total	406	100,0

Tabela 5 - Distribuição dos 513 incidentes e eventos notificados equivocadamente em sistema incorreto. Ref.: 2021.

INCIDENTE e EA - NOTIFICADO EM SISTEMA INCORRETO	F	F%
Falhas envolvendo hemoterapia	27	5,3
Falhas envolvendo queixa técnica	1	0,2
IRAS - Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica	271	52,8
IRAS - Infecção do Trato Urinário	97	18,9
IRAS - Corrente Sanguínea	51	9,9
IRAS - Traqueobronquite Associada à Ventilação Mecânica	28	5,5
IRAS - Sítio Cirúrgico	21	4,1
IRAS - sem especificação	17	3,3
Total	513	100,0

Os 919 incidentes e eventos adversos notificados equivocadamente, como sendo falhas durante assistência à saúde, são provenientes de 134 serviços de saúde distintos. A situação do erro consta no **Gráfico 10**.

Gráfico 10 - Distribuição dos 919 incidentes/EA notificados conforme 134 serviços envolvidos e situação do erro detectado. Ref.: 2021.



C. Falhas envolvendo cateter venoso

Os dados referentes às 5299 falhas relacionadas ao cateter venoso revelaram que 1988(37,5) não continham no campo aberto para especificações qualquer tipo de detalhamento. Os demais foram devidamente lidos e recategorizados conforme a **Tabela 6**, demonstrando como as cinco principais ocorrências foram: flebite (1875 - 35,4%); extravasamento no espaço extravascular de contraste ou outro tipo de medicamento vesicantes

não especificado(591 - 11,2%); tração ou perda acidental do cateter venoso independentemente se periférico ou central ocorridos em sua predominância no momento de movimentação do paciente pela equipe(385 - 7,3%); obstrução do cateter(131 - 2,5%) e infiltração com fuga acidental de uma solução ou fármaco para o tecido circundante do vaso de medicamentos não vesicantes, porém irritantes ou não.

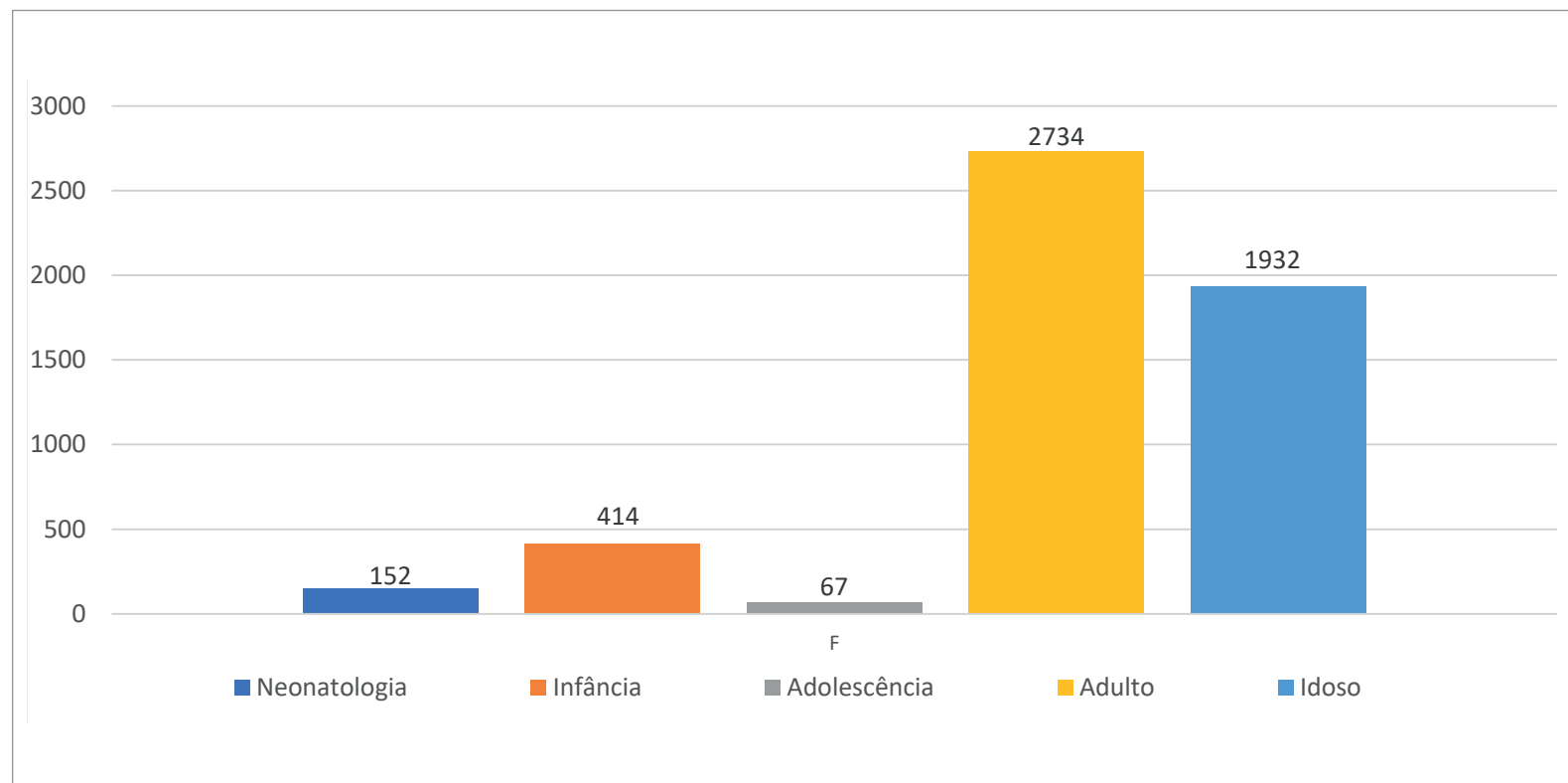
Tabela 6 - Distribuição das 5299 falhas envolvendo cateter venoso conforme motivos especificados no campo da notificação junto ao NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

FALHAS ENVOLVENDO CATETER VENOSO	F	F%
Sem Especificação	1988	37,5
Flebite	1875	35,4
Extravasamento	591	11,2
Tração/Perda Acidental	385	7,3
Obstrução	128	2,4
Infiltração	109	2,1
Hematoma	52	1,0
Pneumotórax Acidental	47	0,9
Edema	46	0,9
Dor	34	0,6
Punção Inadequada	32	0,6
Outro Evento	31	0,6
Fixação Inadequada	15	0,3
Fratura do Cateter	15	0,3
Tempo Excedido de Uso	4	0,1
Administração Conjunta com NPP	3	0,1
Fluxo Inadequado	3	0,1
Extrusão	1	0,0

OBS: Percentual calculado em cima de 5299 eventos notificados, o paciente pode ter mais de um motivo descrito para o evento.

A distribuição por faixa etária das 5299 falhas envolvendo cateter venoso revelou o evento presente nos diferentes ciclos da vida, sendo a adulta e a idosa de maior representatividade conforme demonstra o **Gráfico 11**.

Gráfico 11 - Falhas envolvendo Cateter Venoso conforme Ciclo de Vida dos pacientes – NOTIVISA 2.0 . Ref.: 2021.



D. Falhas envolvendo sondas

Os dados referentes às 4609 falhas envolvendo sondas tiveram o campo aberto para especificações analisados e recategorizados por tipo de falhas e tipo de sonda envolvida (**Tabela 7**), proporcionando a informação de que as sondas gástricas e enterais são as mais incidentes (2740 – 59,4). Verificou-se que 1746 (37,9%) falhas tinham praticamente nenhum tipo de informação, contudo é possível, em parte, identificar ao menos qual o tipo de sonda estava relacionado.

A perda acidental e a obstrução foram as principais falhas detectadas no montante analisado, conforme consta no **Gráfico 12**. Quanto à perda acidental da sonda houve uma preocupação do notificador em detalhar que o evento estava relacionado com a agitação, confusão e desorientação do paciente (16%) e ainda com a presença do acompanhante (3%) ou com a contenção insatisfatória dos MMSS (2%).

Tabela 7 - Distribuição das 4609 falhas envolvendo sondas conforme tipo de sondas e falhas especificadas junto ao NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

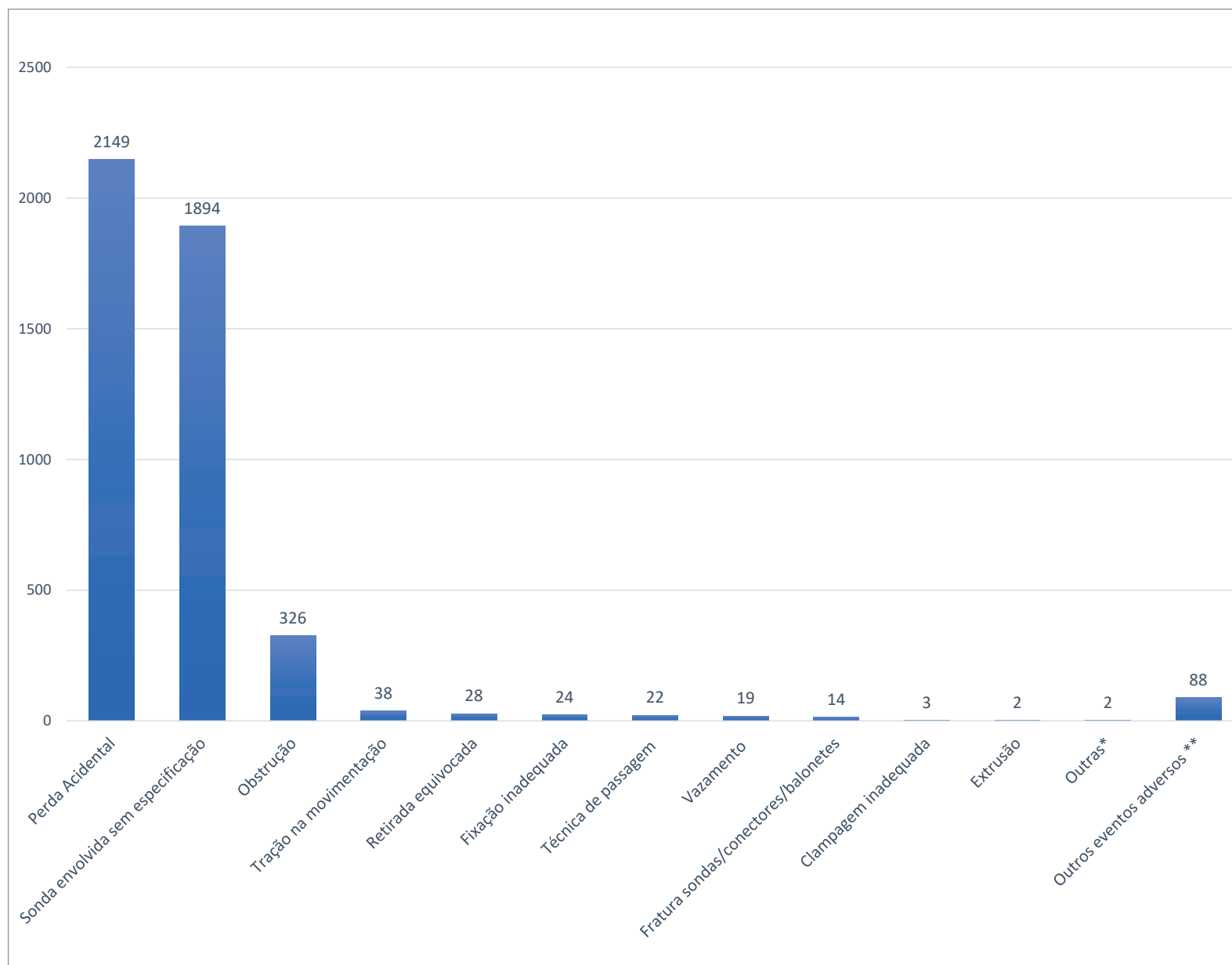
TIPOS DE FALHAS	F	F%
Perda Acidental	2149	46,6
Sonda envolvida sem especificação	1894	41,1
Obstrução	326	7,1
Tração na movimentação	38	0,8
Retirada equivocada	28	0,6
Fixação inadequada	24	0,5
Técnica de passagem	22	0,5
Vazamento	19	0,4
Fratura sondas/conectores/balonetes	14	0,3
Clampagem inadequada	3	0,1
Extrusão	2	0,0
Outras*	2	0,0
Outros eventos adversos **	88	1,9
Total Geral	4609	100,0

* drenos, cateter umbilical, peridural, derivação lombar externa, traqueostomia e nefrostomia.

** lesões por dispositivos e falhas envolvendo cateter venoso.

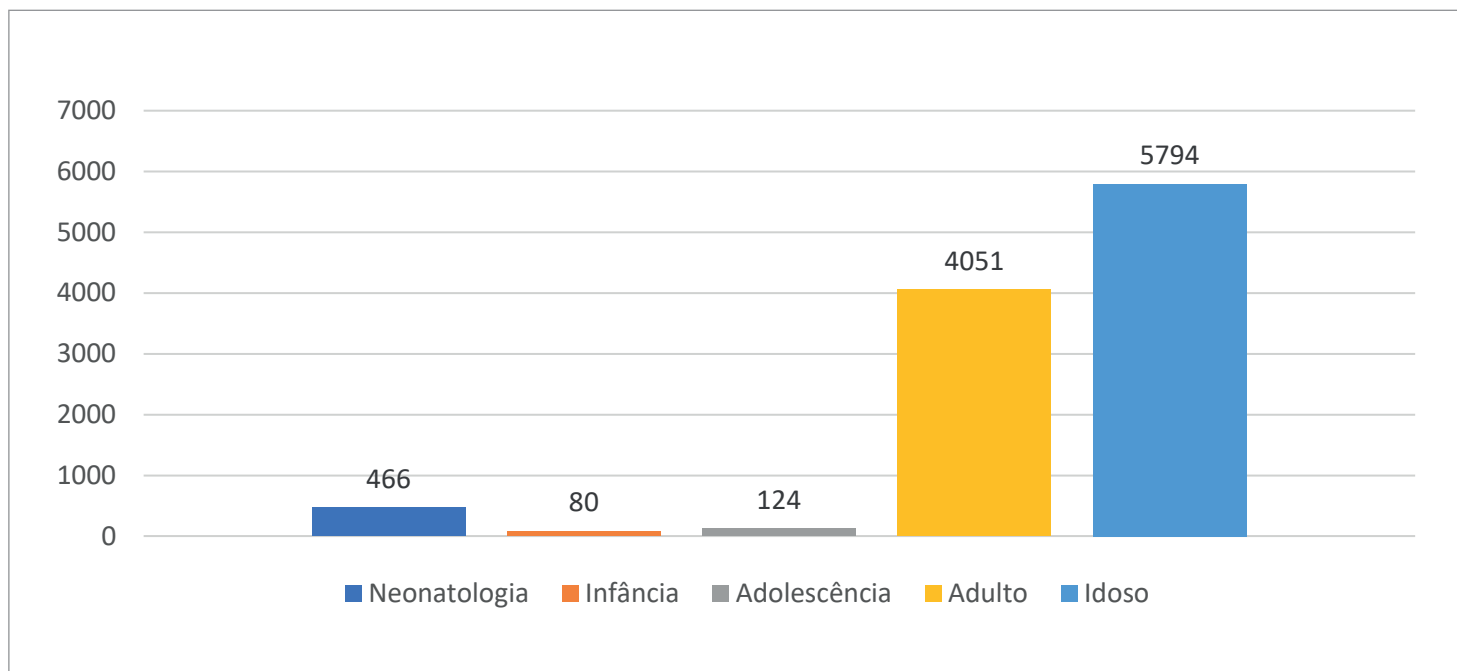


Gráfico 12 - Falhas envolvendo sondas conforme categorização. Ref.: 2021.



A distribuição por faixa etária das 4609 falhas envolvendo sondas revelou o evento presente nos diferentes ciclos da vida, conforme demonstra o **Gráfico 13**.

Gráfico 13 - Falhas envolvendo Sondas conforme Ciclo de Vida dos pacientes – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

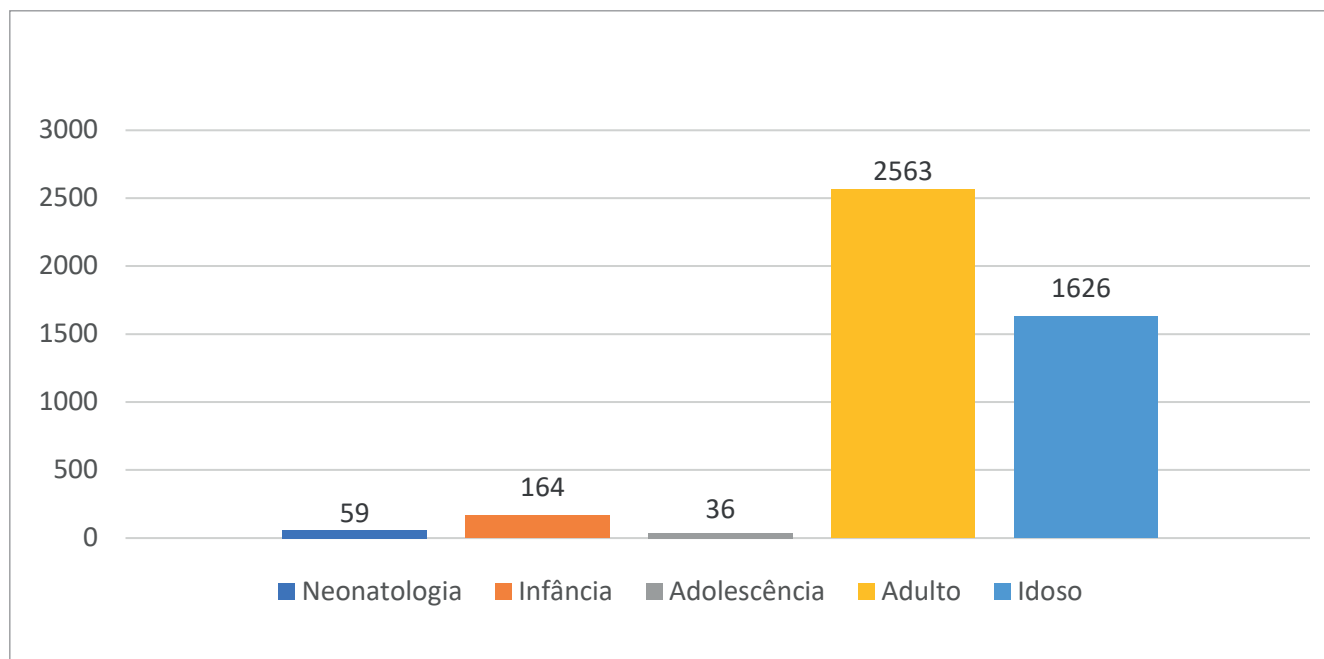


E. Queda

Ao analisar os 4448 incidentes e eventos adversos por queda do paciente percebe-se que 2160 (48,6%) delas foi de queda da própria altura, 1118 (25,1%) por perda de equilíbrio, 832 (18,7%) por escorrego e 338 (7,6%) por outros motivos. O quarto foi o local de maior representação atingindo 2536 (57,0%) casos, seguido por 1065 (23,9%) ocorridos no banheiro e os demais 798 (17,9%) enquanto estava sendo transportado, em degraus e escadas, cadeira ou mesmo no uso de equipamento terapêutico e diagnóstico. O número de sem informação atingiu 48 (1,1%).

A distribuição das quedas conforme faixa etária revelou o evento presente nos diferentes ciclos da vida, sendo a adulta e a idosa de maior representatividade conforme demonstra o **Gráfico 14**.

Gráfico 14 - Quedas conforme Ciclo de Vida dos pacientes – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



Grau de Dano, Local e Momento da Ocorrência do Evento

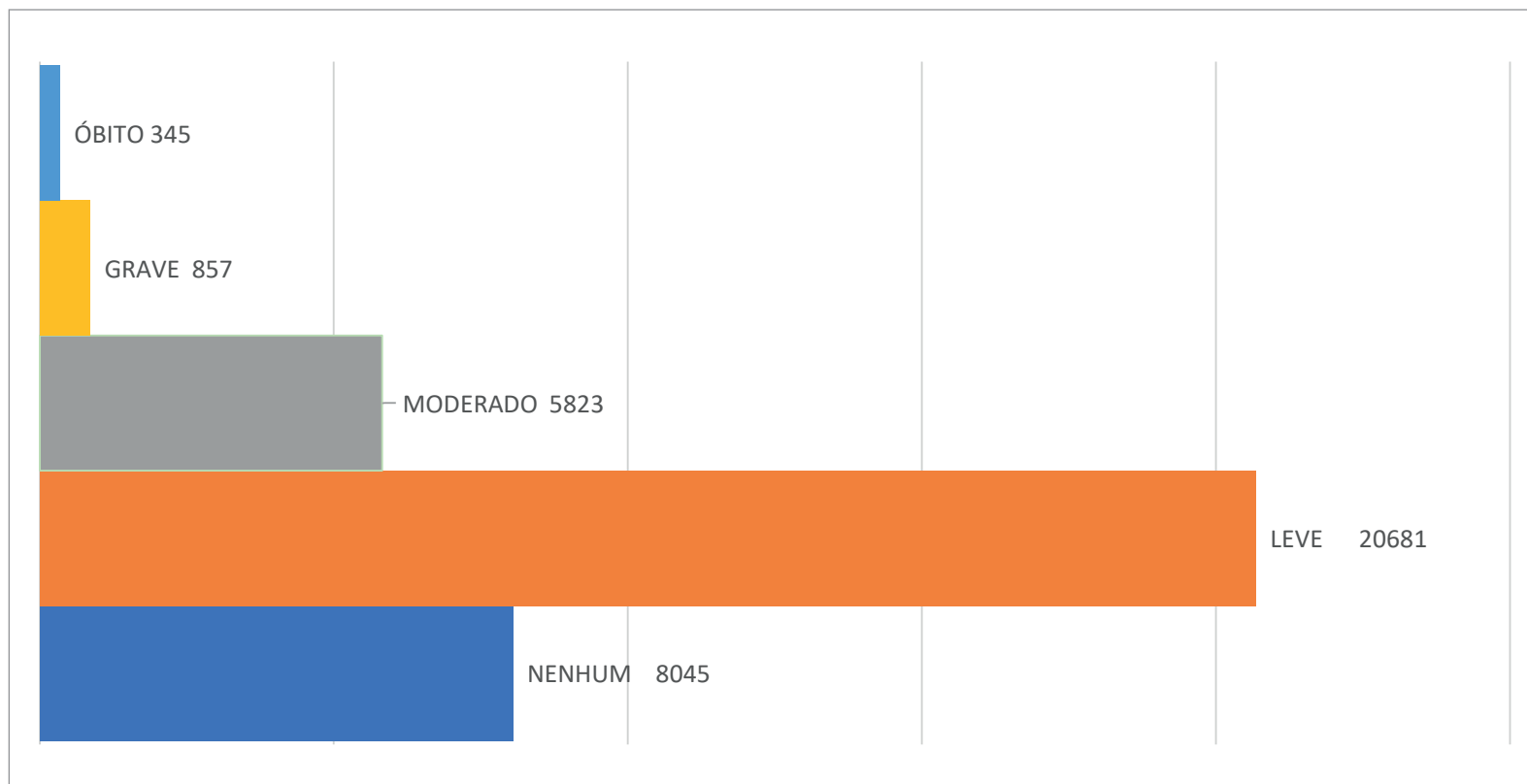
Em relação ao grau de dano causado no paciente em decorrência do incidente e evento adverso notou-se que todos os tipos mantem o mesmo comportamento, isto é, trata-se de notificações com maior frequência em danos considerados como nenhum ou leve.

Tabela 8 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados conforme grau de dano. Ref.: 2021.

Tipo do Incidente e Evento Adverso	Grau de Dano					Total
	Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Óbito	
Acidentes do paciente	55	258	76	16	7	412
Broncoaspiração	17	101	168	39	35	360
Evasão do paciente	143	183	14	3	2	345
Extubação endotraqueal acidental	134	268	156	41	7	606
Falha na documentação	485	27	10	1		523
Falha na identificação do paciente	513	125	17	5		660
Falhas durante a assistência à saúde	2135	3531	934	331	247	7178
Falhas durante procedimento cirúrgico	6	14	67	32	12	131
Falhas envolvendo cateter venoso	263	4509	485	37	5	5299
Falhas envolvendo sondas	1276	3174	151	4	4	4609
Falhas na adm. de dietas	150	90	5	2	1	248
Falhas na adm. de O2 ou gases medicinais	8	14	7	2	1	32
Falhas na assistência radiológica			2	1		3
Falhas nas atividades administrativas	383	60	7	4	2	456
Falhas no cuidado / proteção do paciente		1	1	1	5	8
Falhas ocorridas em lab. clínicos/patologia	439	122	9	1		571
Queda do paciente	1897	2257	232	51	11	4448
Queimadura de paciente	2	42	5	5	1	55
Tromboembolismo venoso (TEV)	29	59	56	6	4	154
Lesão por pressão	110	5846	3421	275	1	9653
Em branco	1	41	54	7		103
Estágio I	71	2647	210	2		2930
Estágio II	36	3102	2718	6		5862
Estágio III	1	44	365	172		582
Estágio IV	1	12	74	88	1	176
Total	8045	20681	5823	857	345	35751

No geral os dados revelam que 57,8% (20681) foram de dano leve, seguido por 22,5% (8045) de nenhum dano, já os óbitos representaram 1% (345), conforme mostra o **Gráfico 15**.

Gráfico 15 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados conforme Grau de Dano – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

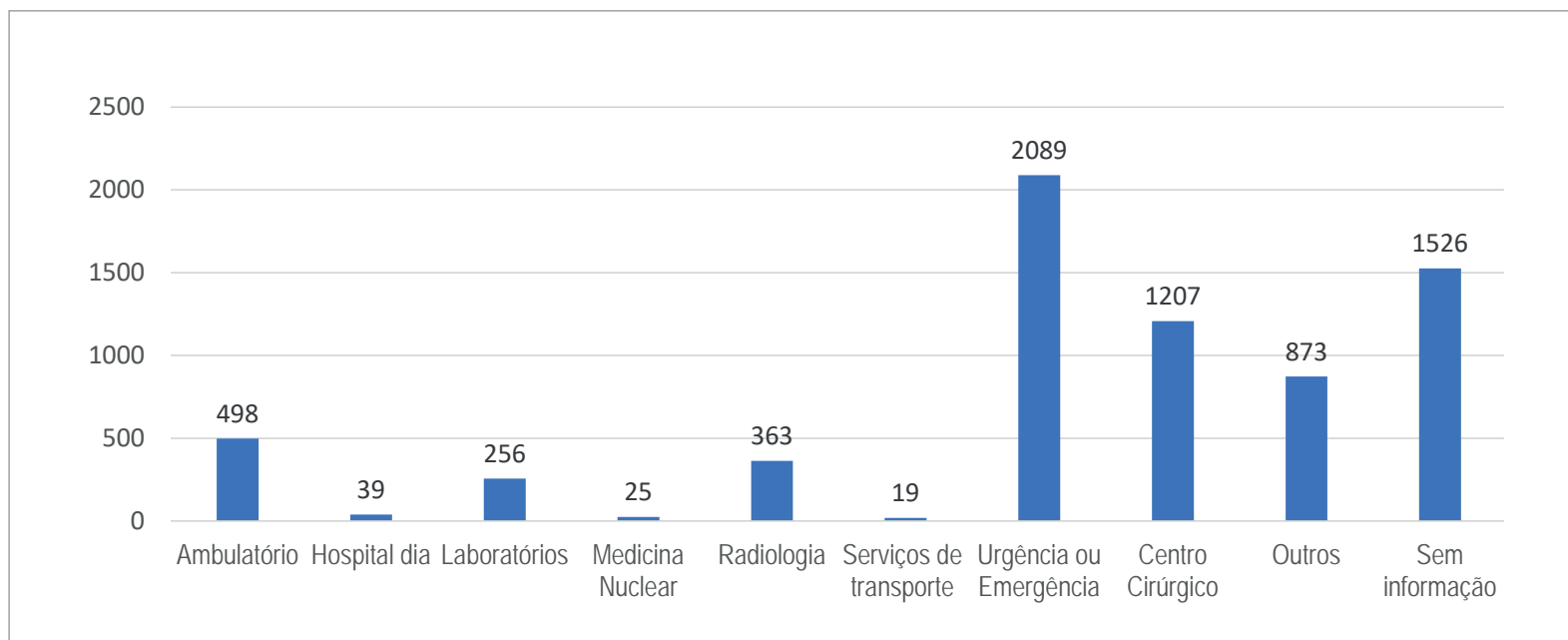


Em relação ao local e momento da ocorrência dos 35751 incidentes e eventos adversos, os resultados traduzem o quanto que sua presença está concentrada nas unidades de internação e de terapia intensiva (28856), representando respectivamente 43,3% (15375) e 37% (13481). Os demais lugares são assim distribuídos conforme a **Tabela 9** e o **Gráfico 16**.

Tabela 9 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados conforme local e momento da ocorrência – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

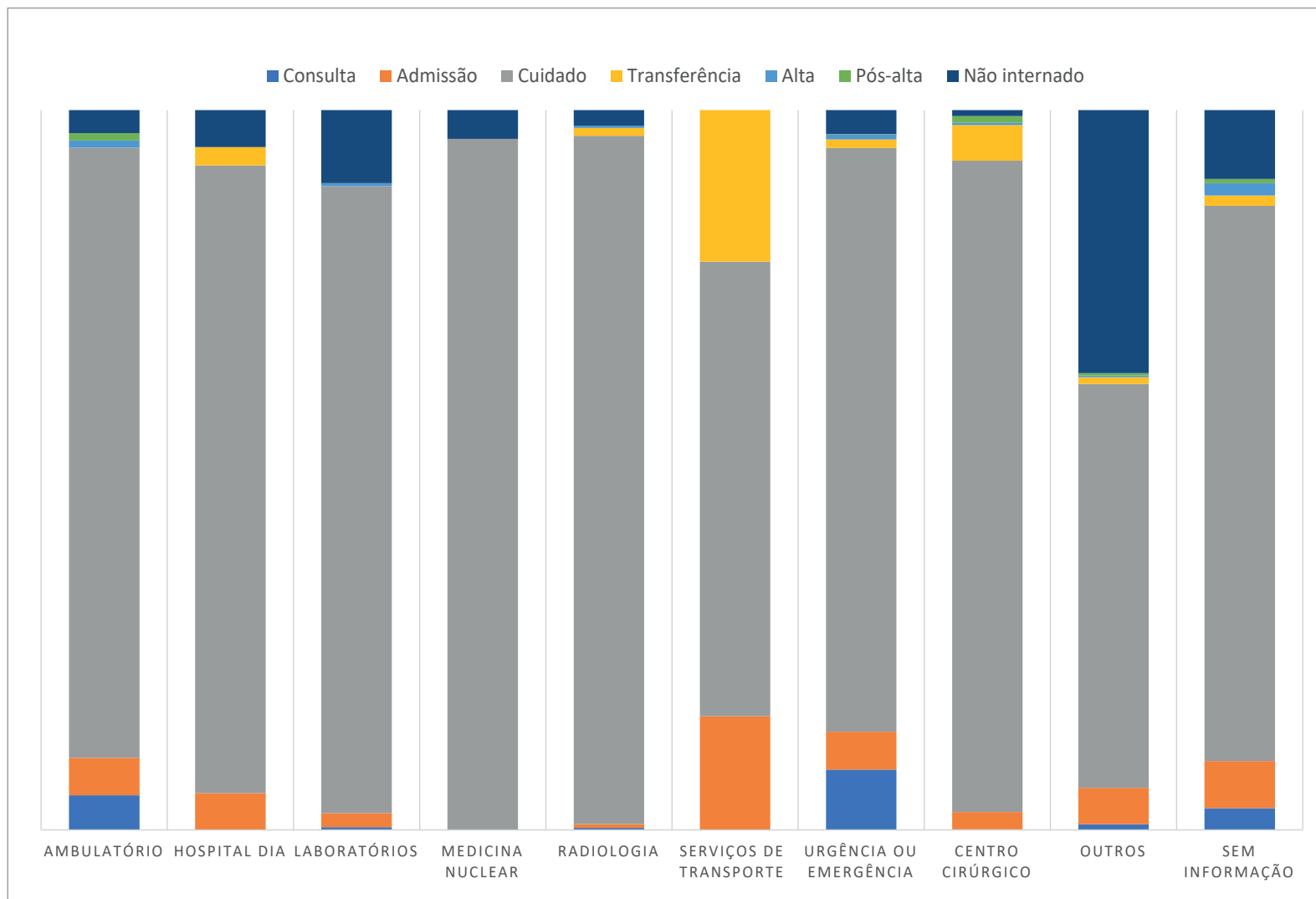
Local do Incidente/EA	Momento da Ocorrência do Incidente/EA							Total
	Consulta	Admissão	Cuidado	Transferência	Alta	Pós-alta	Não internado	
Ambulatório	24	26	422		5	5	16	498
Hospital dia		2	34	1			2	39
Laboratórios	1	5	223		1		26	256
Medicina Nuclear			24				1	25
Radiologia	1	2	347	4	1		8	363
Serviços de transporte		3	12	4				19
Setores de Internação	13	185	14977	134	46	4	16	15375
Unidade de Terapia Intensiva	4	36	13381	46	8	1	5	13481
Urgência ou Emergência	175	110	1694	25	14	1	70	2089
Centro Cirúrgico	1	29	1092	60	4	11	10	1207
Outros	7	44	490	8	2	3	319	873
Sem informação	46	100	1177	22	26	9	146	1526
Total	272	542	33873	304	107	34	619	35751

Gráfico 16 - Distribuição dos 6895 incidentes e eventos adversos notificados para além das unidades de internação e terapia intensiva – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



Pode-se detectar erro na atribuição do momento da ocorrência do incidente/EA adverso em 21 situações (16 na internação e 05 na terapia intensiva), contudo, afirma-se que quase a totalidade dos eventos adversos ocorreram durante a prestação do cuidado 98.2% (28358). Tal comportamento é ratificado no demais locais de ocorrência conforme consta no **Gráfico 17**.

Gráfico 17 - Distribuição dos 6895 incidentes e eventos adversos notificados conforme momento da ocorrência – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



Faixa etária, cor, raça e sexo

Quanto as características dos pacientes que sofreram incidentes e eventos adversos e foram notificados pode-se afirmar que 54,5% (19497) eram do sexo feminino e 45,5% (16254) o masculino. As informações de raça/cor foram negligenciadas numa representatividade de 38,9%, o que é lamentável, revelando descaso da importância da variável ou ainda a dificuldade dos profissionais em atribuir classificação neste quesito. Excluindo as notificações em branco, os resultados (21829) demonstram que a raça e cor branca remontam em 72,5% (15881) - Gráfico 18 e Tabela 10.

Gráfico 18 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados conforme sexo, cor/raça dos pacientes – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

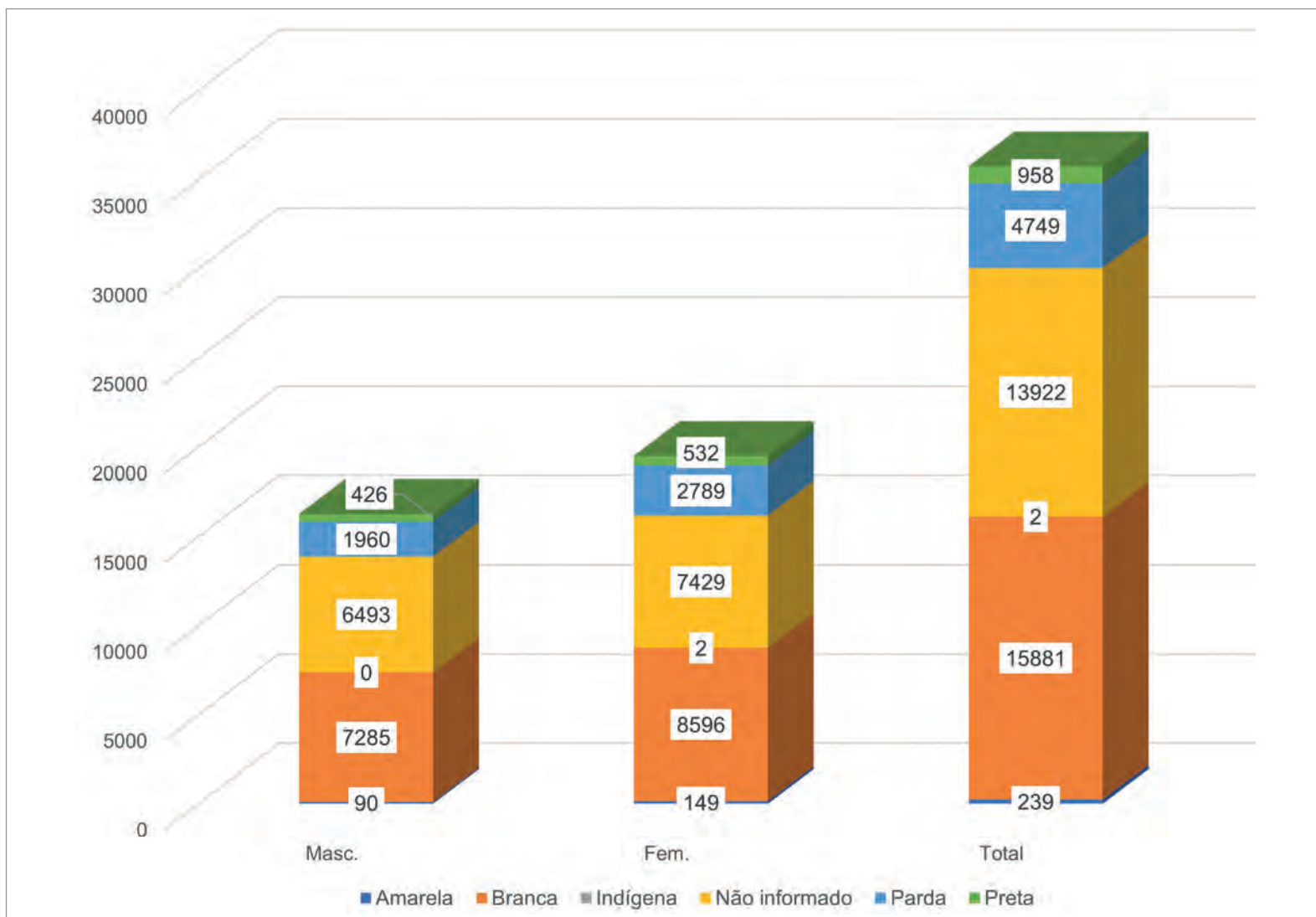


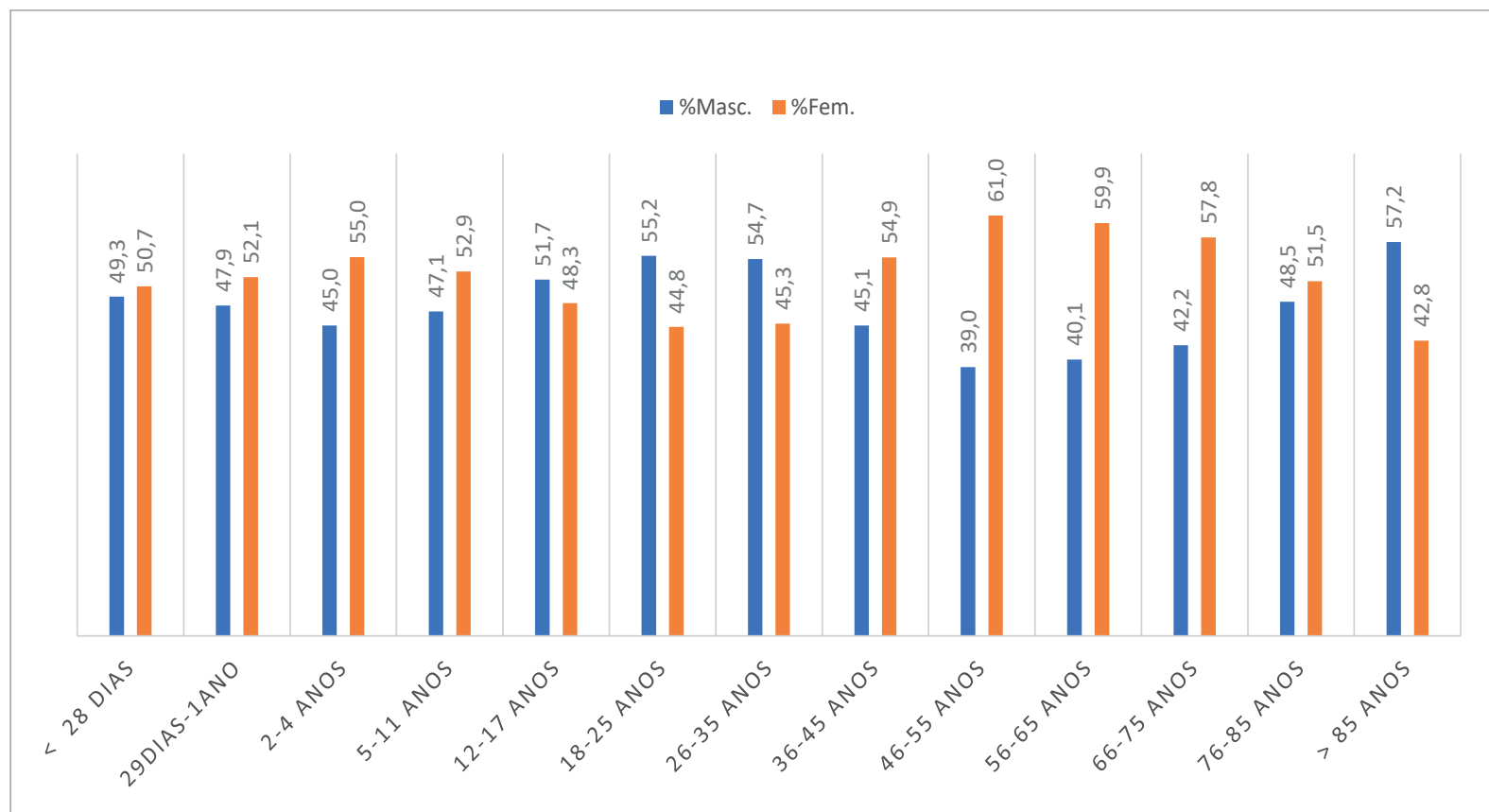
Tabela 10 - Distribuição dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, conforme faixa etária, cor, raça e sexo do paciente. Ref.: 2021.

Faixa etária	Masc.	Fem.	Total	%
menos de 28 dias	563	580	1143	3,2
Amarela	1	4	5	
Branca	199	168	367	
Parda	73	83	156	
Preta	3	1	4	
Não informado	287	324	611	
de 29 dias a 1 ano	557	605	1162	3,3
Amarela	0	2	2	
Branca	191	219	410	
Parda	81	107	188	
Preta	7	3	10	
Não informado	278	274	552	
de 2 a 4 anos	218	266	484	1,4
Amarela	4	1	5	
Branca	83	89	172	
Parda	27	37	64	
Preta	3	1	4	
Não informado	101	138	239	
de 5 a 11 anos	219	246	465	1,3
Amarela	0	1	1	
Branca	75	82	157	
Parda	46	30	76	
Preta	2	3	5	
Não informado	96	130	226	
de 12 a 17 anos	211	197	408	1,1
Amarela	0	1	1	
Branca	78	93	171	
Parda	51	39	90	
Preta	2	1	3	
Não informado	80	63	143	
de 18 a 25 anos	669	544	1213	3,4
Amarela	4		4	
Branca	237	214	451	
Parda	146	107	253	
Preta	10	11	21	
Não informado	272	212	484	
de 26 a 35 anos	1353	1121	2474	6,9
Amarela	3	5	8	
Branca	546	429	975	
Parda	189	211	400	
Preta	30	60	90	
Não informado	585	416	1001	

Faixa etária	Masc.	Fem.	Total	%
de 36 a 45 anos	1810	2207	4017	11,2
Amarela	5	10	15	
Branca	750	892	1642	
Parda	205	389	594	
Preta	63	74	137	
Não informado	787	842	1629	
de 46 a 55 anos	1842	2882	4724	13,2
Amarela	8	17	25	
Branca	835	1166	2001	
Parda	230	452	682	
Preta	66	83	149	
Não informado	703	1164	1867	
de 56 a 65 anos	2490	3717	6207	17,4
Amarela	18	21	39	
Branca	1122	1730	2852	
Indígena	0	1	1	
Parda	325	534	859	
Preta	88	112	200	
Não informado	937	1319	2256	
de 66 a 75 anos	2675	3668	6343	17,7
Amarela	19	43	62	
Branca	1270	1761	3031	
Parda	319	470	789	
Preta	92	111	203	
Não informado	975	1283	2258	
de 76 a 85 anos	2343	2487	4830	13,5
Amarela	17	28	45	
Branca	1192	1232	2424	
Indígena	0	1	1	
Parda	184	258	442	
Preta	41	61	102	
Não informado	909	907	1816	
mais de 85 anos	1304	977	2281	6,4
Amarela	11	16	27	
Branca	707	521	1228	
Parda	84	72	156	
Preta	19	11	30	
Não informado	483	357	840	
Total	16254	19497	35751	100,0

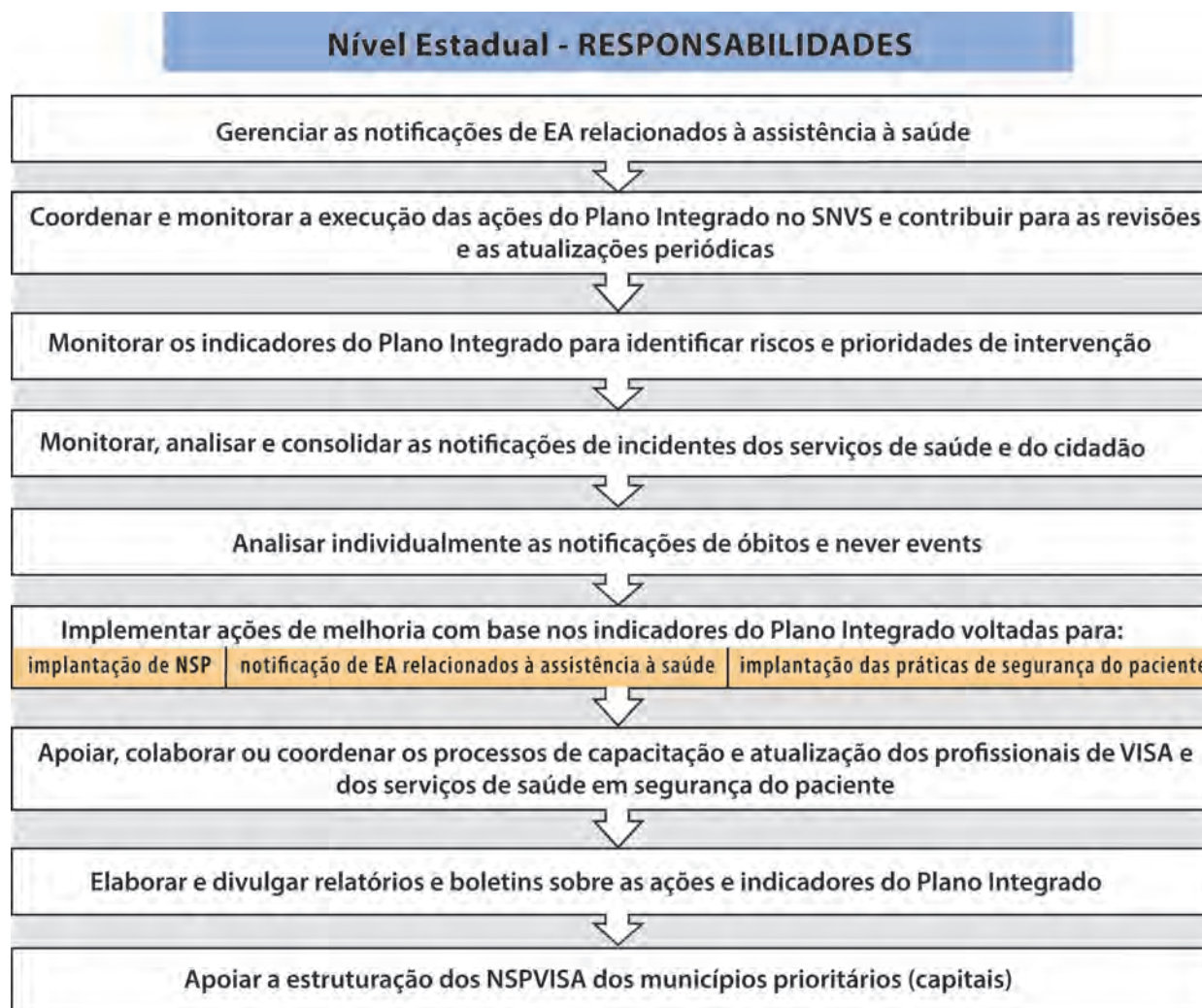
Nos quesitos sexo e faixa etária os resultados apresentam variação representativa em pontos percentuais de 22,0; 19,8 e 15,7 respectivamente nas faixas de 46-55; 56-65 e 66-75 anos, onde o sexo feminino se sobressai. O **Gráfico 19** ilustra esse comparativo.

Gráfico 19 - Comparativo dos 35751 incidentes e eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, conforme sexo e faixa etária. Ref.: 2021.



2. Características das Notificações de *Never Events* e Óbitos. Períodos: Jan a Dez/2021 e Jan a Mai/2022.

Salienta-se que cabe ao Nível Estadual dentre outras atribuições a priorização no monitoramento, investigação e avaliação individualizada de cada um dos *Never Events* (NE - composto por 21 situações consideradas catastróficas e que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde) e ainda, dos eventos adversos com resultados em óbito dentro dos serviços de saúde públicos ou privados do país²¹; motivo no qual se apresenta um detalhamento a seguir.



Fonte: ANVISA - Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025

Never Events ou Eventos Catastróficos

Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência no serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada no paciente
Retenção não intencional de corpo estranho no paciente após cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório em paciente ASA Classe 1
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda insubstituível e irrecuperável de amostra biológica
Administração errada de O ₂ ou outros gases medicinais
Contaminação durante administração de O ₂ ou outros gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões ou para pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência no serviço de saúde
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência no serviço de saúde
Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência no serviço de saúde
Lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual - tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

A **Tabela 11** apresenta o comportamento das notificações de eventos adversos considerados como *Never Events* - NE ao longo do período de janeiro/2019 a maio/2022 no estado de São Paulo.

Tabela 11 - Distribuição dos eventos adversos ligados à assistência à saúde a partir do levantamento por data do EA - NOTIVISA 2.0.

	2019	2020	2021	2022**
EA (exceto NE)	19072	17873	34919	16227
Never Events (NE)	343	485	832	243
Óbitos	128	166	345	113
Total*	19415	18358	35751	16470

* Somatório exclui os óbitos, visto que já constam nos EA/NE. ** Janeiro a maio/2022

Fonte: NOTIVISA 2.0

As lesões por pressão e as falhas durante procedimento cirúrgico foram as com maior percentual, conforme revelam as **Tabelas 12a e 12b** e os **Gráficos 20a e 20b**.

Tabela 12a - Distribuição dos NE Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme tipo e grau de dano. NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

EVENTO ADVERSO	GRAU DE DANO					Total	%
	Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Óbito		
Lesão por pressão	2	56	439	260	1	758	91,1
Falhas durante procedimento cirúrgico	1	2	29	11	9	52	6,3
Falhas no cuidado / proteção do paciente		1	1	1	5	8	1,0
Falhas na adm. de O2 ou gases medicinais	1		1	1		3	0,4
Falhas na assistência radiológica			2	1		3	0,4
Queimaduras				2	1	3	0,4
Acidentes do paciente					2	2	0,2
Falhas durante a assistência à saúde	1		1			2	0,2
Falhas envolvendo sondas			1			1	0,1
Total Geral	5	59	474	276	18	832	100,0

Tabela 12b - Distribuição dos NE Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme tipo e grau de dano. NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan-Mai/2022.

EVENTO ADVERSO	GRAU DE DANO					Total	%
	Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Óbito		
Lesão por pressão	1	19	141	58		219	90,1
Falhas durante procedimento cirúrgico	1	1	2	6	2	12	4,9
Falhas no cuidado / proteção do paciente			1	2	4	7	2,9
Falhas na assistência radiológica		1		2		3	1,2
Queimaduras			1			1	0,4
Acidentes do paciente					1	1	0,4
Total Geral	2	21	145	68	7	243	100

Gráfico 20a - Distribuição dos NE Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme grau de dano. NOTIVISA 2.0. Ref.: Ano 2021.

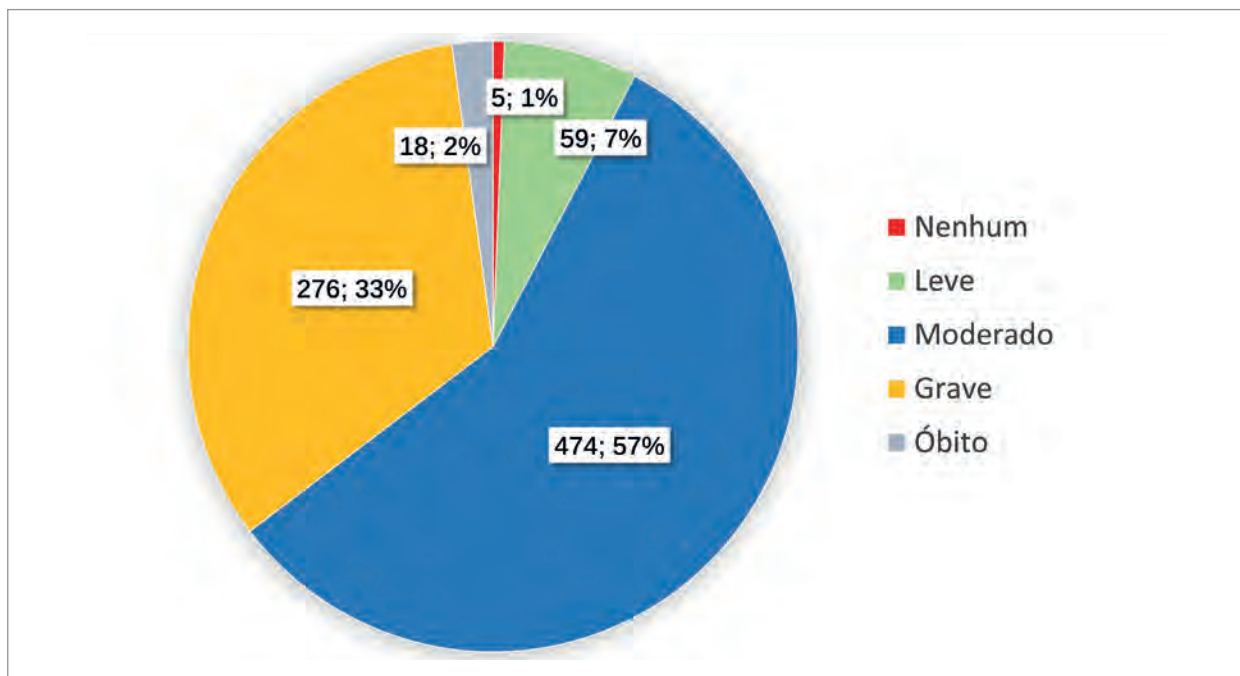
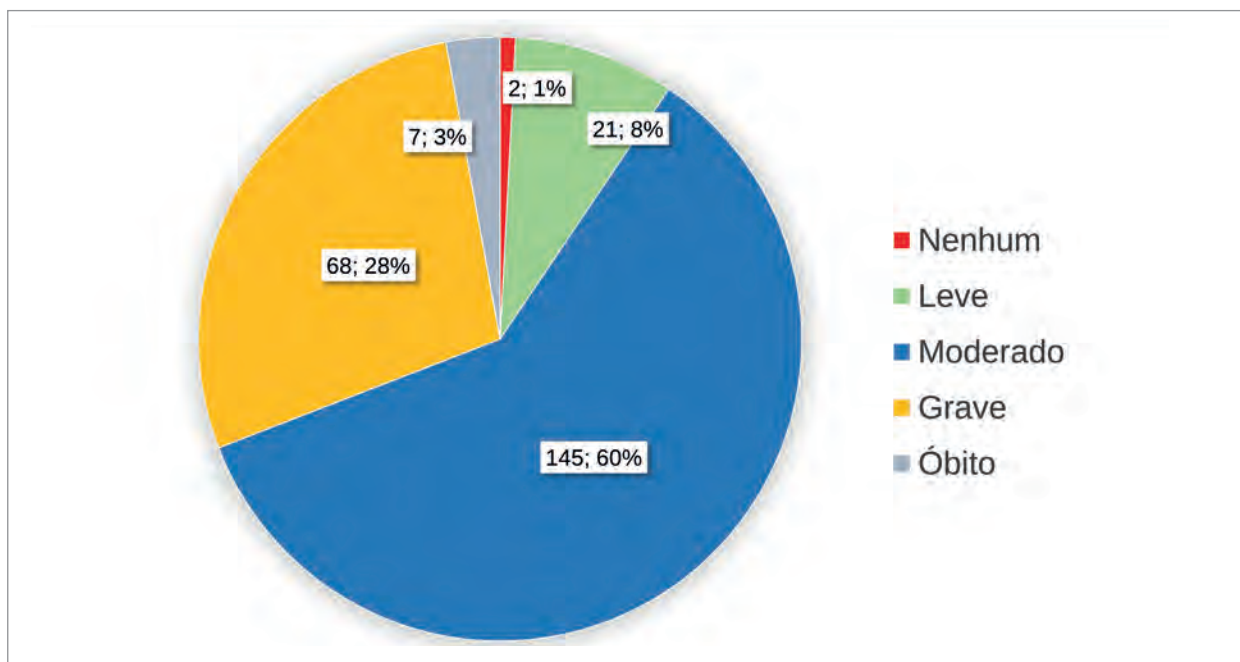


Gráfico 20b - Distribuição dos NE Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme grau de dano. NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan - Mai/2022.



Dentre as falhas durante procedimento cirúrgico notificadas como NE a retenção não intencional de corpo estranho e a cirurgia em local errado foram as mais frequentes, conforme mostram os **Gráficos 21a e 21b**.

Gráfico 21a - *Never Events* notificados por conta de falhas durante o procedimento cirúrgico. NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

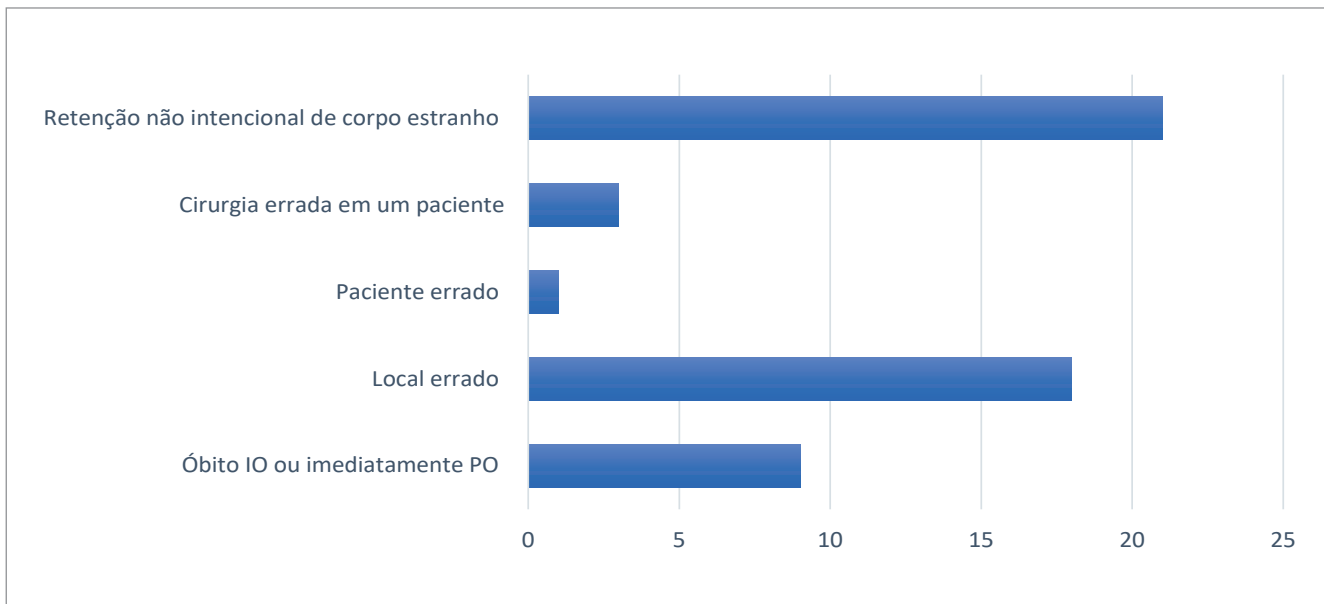
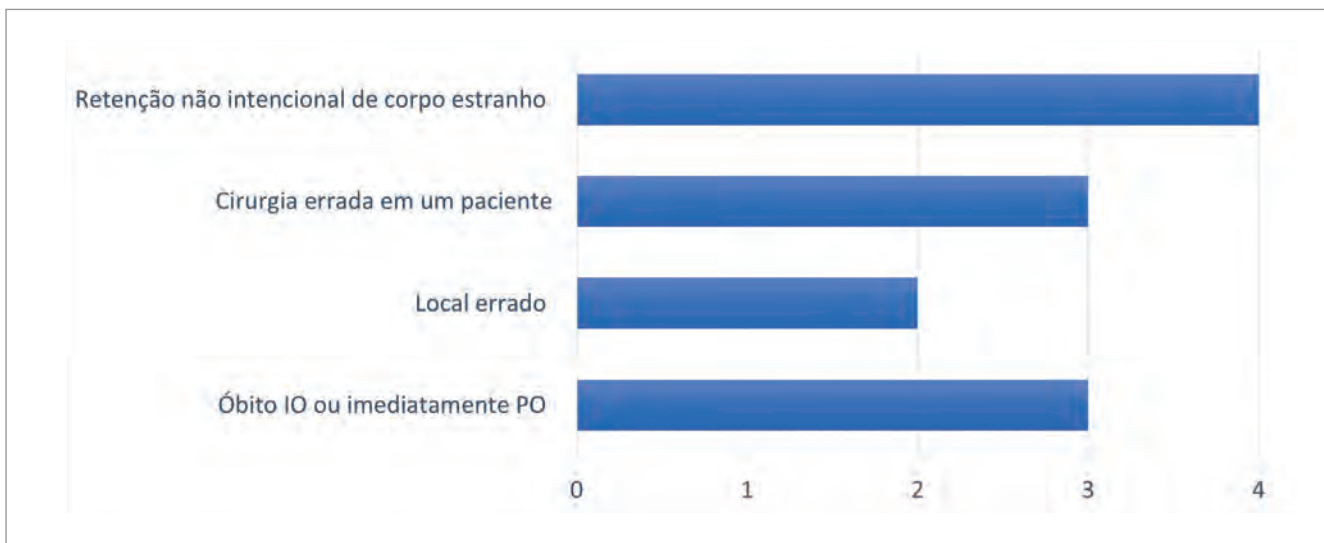


Gráfico 21b - *Never Events* notificados por conta de falhas durante o procedimento cirúrgico. NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan - Mai/2022.



Nas **Tabelas 13a e 13b** constam os dados referentes aos óbitos ocorridos conforme período estudado. Os resultados apontam não correlação do óbito com a presença de NE e sim por outro tipo de evento adverso.

Tabela 13a - Distribuição dos Óbitos Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme tipo de EA e sua associação com NE. Ref.: 2021.

Evento Adverso	Associação NE		F	F%
	SIM	NÃO		
Falhas durante a assistência à saúde		247	247	71,6
Broncoaspiração		35	35	10,1
Queda do paciente		11	11	3,2
Extubação endotraqueal acidental		7	7	2,0
Acidentes do paciente	2	5	7	2,0
Falhas envolvendo cateter venoso		5	5	1,4
Falhas envolvendo sondas		4	4	1,2
Tromboembolismo venoso (TEV)		4	4	1,2
Falhas durante procedimento cirúrgico	9	3	12	3,5
Evasão do paciente		2	2	0,6
Falhas nas atividades administrativas		2	2	0,6
Falhas na administração de dietas		1	1	0,3
Falhas na adm.de O2 ou gases medicinais		1	1	0,3
Falhas no cuidado / proteção do paciente	5		5	1,4
Queimaduras	1		1	0,3
Lesão por pressão	1		1	0,3
Total	18	327	345	100,0

Tabela 13b - Distribuição dos Óbitos Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme tipo de EA e sua associação com NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

Evento Adverso	Associação com NE		F	F%
	SIM	NÃO		
Falhas durante a assistência à saúde		62	62	54,9
Broncoaspiração		24	24	21,2
Acidentes do paciente	1	6	7	6,2
Falhas durante procedimento cirúrgico	2	4	6	5,3
Falhas no cuidado / proteção do paciente	4		4	3,5
Queda do paciente		4	4	3,5
Falhas envolvendo cateter venoso		3	3	2,7
Falhas na administração de dietas		1	1	0,9
Falhas nas atividades administrativas		1	1	0,9
Tromboembolismo venoso (TEV)		1	1	0,9
Total	7	106	113	100,0

Ao analisar os 11 eventos de queda do paciente associados ao óbito no ano 2021 percebe-se que 7(64%) deles foi de queda da própria altura no quarto, 2 (18%) por perda de equilíbrio e 2 (18%) por desmaio. O quarto foi o local de maior representação atingindo 8 casos (72%) e os demais 3(28%) no banheiro. O mesmo comportamento ocorre no período de janeiro a maio/2022, onde a queda da própria altura representou 67% (3) dos casos.

A entrega dos Planos de Ação dentro do prazo estabelecido e sua coerência atingiu a média de 50,4% (2021) e 60,5% (jan-mai/2022), os demais não tiveram sua entrega adequada, mesmo após orientações e cobranças por e-mail ou telefone, expressando uma necessidade permanente de apoio aos núcleos para sua elaboração. Os **Gráficos 22a e 22b** mostram a distribuição da entrega com a situação (*Never Events* e Óbitos)

Gráfico 22a - Entrega de Planos de Ação junto ao NOTIVISA 2.0 para tratativa e redução dos Never Events e Óbitos – Ref 2021.

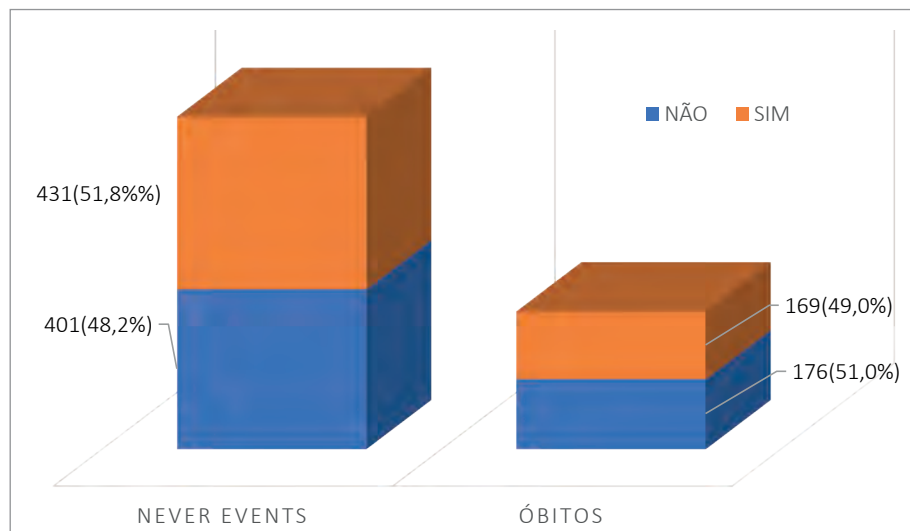
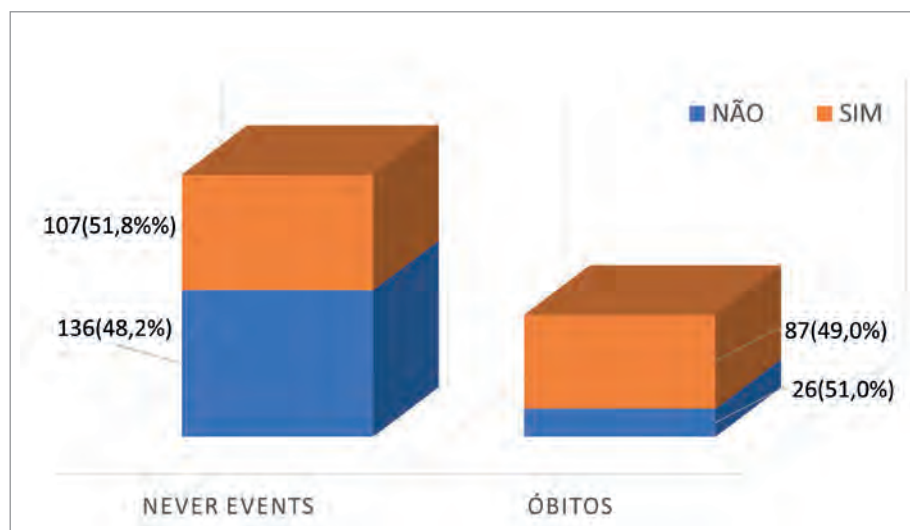


Gráfico 22b - Entrega de Planos de Ação junto ao NOTIVISA 2.0 para tratativa e redução dos Never Events e Óbitos – Ref.: Jan - Mai/2022.



A situação das notificações de *Never Events* e Óbitos no Sistema NOTIVISA do ano 2021 revela uma condição positiva em relação aos demais anos e aos dados nacionais, conforme a **Tabela 14a**.

Tabela 14a - Distribuição das notificações de *Never Events* e Óbitos no NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

Situação das Notificações no Sistema Notivisa	NE		ÓBITOS	
	F	F%	F	F%
Concluída	726	87,3	171	49,6
Em análise	74	8,9	164	47,5
Em retificação	28	3,4	9	2,6
Enviada	4	0,5	1	0,3
Total	832	100,0	345	100,0

Fonte: Notivisa. Janeiro/2022

A Tabela 14b revela a situação de análise do período de janeiro a maio/2022.

Tabela 14b - Distribuição das notificações de *Never Events* e Óbitos no NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan - Mai/2022.

Situação das Notificações no Sistema Notivisa	NE		ÓBITOS	
	F	F%	F	F%
Concluída	82	33,7	63	55,8
Em análise	51	21,0	25	22,1
Em retificação	1	0,4	5	4,4
Enviada	109	44,9	20	17,7
Total	243	100,0	113	100,0

Fonte: Notivisa. 30/06/2023

Os fatores contribuintes para ocorrência de evento adverso foram identificados em 68,2% (567) e 51,9% (126) das notificações dos *never events* no ano de 2021 e no período de janeiro a maio de 2022, respectivamente. (Gráficos 23a e 23b).

Gráfico 23a - Distribuição das notificações de NE conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: 2021.

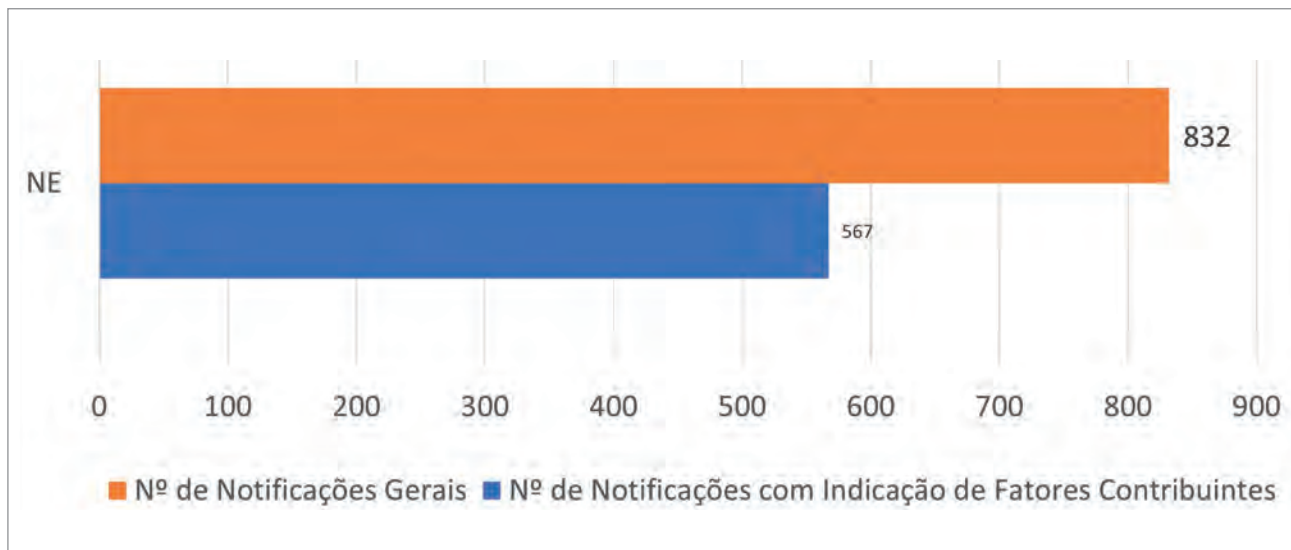
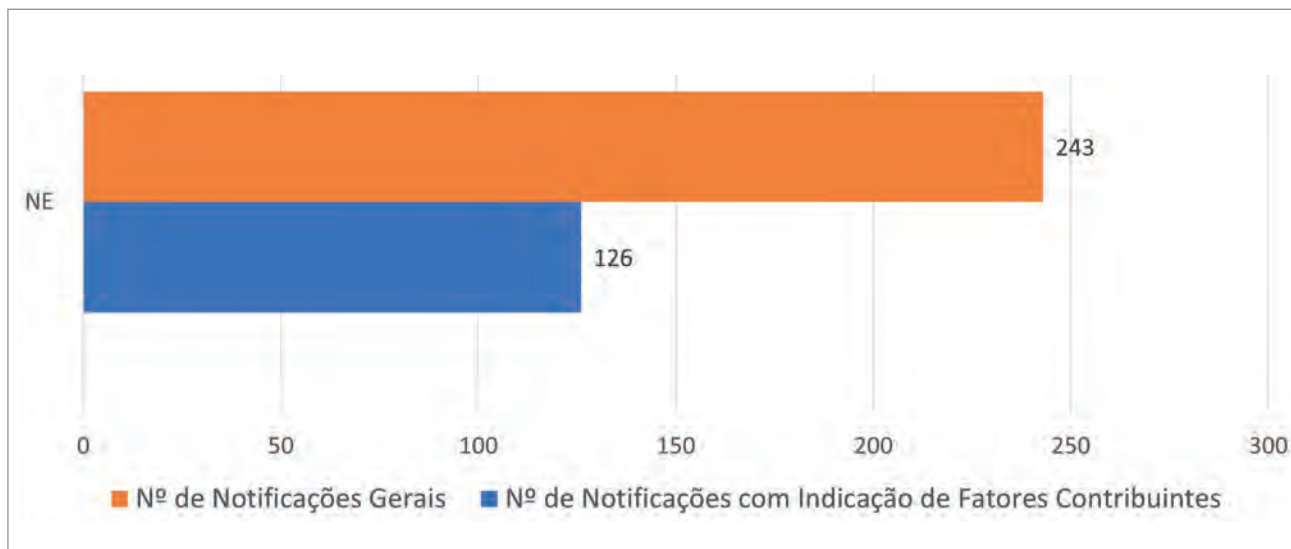
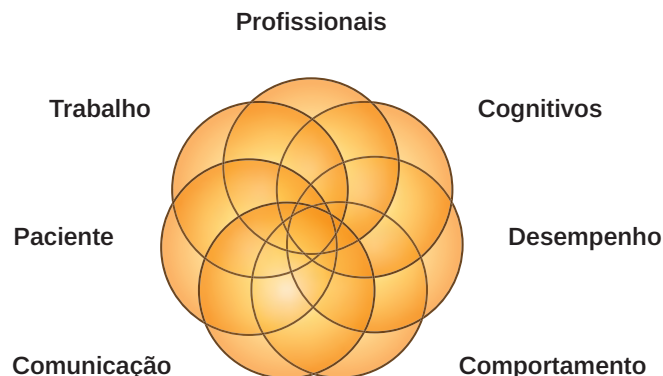


Gráfico 23b - Distribuição das notificações de NE conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: Jan - Mai/2022.



Os grupos de fatores contribuintes são de 8 tipos, onde cada tipo possui mais de um subtipo:

1. Fatores profissionais (12 subtipos)
2. Fatores cognitivos (7 subtipos)
3. Fatores de desempenho (4 subtipos)
4. Fatores de comportamento (10 subtipos)
5. Fatores de comunicação (7 subtipos)
6. Fatores do paciente (12 subtipos)
7. Fatores de trabalho (3 subtipos)
8. Fatores organizacionais (3 subtipos)



Uma mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores em grupos diferentes e, no mesmo grupo, por subtipos distintos, motivo no qual os resultados são apresentados por tipo de grupo para facilitar o entendimento (**Tabelas 15a e 15b**). Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados.

Tabela 15a - Distribuição dos fatores contribuintes na ocorrência do evento adverso conforme tipo nas 567 notificações de NE identificadas. Ref.: 2021.

Fatores Contribuintes ao Evento Adverso	Identificação	
	F	F%
Fatores Profissionais	805	25,1
Fatores Cognitivos	405	12,7
Fatores de Desempenho	189	5,9
Fatores de Comportamento	462	14,4
Fatores de Comunicação	326	10,2
Fatores do Paciente	676	21,1
Fatores de Trabalho	106	3,3
Fatores Organizacionais	232	7,2
Total de Fatores Identificados	3201	100,0

Tabela 15b - Distribuição dos fatores contribuintes na ocorrência do evento adverso conforme tipo nas 126 notificações de NE identificadas. Ref.: Jan - Mai/2022.

Fatores Contribuintes ao Evento Adverso	Identificação	
	F	F%
Fatores Profissionais	155	22,6
Fatores Cognitivos	97	14,1
Fatores de Desempenho	35	5,1
Fatores de Comportamento	85	12,4
Fatores de Comunicação	77	11,2
Fatores do Paciente	146	21,3
Fatores de Trabalho	26	3,8
Fatores Organizacionais	65	9,5
Total de Fatores Identificados	686	100,0

A seguir constam os dados diante da identificação de cada um dos subtipos referentes aos *never events* conforme períodos estudados (Tabelas 16a e 16b a 23a e 23b; Gráficos 24a e 24b a 32a e 32b).

Tabela 16a - Distribuição dos fatores contribuintes conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

I - Fatores Profissionais	Identificação	
	F	F%
1. Descuido / distração / omissão	34	21,9
2. Descumprimento de normas	39	25,2
3. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	20	12,9
4. Problema/ evento adverso na execução do trabalho	11	7,1
5. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	22	14,2
6. Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	4	2,6
7. Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	12	7,7
8. Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	10	6,5
9. Comportamento arriscado / imprudente	2	1,3
10. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	1	0,6
11. Problemas com uso e abuso de substâncias	0	0,0
12. Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
Total	155	100,0

Gráfico 24a - Fatores Profissionais e seus Subtipos. Ref.: 2021.

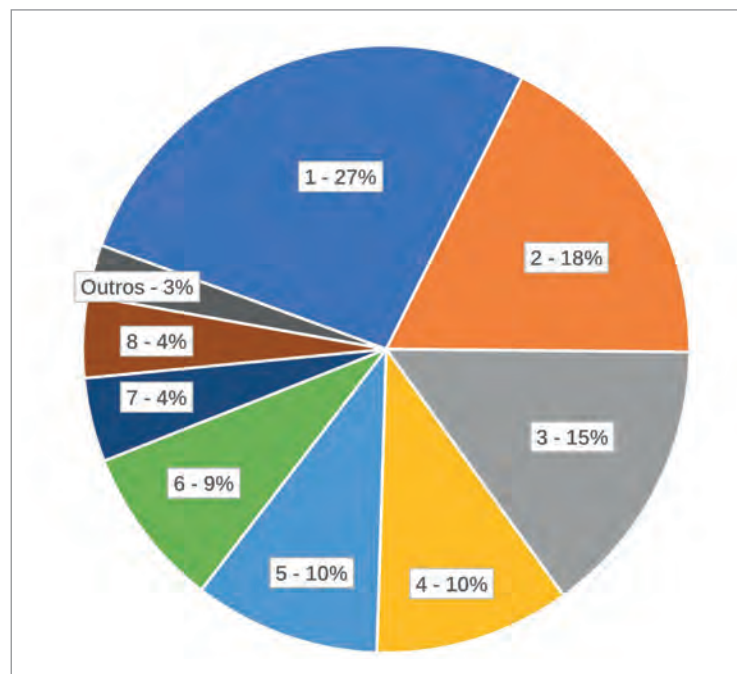


Tabela 16b - Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

I - Fatores Profissionais	Identificação	
	F	F%
1. Descuido / distração / omissão	34	21,9
2. Descumprimento de normas	39	25,2
3. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	20	12,9
4. Problema/ evento adverso na execução do trabalho	11	7,1
5. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	22	14,2
6. Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	4	2,6
7. Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	12	7,7
8. Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	10	6,5
9. Comportamento arriscado / imprudente	2	1,3
10. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	1	0,6
11. Problemas com uso e abuso de substâncias	0	0,0
12. Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
Total	155	100,0

Gráfico 24b - Fatores Profissionais e seus Subtipos. Ref.: Jan - Mai/2022.

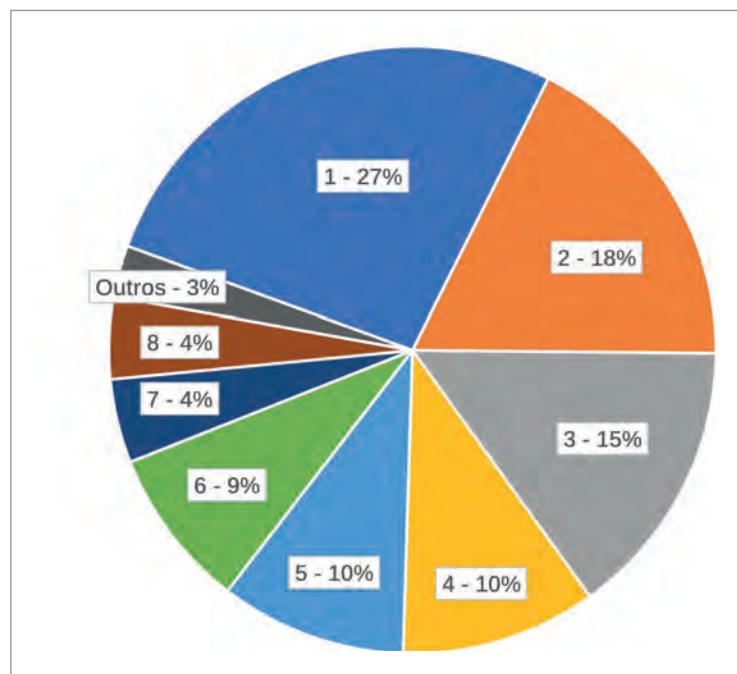


Tabela 17a - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

II- Fatores Cognitivos	Identificação	
	F	F%
1. Percepção / compreensão	349	86,2
2. Efeitos de Halo	15	3,7
3. Resolução de problemas baseada em conhecimento	14	3,5
4. Correlação ilusória	9	2,2
5. Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	7	1,7
6. Problemas de complexidade	7	1,7
7. Problemas de causalidade	4	1,0
Total	405	100,0

Gráfico 25a - Fatores Cognitivos e seus Subtipos. Ref.: 2021.

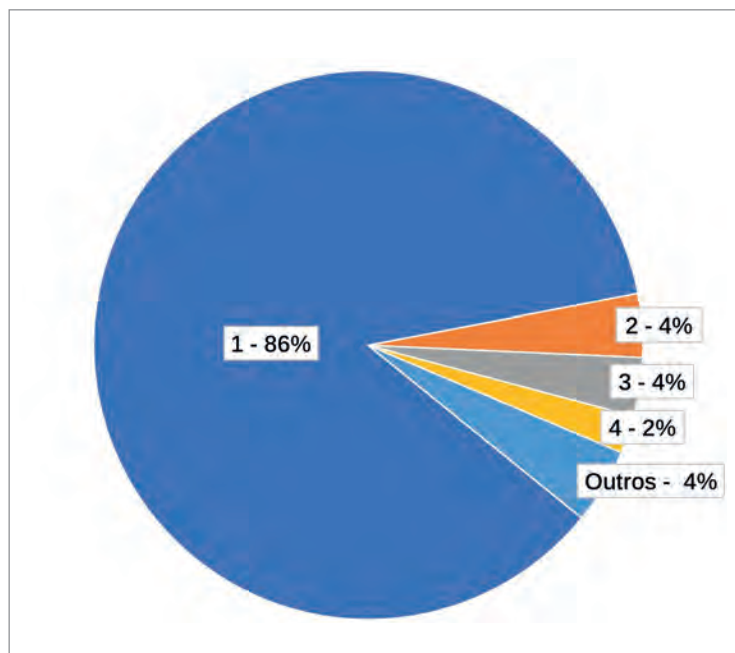


Tabela 17b - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

II- Fatores Cognitivos	Identificação	
	F	F%
1. Percepção / compreensão	78	80,4
2. Efeitos de Halo	2	2,1
3. Resolução de problemas baseada em conhecimento	7	7,2
4. Correlação ilusória	3	3,1
5. Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	5	5,2
6. Problemas de complexidade	2	2,1
7. Problemas de causalidade	0	0,0
Total	97	100,0

Gráfico 25b - Fatores Cognitivos e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

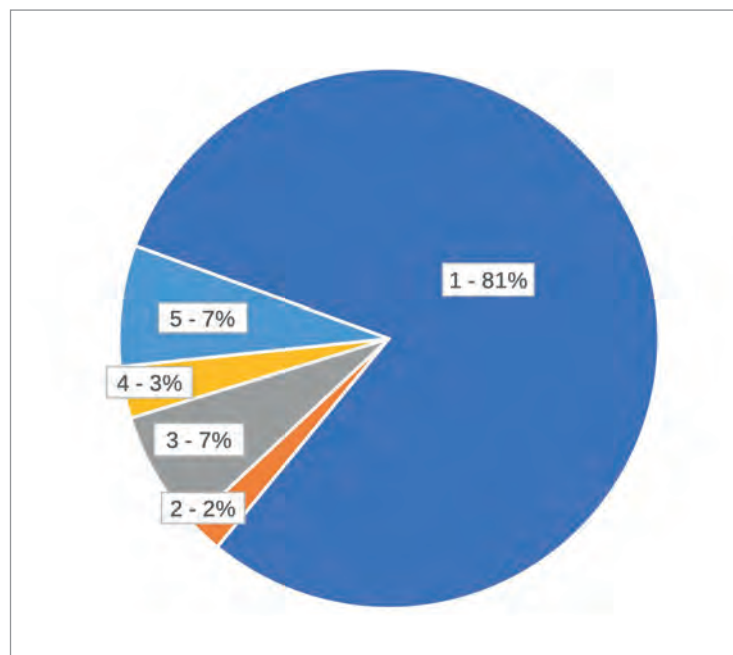


Tabela 18a - Distribuição dos fatores de desempenho conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

III- Fatores de Desempenho	Identificação	
	F	F%
1. Seletividade	90	47,6
2. Baseado na aptidão física	62	32,8
3. Baseado em regras	22	11,6
4. Parcialidade	15	7,9
Total	189	100,0

Gráfico 26a - Fatores de Desempenho e seus Subtipos. Ref.: 2021.

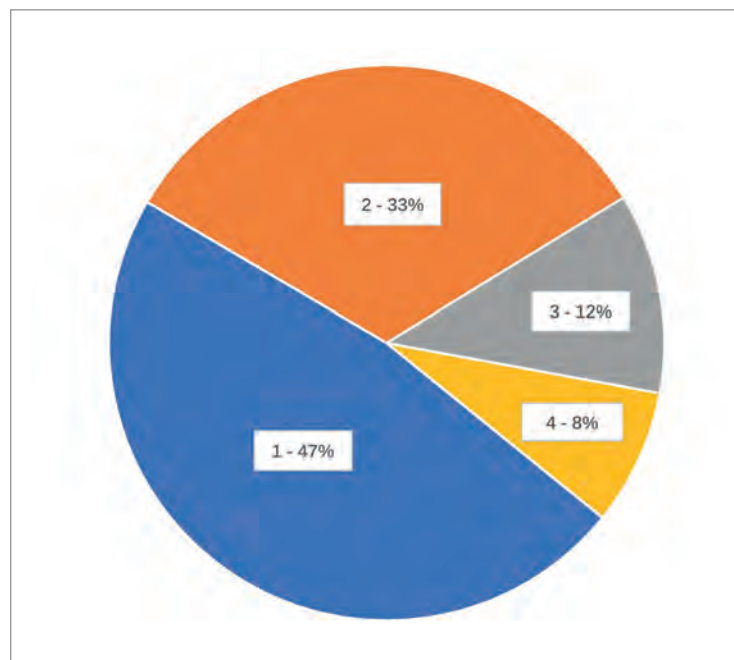


Tabela 18b - Distribuição dos fatores de desempenho conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

III- Fatores de Desempenho	Identificação	
	F	F%
1. Seletividade	9	25,7
2. Baseado na aptidão física	12	34,3
3. Baseado em regras	11	31,4
4. Parcialidade	3	8,6
Total	35	100,0

Gráfico 26b - Fatores de Desempenho e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

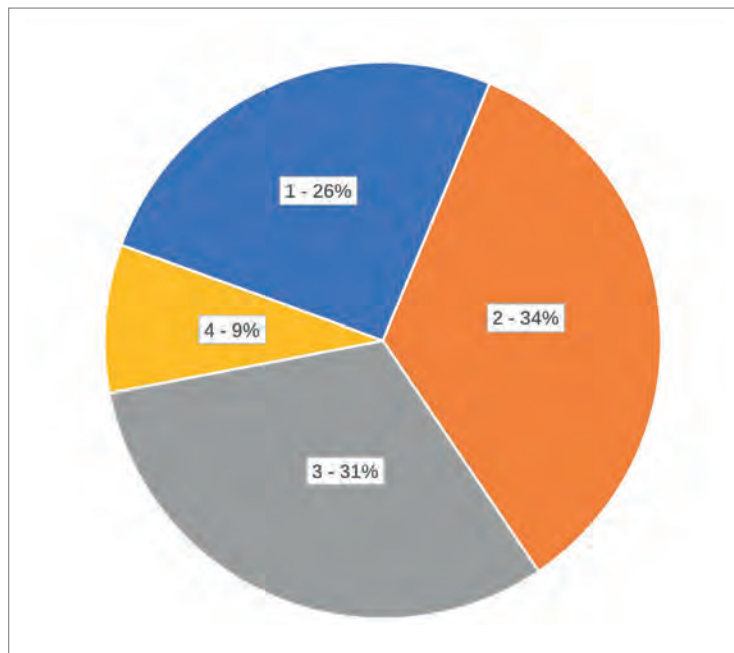


Tabela 19a - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

IV - Fatores de Comportamento	Identificação	
	F	F%
1. Não cumprimento de normas/protocolos	211	45,7
2. Comportamento de risco	78	16,9
3. Fadiga / exaustão	66	14,3
4. Problemas de atenção	56	12,1
5. Excesso de confiança	18	3,9
6. Fatores emocionais	12	2,6
7. Comportamento negligente	11	2,4
8. Infrações sistemáticas	6	1,3
9. Problemas com uso / abuso de substâncias	4	0,9
10. Ato de sabotagem / criminal	0	0,0
Total	462	100,0

Gráfico 27a - Fatores de Comportamento e seus Subtipos. Ref.: 2021.

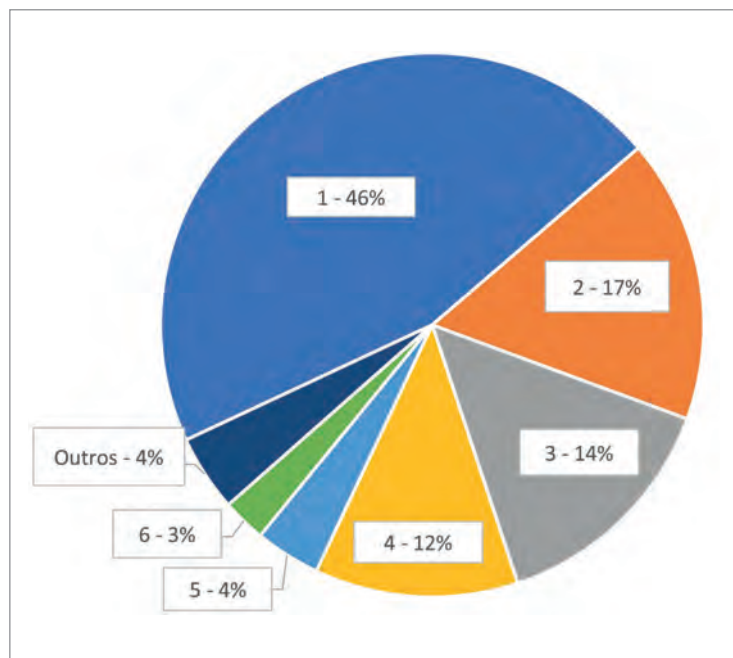


Tabela 19b - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

IV - Fatores de Comportamento	Identificação	
	F	F%
1. Não cumprimento de normas/protocolos	46	54,1
2. Comportamento de risco	12	14,1
3. Fadiga / exaustão	3	3,5
4. Problemas de atenção	12	14,1
5. Excesso de confiança	5	5,9
6. Fatores emocionais	3	3,5
7. Comportamento negligente	3	3,5
8. Infrações sistemáticas	0	0,0
9. Problemas com uso / abuso de substâncias	1	1,2
10. Ato de sabotagem / criminal	0	0,0
Total	85	100,0

Gráfico 27b - Fatores de Comportamento e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

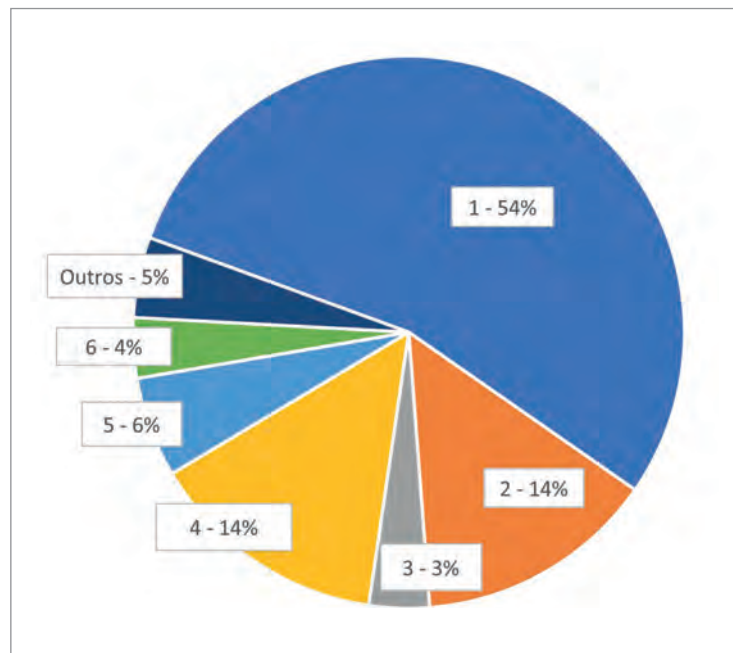


Tabela 20a - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

V - Fatores de Comunicação	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	120	36,8
2. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	80	24,5
3. Método de comunicação	60	18,4
4. Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	35	10,7
5. Dificuldades linguísticas	17	5,2
6. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	8	2,5
7. Literacia em saúde	6	1,8
Total	85	100,0

Gráfico 28a - Fatores de Comunicação e seus Subtipos. Ref.: 2021.

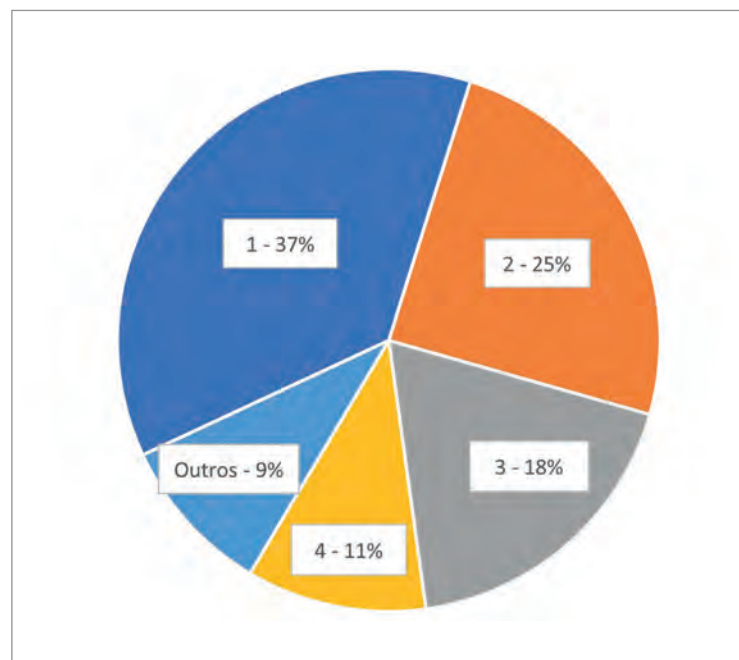


Tabela 20b - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

V - Fatores de Comunicação	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	22	28,6
2. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	20	26,0
3. Método de comunicação	15	19,5
4. Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	10	13,0
5. Dificuldades linguísticas	6	7,8
6. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	1	1,3
7. Literacia em saúde	3	3,9
Total	77	100,0

Gráfico 28b - Fatores de comunicação e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

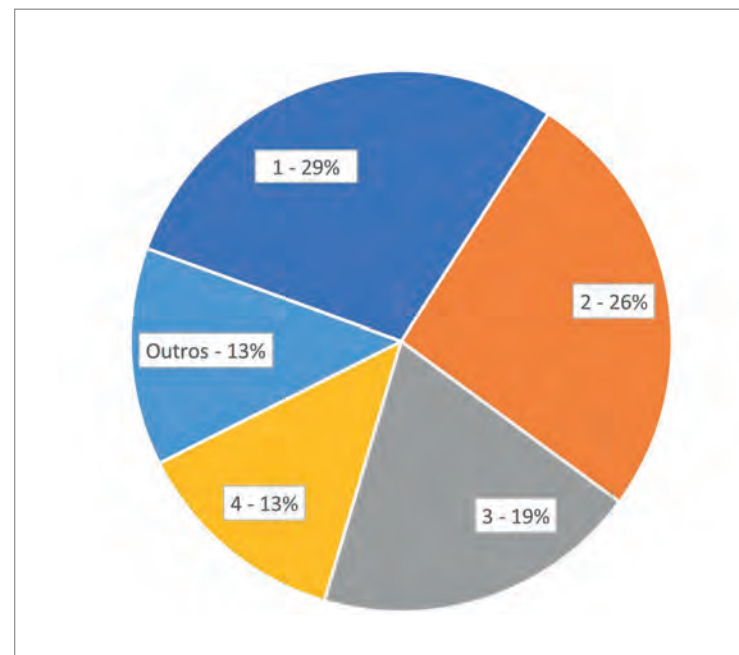


Tabela 21a - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

VI - Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
1. Percepção e Compreensão	349	51,6
2. Comportamento de risco	78	11,5
3. Fadiga/Exaustão	66	9,8
4. Problemas de atenção	56	8,3
5. Problemas de compreensão das orientações de saúde	36	5,3
6. Não cumprimento de orientações	29	4,3
7. Excesso de Confiança	18	2,7
8. Dificuldades Linguísticas	17	2,5
9. Fatores emocionais	12	1,8
10. Comportamento negligente	11	1,6
11. Problemas com uso/abuso de substâncias	4	0,6
12. Ato de sabotagem	0	0,0
Total	676	100,0

Gráfico 29a - Fatores do Paciente e seus Subtipos. Ref.: 2021.

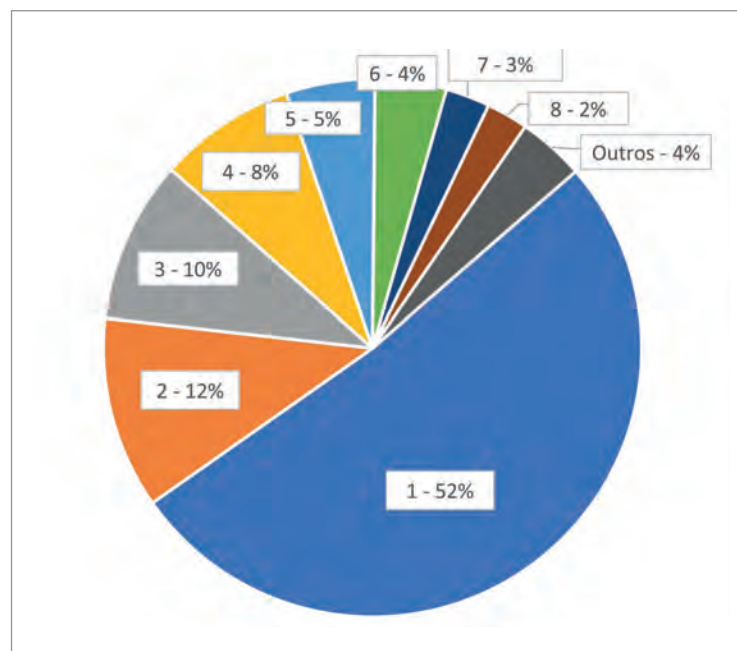


Tabela 21b - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan-Mai/2022.

VI- Fatores de Paciente	Identificação	
	F	F%
1. Percepção e Compreensão	78	53,4
2. Comportamento de risco	12	8,2
3. Fadiga/Exaustão	3	2,1
4. Problemas de atenção	12	8,2
5. Problemas de compreensão das orientações de saúde	16	11,0
6. Não cumprimento de orientações	7	4,8
7. Excesso de Confiança	5	3,4
8. Dificuldades Linguísticas	6	4,1
9. Fatores emocionais	3	2,1
10. Comportamento negligente	3	2,1
11. Problemas com uso/abuso de substâncias	1	0,7
12. Ato de sabotagem	0	0,0
Total	146	100,0

Gráfico 29b - Fatores do Paciente e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

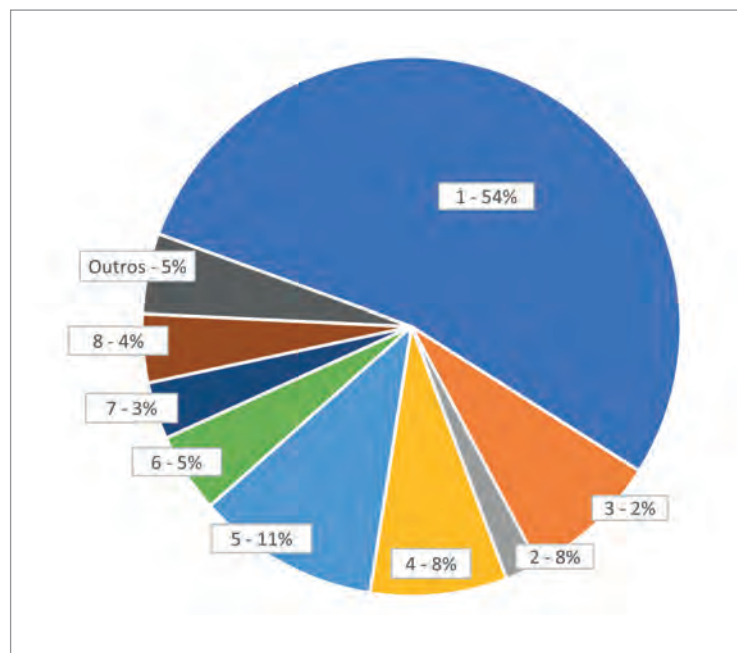


Tabela 22a - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

VII - Fatores do Trabalho	Identificação	
	F	F%
1. Infraestrutura / ambiente físico	63	59,4
2. Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	42	39,6
3. Afastado ou a longa distância do serviço	1	0,9
Total	106	100,0

Gráfico 30a - Fatores de Trabalho e seus Subtipos. Ref.: 2021.

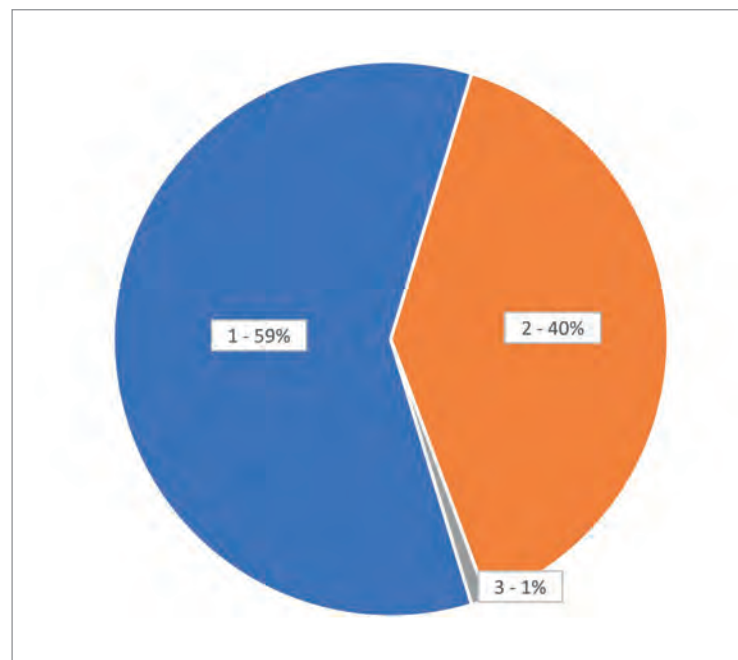


Tabela 22b - Distribuição dos fatores do trabalho conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

VII - Fatores do Trabalho	Identificação	
	F	F%
1. Infraestrutura / ambiente físico	11	42,3
2. Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	15	57,7
3. Afastado ou a longa distância do serviço	0	0,0
Total	26	100,0

Gráfico 30b - Fatores do trabalho e seus subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

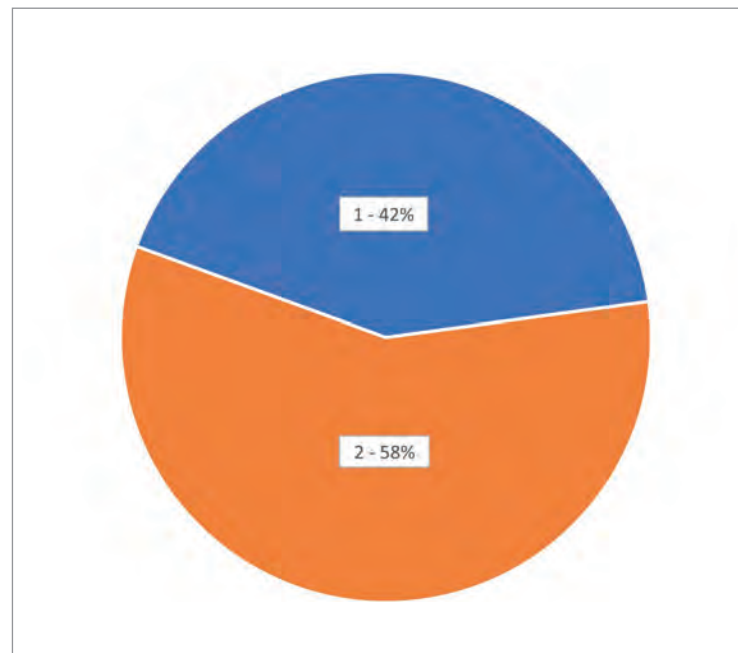


Tabela 23a - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

VIII- Fatores Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1. Protocolos / políticas / procedimentos / processos	158	68,1
2. Organização das equipes	58	25,0
3. Decisões organizacionais / cultura	16	6,9
Total	232	100,0

Gráfico 31a - Fatores de Organizacionais e seus Subtipos. Ref.: 2021.

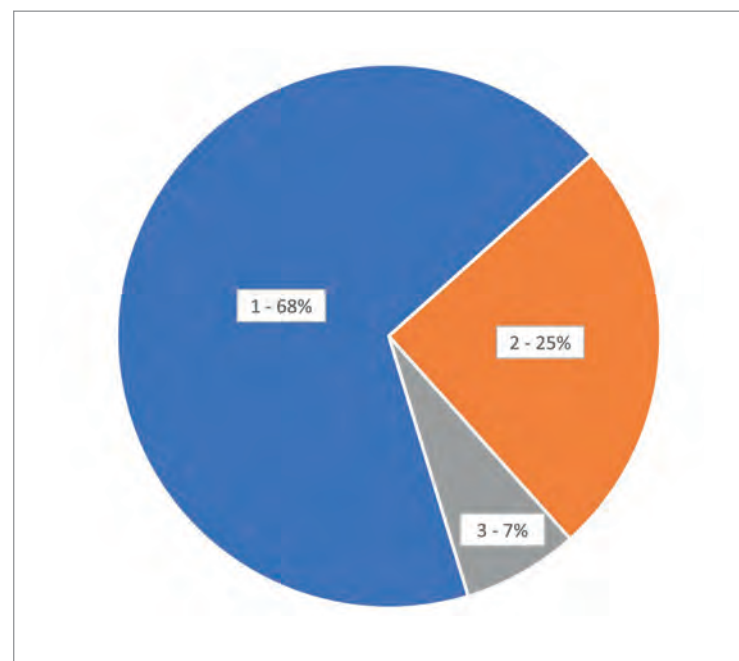
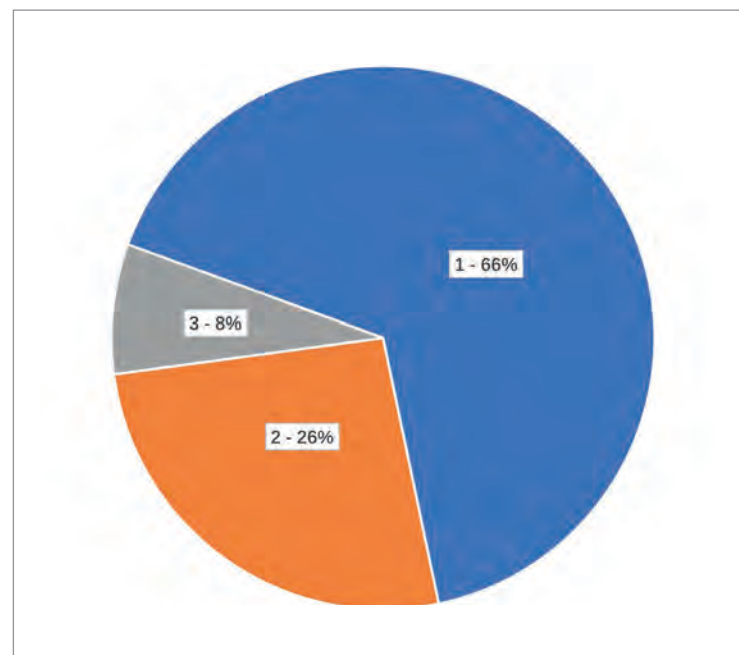


Tabela 23b - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

VIII- Fatores Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1. Protocolos / políticas / procedimentos / processos	43	66,2
2. Organização das equipes	17	26,2
3. Decisões organizacionais / cultura	5	7,7
Total	65	100,0

Gráfico 31b - Fatores de Organizacionais e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.



Ao analisar todos os fatores contribuintes pode-se afirmar que a percepção e compreensão tanto dos profissionais como do próprio paciente foram os mais representativos, seguidos do descuido, distração e omissão e ainda, descumprimento dos protocolos e normas existentes, o que engloba políticas, procedimentos e processos de trabalho. Defende-se que a utilização de uma abordagem sistemática e estruturada para análise de incidentes como os *never events* sejam imperativos, pois se sabe como tal estratégia ajuda na investigação abrangente e beneficia os profissionais envolvidos, promovendo um clima de abertura para se aprender e evitar novos eventos adversos.

A mesma tratativa diante dos dados foi feita em relação aos eventos adversos que geraram óbitos. Os resultados diante da identificação dos fatores contribuintes são apresentados por grupo (**Tabelas 24a e 24b**). Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados.

Tabela 24a - Distribuição dos fatores contribuintes na ocorrência do evento adverso conforme tipo nas 234 notificações de óbitos identificadas. Ref.: 2021.

Fatores Contribuintes ao Evento Adverso	ÓBITOS	
	F	F%
Fatores Profissionais	584	26,8
Fatores Cognitivos	211	9,7
Fatores de Desempenho	116	5,3
Fatores de Comportamento	183	8,4
Fatores de Comunicação	339	15,5
Fatores do Paciente	443	20,3
Fatores de Trabalho	56	2,6
Fatores Organizacionais	249	11,4
Total	2181	100,0

Tabela 24b - Distribuição dos fatores contribuintes na ocorrência do evento adverso conforme tipo nas 108 notificações de óbitos identificadas. Ref.: Jan - Mai/2022.

Fatores Contribuintes ao Evento Adverso	ÓBITOS	
	F	F%
Fatores Profissionais	170	24,2
Fatores Cognitivos	72	10,3
Fatores de Desempenho	36	5,1
Fatores de Comportamento	94	13,4
Fatores de Comunicação	105	15,0
Fatores do Paciente	117	16,7
Fatores de Trabalho	23	3,3
Fatores Organizacionais	85	12,1
Total	2181	100,0

Nos óbitos os fatores contribuintes foram identificados em 89,8% (296) e 95,6% (108) das notificações nos períodos: ano de 2021 e janeiro a maio de 2022, respectivamente. (Gráficos 32a e 32b).

Gráfico 32a - Distribuição das notificações de óbitos conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: 2021.

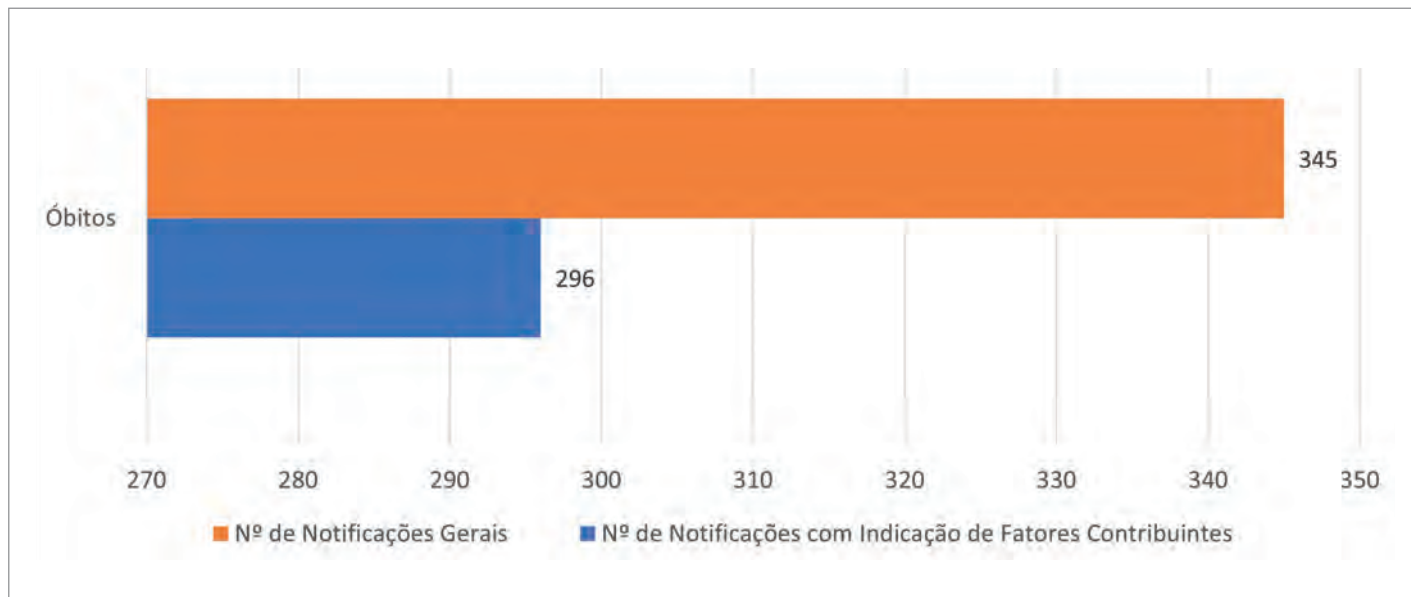
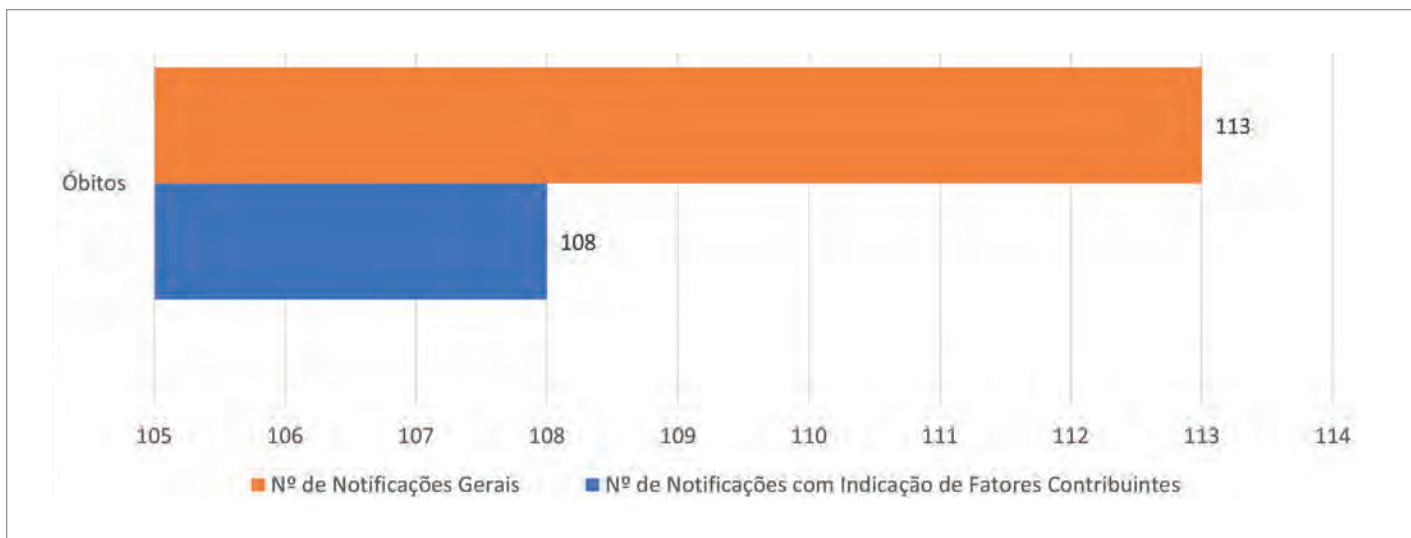


Gráfico 32b - Distribuição das notificações de óbitos conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: Jan - Mai/2022.



A seguir constam os dados conforme a identificação de cada um dos subtipos referentes aos óbitos nos períodos estudados (Tabelas 25a e 25b a 32 e 32b; Gráficos 33a e 33b a 40a e 40b).

Tabela 25a - Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

I - Fatores Profissionais	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	105	17,9
2. Problema/ evento adverso na execução do trabalho	89	15,2
3. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	89	15,2
4. Descumprimento de normas	83	14,2
5. Descuido / distração / omissão	72	12,3
6. Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	45	7,7
7. Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	32	5,5
8. Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	31	5,3
9. Comportamento arriscado / imprudente	31	5,3
10. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	6	1,0
11. Problemas com uso e abuso de substâncias	3	0,5
12. Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
Total	586	100,0

Gráfico 33a - Fatores Profissionais e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

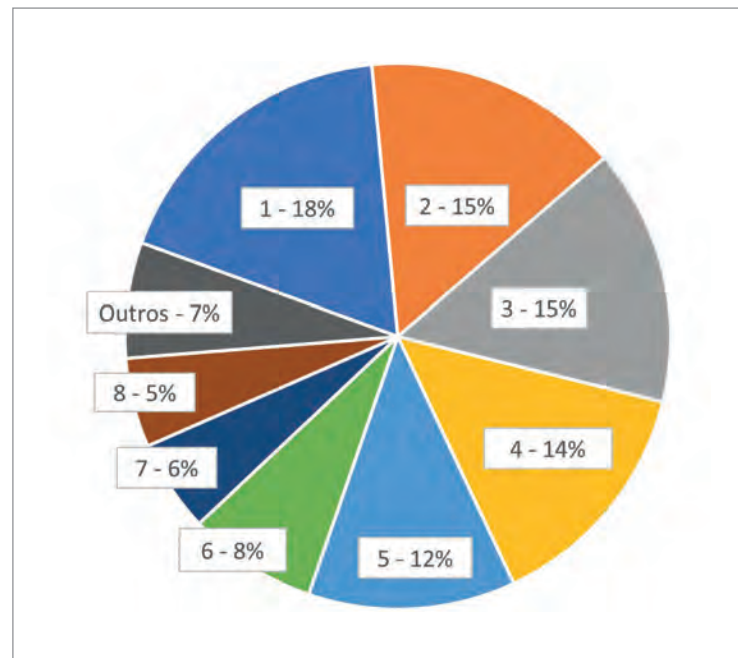


Tabela 25b - Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

I - Fatores Profissionais	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	33	19,4
2. Problema/ evento adverso na execução do trabalho	4	2,4
3. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	24	14,1
4. Descumprimento de normas	31	18,2
5. Descuido / distração / omissão	35	20,6
6. Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	12	7,1
7. Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	9	5,3
8. Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	6	3,5
9. Comportamento arriscado / imprudente	13	7,6
10. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	3	1,8
11. Problemas com uso e abuso de substâncias	0	0,0
12. Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
Total	170	100,0

Gráfico 33b - Fatores Profissionais e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

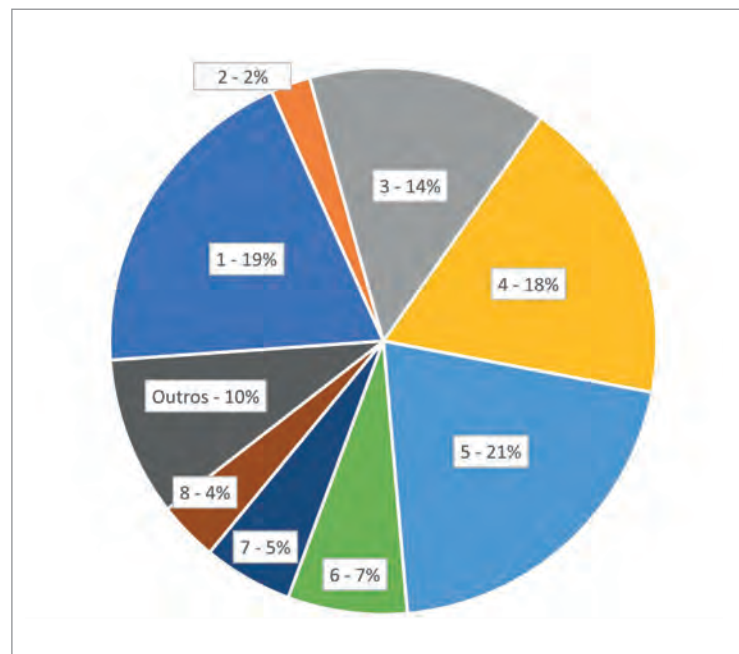


Tabela 26a - Distribuição dos fatores cognitivos, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

II- Fatores Cognitivos	Identificação	
	F	F%
1. Percepção / compreensão	104	49,3
2. Efeitos de Halo	36	17,1
3. Resolução de problemas baseada em conhecimento	28	13,3
4. Correlação ilusória	16	7,6
5. Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	16	7,6
6. Problemas de complexidade	9	4,3
7. Problemas de causalidade	2	0,9
Total	211	100,0

Gráfico 34a - Fatores Cognitivos e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

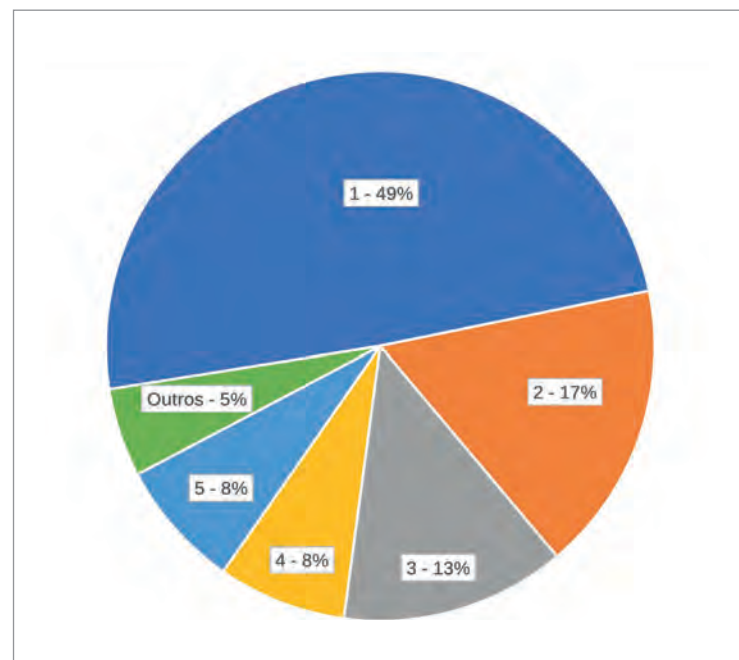


Tabela 26b - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

II- Fatores Cognitivos	Identificação	
	F	F%
1. Percepção / compreensão	41	56,9
2. Efeitos de Halo	9	12,5
3. Resolução de problemas baseada em conhecimento	9	12,5
4. Correlação ilusória	2	2,8
5. Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	7	9,7
6. Problemas de complexidade	4	5,6
7. Problemas de causalidade	0	0,0
Total	72	100,0

Gráfico 34b - Fatores cognitivos e seus subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

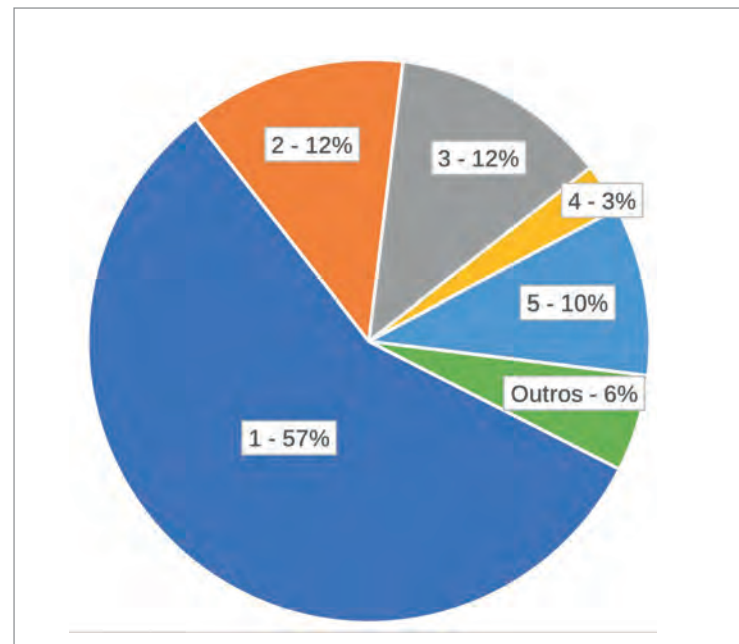


Tabela 27a - Distribuição dos fatores de desempenho, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

III- Fatores de Desempenho	Identificação	
	F	F%
1. Baseado na aptidão física	59	50,9
2. Baseado em regras	24	20,7
3. Parcialidade	18	15,5
4. Seletividade	15	12,9
Total	116	100,0

Gráfico 35a - Fatores Cognitivos e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

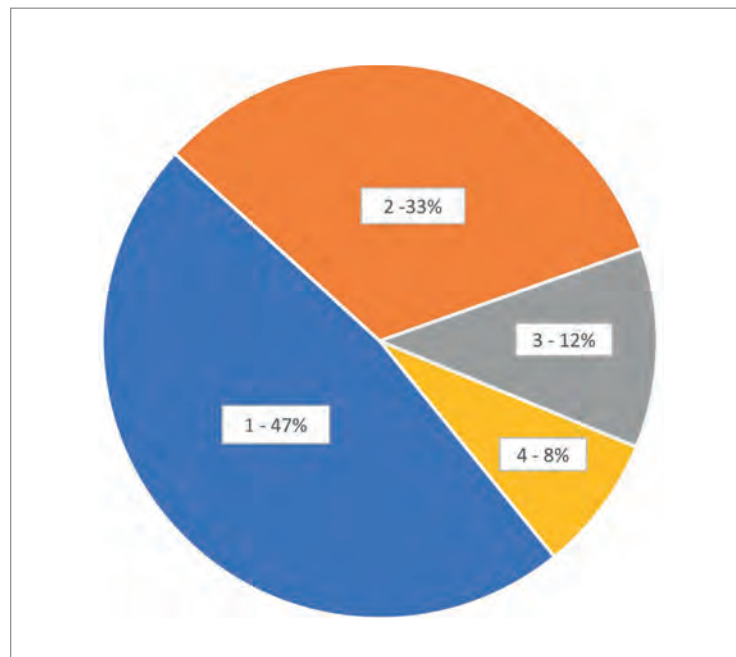


Tabela 27b - Distribuição dos fatores de desempenho cognitivos conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

II - Fatores Cognitivos	Identificação	
	F	F%
1. Baseado na aptidão física	23	60,5
2. Baseado em regras	8	21,1
3. Parcialidade	3	7,9
4. Seletividade	4	10,5
Total	38	100,0

Gráfico 35b - Fatores de desempenho e seus subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

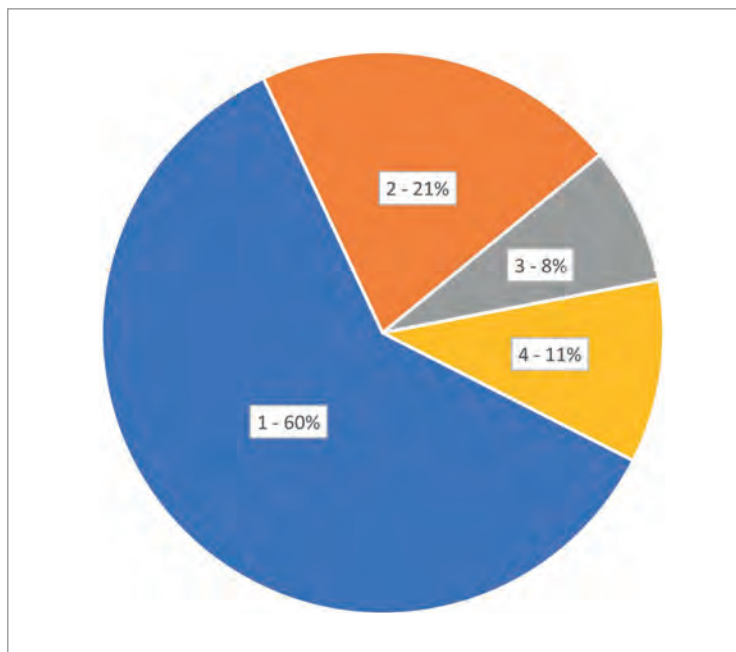


Tabela 28a - Distribuição dos fatores de comportamento, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

IV - Fatores de Comportamento	Identificação	
	F	F%
1. Comportamento de risco	57	31,1
2. Excesso de confiança	31	16,9
3. Problemas de atenção	25	13,7
4. Não cumprimento de normas/protocolos	20	10,9
5. Comportamento negligente	19	10,4
6. Fadiga / exaustão	18	9,8
7. Problemas com uso / abuso de substâncias	7	3,8
8. Infrações sistemáticas	5	2,7
9. Ato de sabotagem / criminal	1	0,5
10. Fatores emocionais	0	0,0
Total	183	100,0

Gráfico 36a - Fatores de comportamento e seus subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

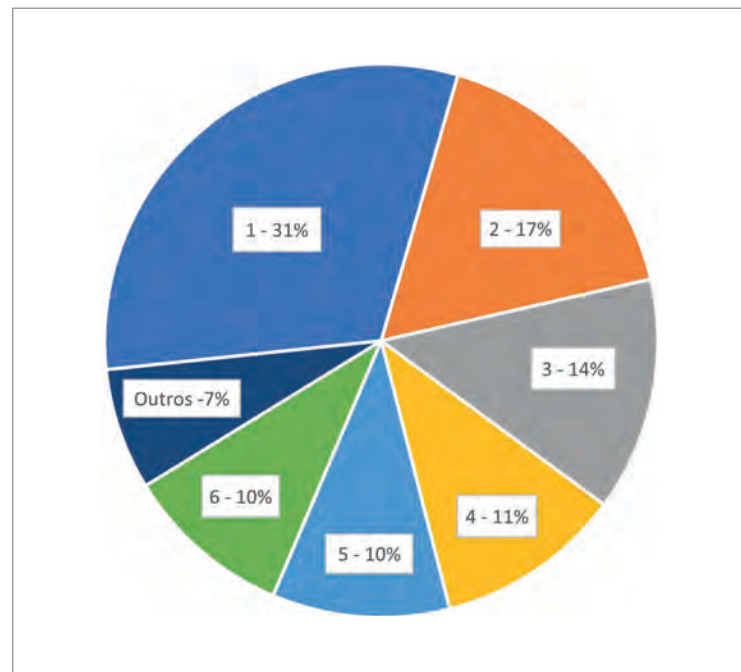


Tabela 28b - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

IV - Fatores de Comportamento	Identificação	
	F	F%
1. Comportamento de risco	15	16,0
2. Excesso de confiança	12	12,8
3. Problemas de atenção	10	10,6
4. Não cumprimento de normas/protocolos	42	44,7
5. Comportamento negligente	5	5,3
6. Fadiga / exaustão	2	2,1
7. Problemas com uso / abuso de substâncias	0	0,0
8. Infrações sistemáticas	1	1,1
9. Ato de sabotagem / criminal	0	0,0
10. Fatores emocionais	7	7,4
Total	94	100,0

Gráfico 36b - Fatores de comportamento e seus subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

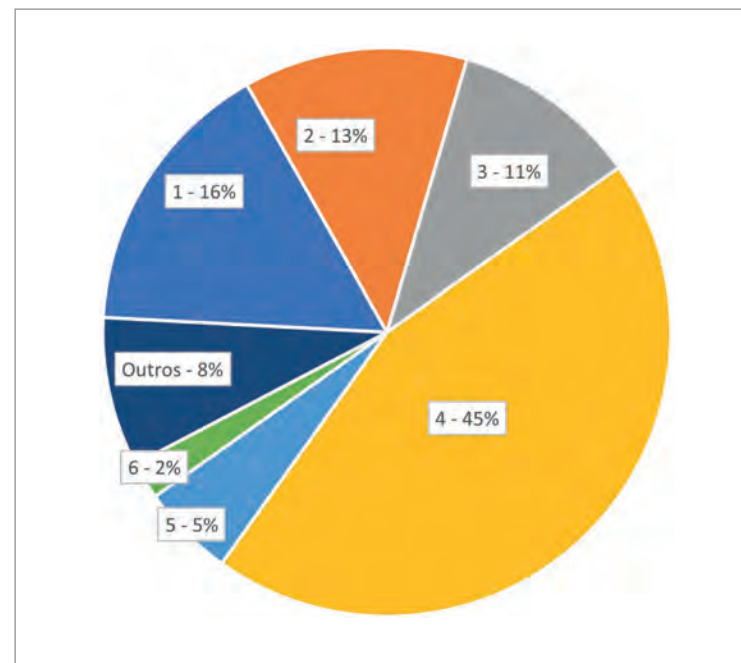


Tabela 29a - Distribuição dos fatores de comunicação, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

V- Fatores de Comunicação	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	103	30,4
2. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	89	26,3
3. Método de comunicação	74	21,8
4. Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	45	13,3
5. Literacia em saúde	14	4,1
6. Dificuldades linguísticas	8	2,4
7. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	6	1,8
Total	339	100,0

Gráfico 37a - Fatores de comunicação e seus subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

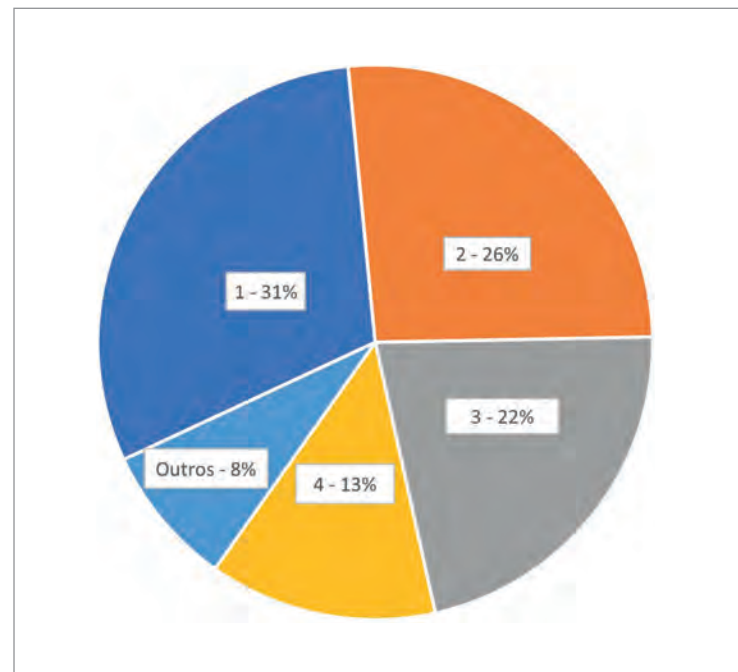


Tabela 29b - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

V- Fatores de Comunicação	Identificação	
	F	F%
1. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	33	31,4
2. Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	24	22,9
3. Método de comunicação	23	21,9
4. Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	12	11,4
5. Literacia em saúde	3	2,9
6. Dificuldades linguísticas	7	6,7
7. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	3	2,9
Total	105	100,0

Gráfico 37b - Fatores de comunicação e seus subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

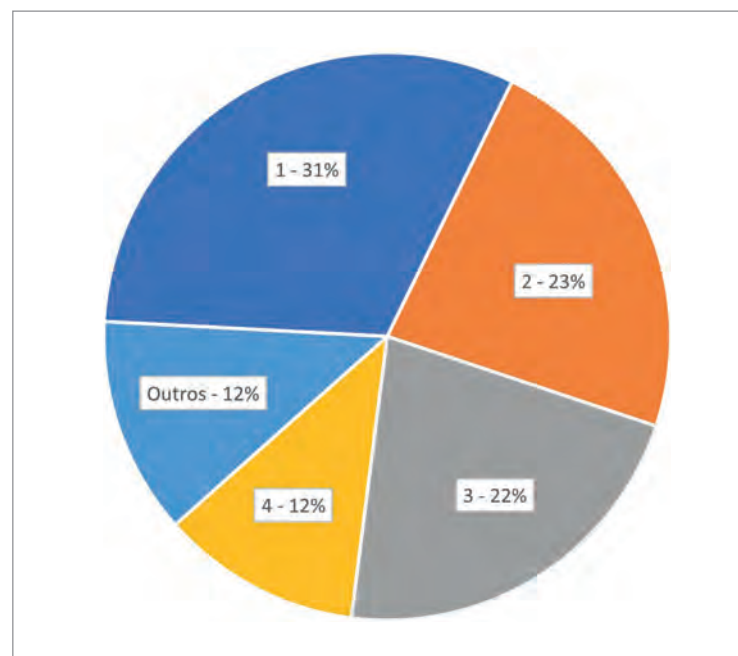


Tabela 30a - Distribuição dos fatores do paciente, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

VI- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
1. Não cumprimento de orientações	147	33,2
2. Percepção e Compreensão	104	23,5
3. Comportamento de risco	37	8,4
4. Excesso de Confiança	31	7,0
5. Fatores emocionais	26	5,9
6. Problemas de atenção	25	5,6
7. Problemas de compreensão das orientações de saúde	20	4,5
8. Comportamento negligente	19	4,3
9. Fadiga/Exaustão	18	4,1
10. Dificuldades Linguísticas	8	1,8
11. Problemas com uso/abuso de substâncias	7	1,6
12. Ato de sabotagem	1	0,2
Total	443	100,0

Gráfico 38a - Fatores do Paciente e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

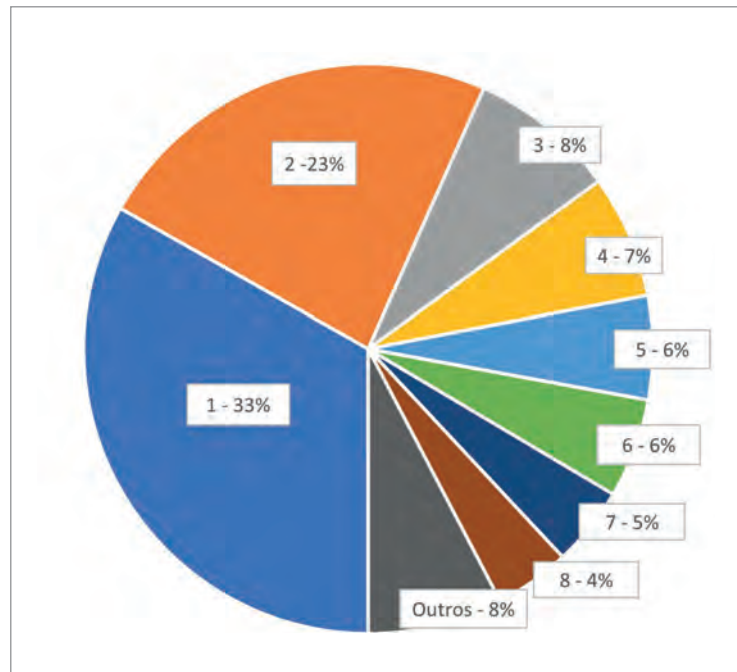


Tabela 30b - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

VI- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
1. Não cumprimento de orientações	5	4,3
2. Percepção e Compreensão	41	35,0
3. Comportamento de risco	15	12,8
4. Excesso de Confiança	12	10,3
5. Fatores emocionais	7	6,0
6. Problemas de atenção	10	8,5
7. Problemas de compreensão das orientações de saúde	13	11,1
8. Comportamento negligente	5	4,3
9. Fadiga/Exaustão	2	1,7
10. Dificuldades Linguísticas	7	6,0
11. Problemas com uso/abuso de substâncias	0	0,0
12. Ato de sabotagem	0	0,0
Total	117	100,0

Gráfico 38b - Fatores do paciente e seus subtipos - Óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

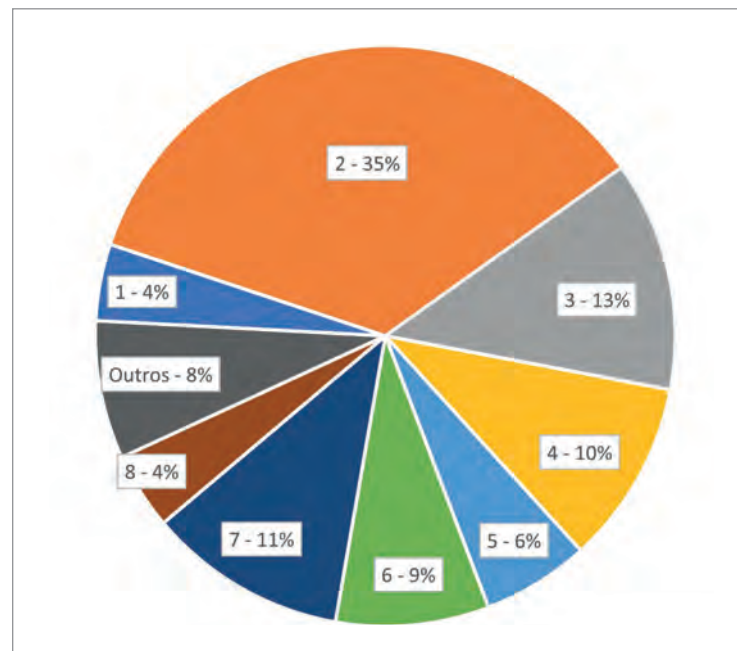


Tabela 31a - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

VII- Fatores de Trabalho	Identificação	
	F	F%
1. Infraestrutura / ambiente físico	27	48,2
2. Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	24	42,9
3. Afastado ou a longa distância do serviço	5	8,9
Total	56	100,0

Gráfico 39a - Fatores de Trabalho e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

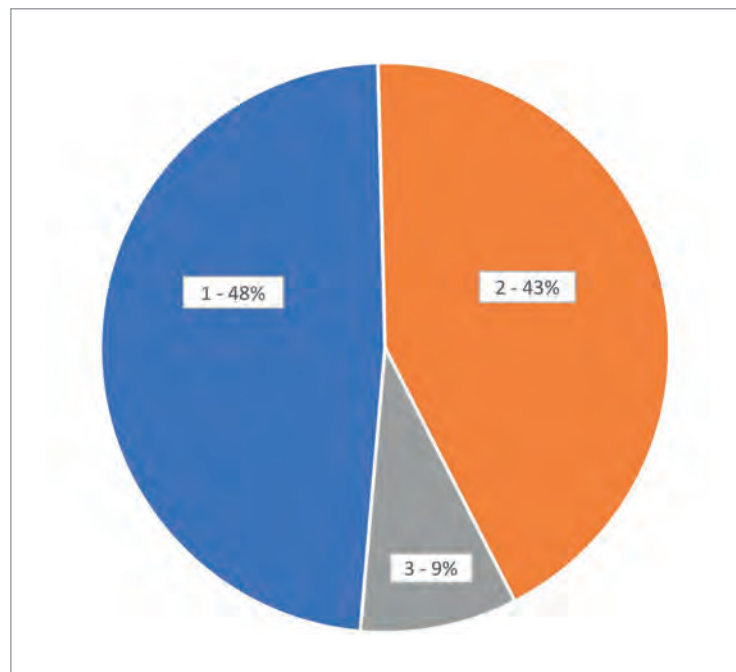


Tabela 31b - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

VII- Fatores de Trabalho	Identificação	
	F	F%
1. Infraestrutura / ambiente físico	16	69,6
2. Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	7	30,4
3. Afastado ou a longa distância do serviço	0	0,0
Total	23	100,0

Gráfico 39b - Fatores do Trabalho e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

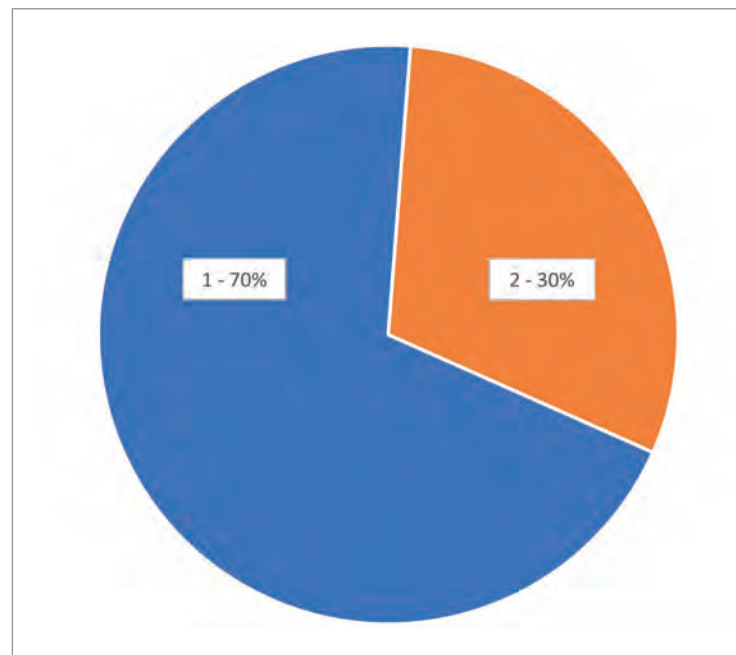


Tabela 32a - Distribuição dos fatores organizacionais, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

VIII- Fatores Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1. Protocolos / políticas / procedimentos / processos	160	64,3
2. Organização das equipes	56	22,5
3. Decisões organizacionais / cultura	33	13,3
Total	249	100,0

Gráfico 40a - Fatores de Trabalho e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

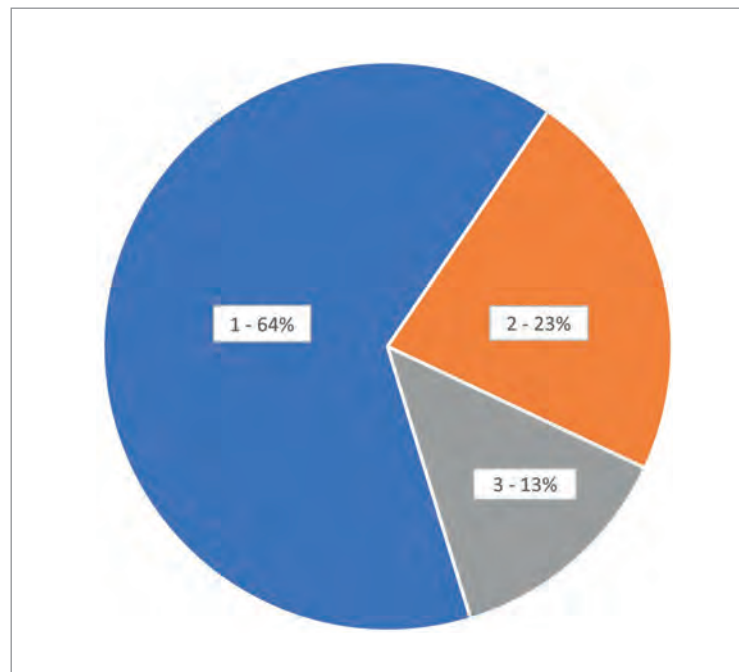
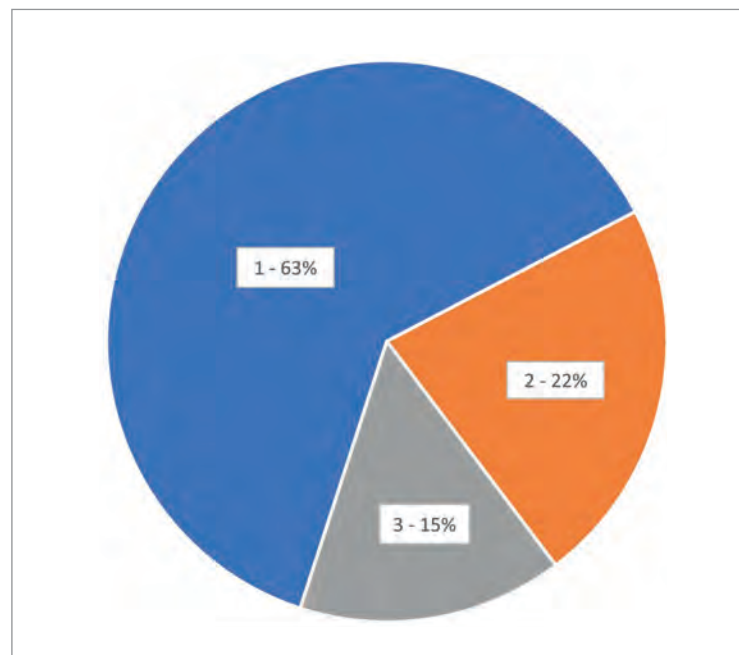


Tabela 32b - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

VIII- Fatores Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1. Protocolos / políticas / procedimentos / processos	53	62,4
2. Organização das equipes	19	22,4
3. Decisões organizacionais / cultura	13	15,3
Total	85	100,0

Gráfico 40b - Fatores Organizacionais e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.



Dentre os fatores contribuintes registrados nos eventos adversos com desfecho aos óbitos, os resultados revelam que a percepção e compreensão tanto dos profissionais como do próprio paciente foram os mais representativos, seguidos do descumprimento dos protocolos e normas existentes, o que engloba políticas, procedimentos e processos de trabalho pelos profissionais e de orientações pelo paciente, como também a ausência de anotações no prontuário. Defende-se que além da utilização de uma abordagem sistemática e estruturada para análise de incidentes com óbitos e a elaboração do plano de melhoria sejam imperativos, pois tais estratégias ajudam na detecção de possíveis ajustes no processo de trabalho, favorecendo os profissionais e pacientes envolvidos na mitigação deste lamentável desfecho.

Sabe-se que as consequências organizacionais diante do evento adverso nos serviços de saúde podem interferir não apenas na imagem da instituição, como também na confiança e satisfação dos pacientes, familiares e profissionais. Dependendo do caso, principalmente, quando há exposição negativa na mídia, o aumento de custos e até mesmo de processos judiciais são potencializados. Em contrapartida, também, é uma oportunidade para se efetuar uma revisão e melhoria dos processos internos como um todo.

No ano 2021, as consequências organizacionais foram identificadas em 67,9% (565) e 51,6% (178) das notificações dos *never events* e óbito, respectivamente. Já no período de janeiro a maio/2022 foram identificadas em 66,7% (162) e 54,91% (62) das notificações dos *never events* e óbitos, respectivamente (**Gráficos 41a e 41b**).

Gráfico 41a - Notificações de NE e Óbitos conforme indicação das Consequências Organizacionais. Ref.: 2021.

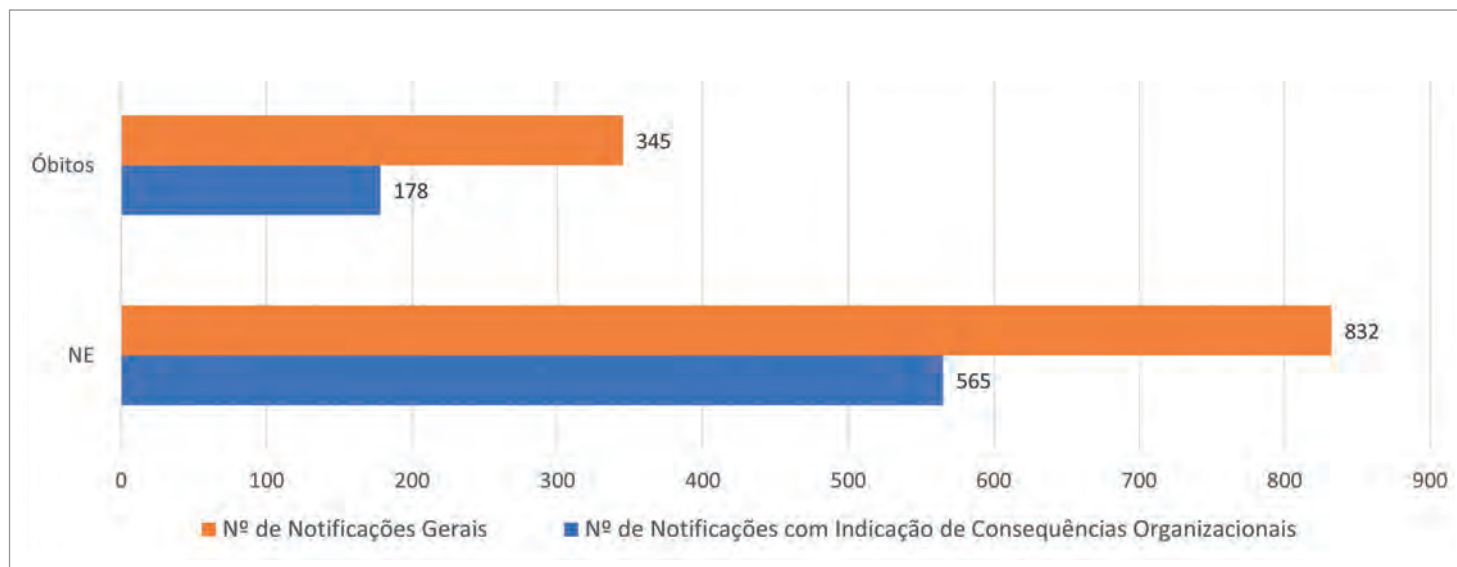
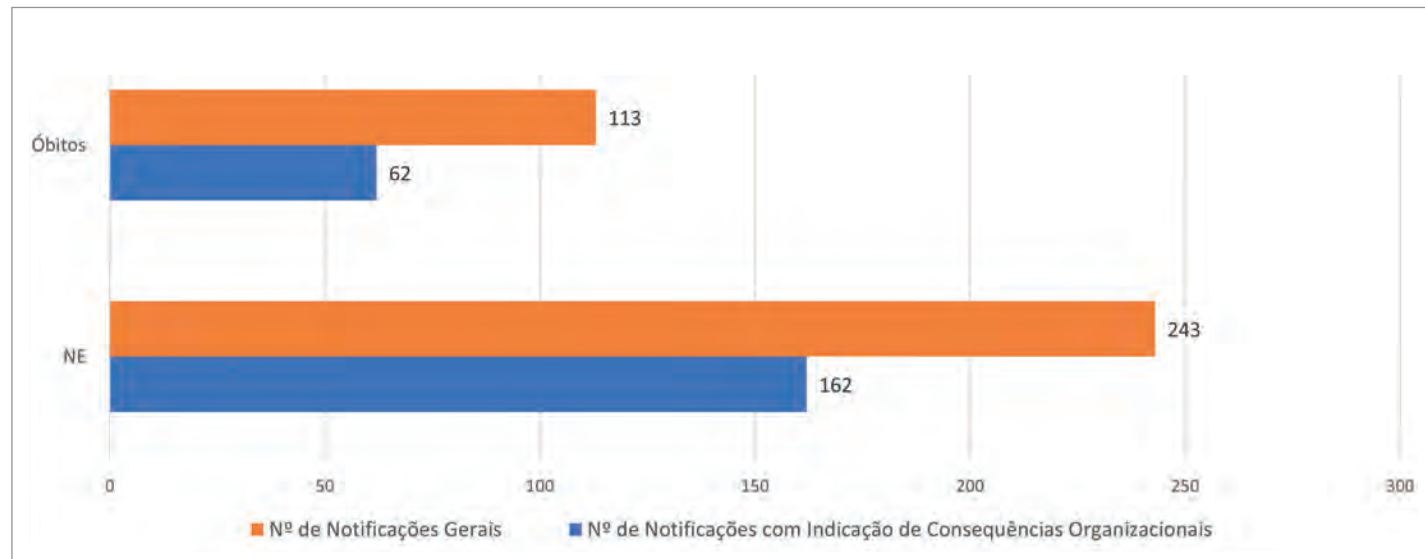


Gráfico 41b - Notificações de NE e Óbitos conforme indicação das Consequências Organizacionais. Ref.: Jan - Mai/2022.



Os resultados permitem constatar que o aumento dos recursos necessários para o paciente foi a consequência de maior percentual, já a reputação denegrada, dano à propriedade e atenção da mídia as de menor percentual. Ressalta-se que uma mesma notificação pode possuir mais de um tipo de consequência, os percentuais calculados foram baseados no total do número de consequências identificadas (**Tabelas 33a e 33b, 34a e 34b e Gráficos 42a e 42b**).

Tabela 33a - Distribuição das 565 notificações de NE que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref.: 2021.

Consequências Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1- Aumento dos recursos necessários para o paciente	557	96,2
2- Implicações legais	11	1,9
3- Reclamação formal	6	1,0
4- Reputação denegrada	3	0,5
5- Dano à propriedade	2	0,3
6- Atenção da Mídia	0	0,0
Total	579	100,0

Gráfico 42a - Identificação referente às 557 notificações com o aumento dos recursos necessários para o paciente citados - NE. Ref.: 2021.

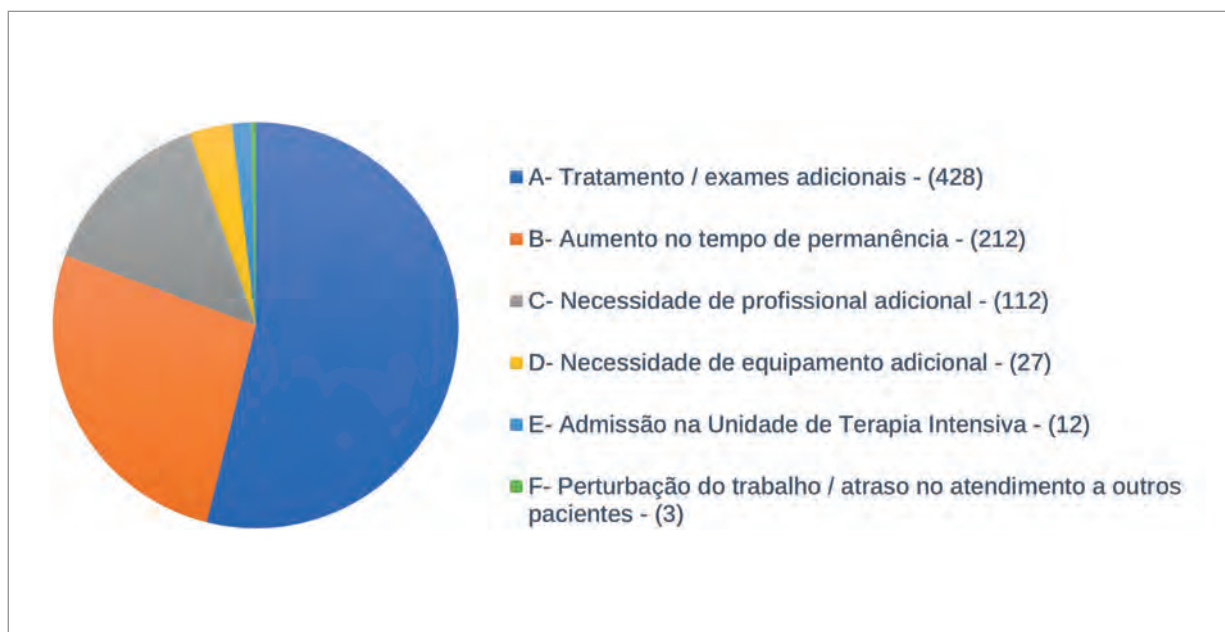


Tabela 33b - Distribuição das 162 notificações de never events que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref.: Jan - Mai/2022.

Consequências Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1- Aumento dos recursos necessários para o paciente	126	96,2
2- Implicações legais	3	2,3
3- Reclamação formal	2	1,5
4- Reputação denegrida	0	0,0
5- Dano à propriedade	0	0,0
6- Atenção da Mídia	0	0,0
Total	131	100,0

Gráfico 42b - Identificação referente às 126 notificações com o aumento dos recursos necessários para o paciente citados - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

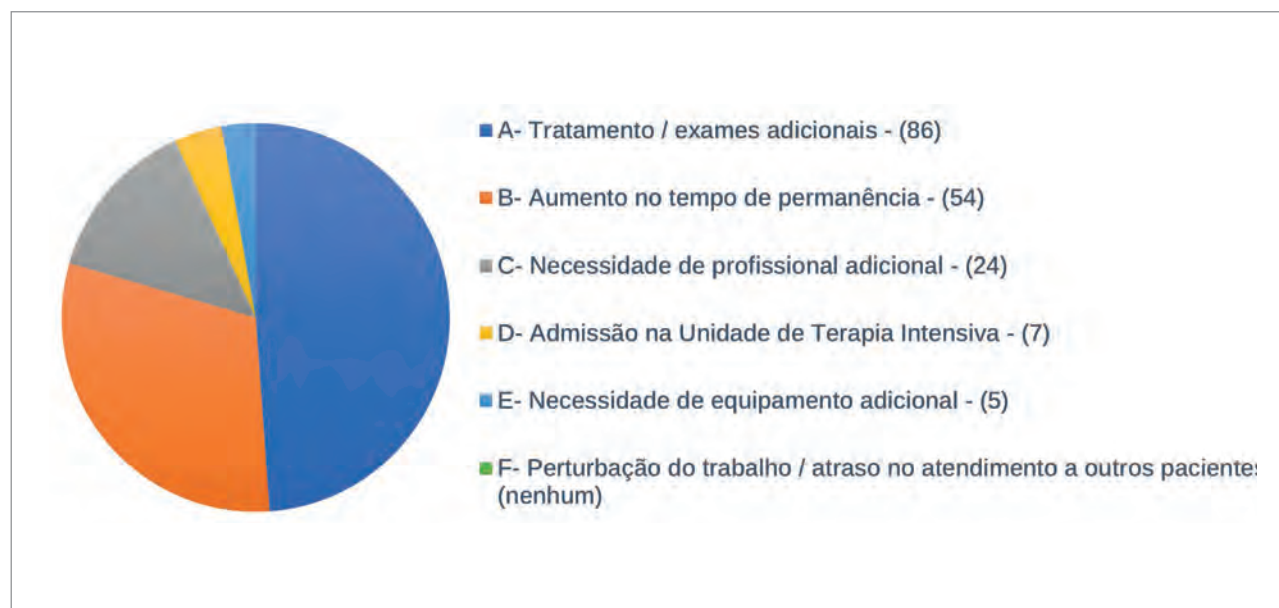


Tabela 34a - Distribuição das 178 notificações de óbitos que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref.: 2021.

Consequências Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1- Aumento dos recursos necessários para o paciente	153	78,5
2- Implicações legais	16	8,2
3- Reclamação formal	15	7,7
4- Reputação denegrida	6	3,1
5- Dano à propriedade	3	1,5
6- Atenção da Mídia	2	1,0
Total	195	100,0

Gráfico 43a - Identificação referente às 153 notificações com o aumento dos recursos necessários para o paciente citados - Óbitos. Ref.: 2021.

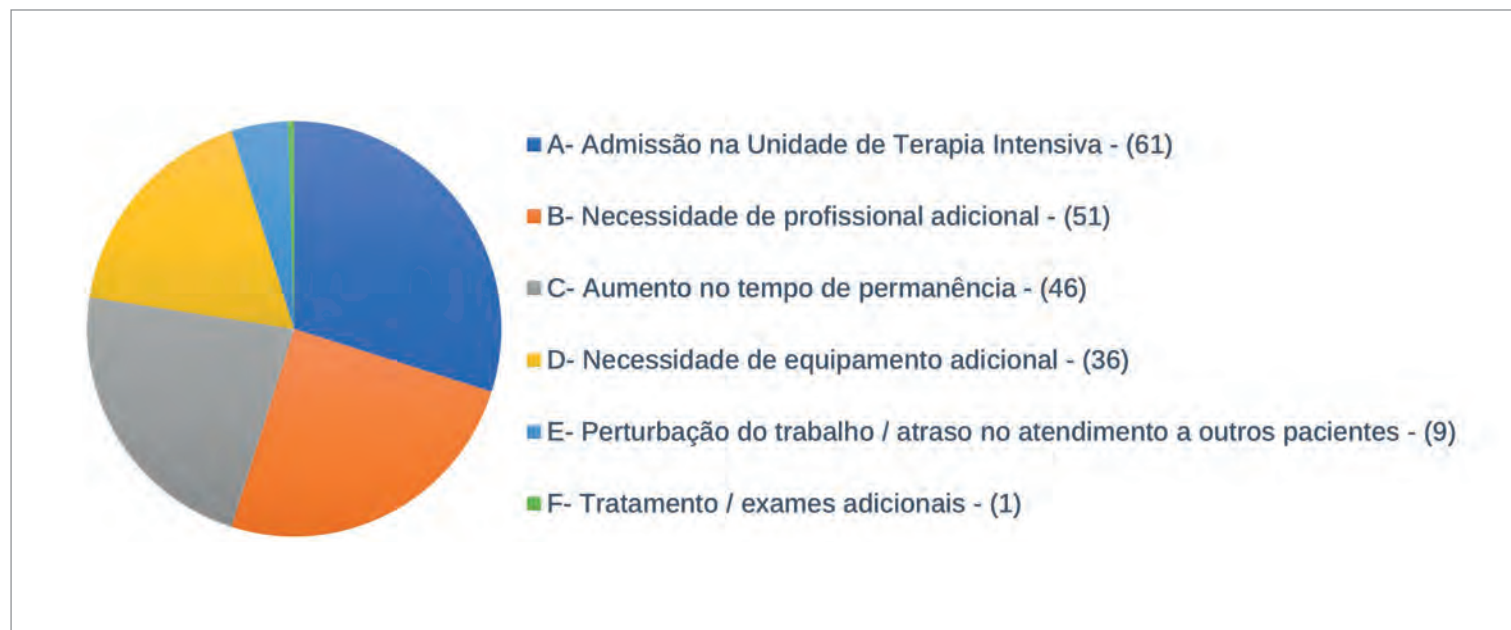
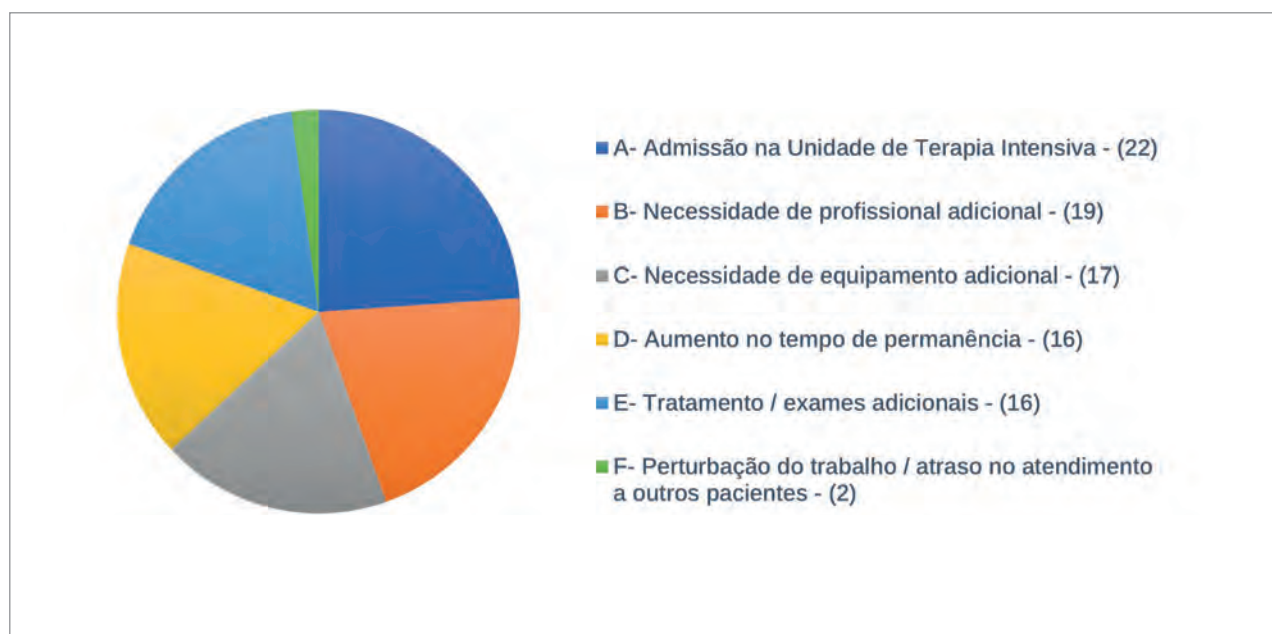


Tabela 34b - Distribuição das 162 notificações de never events que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref. Jan - Mai/2022.

Consequências Organizacionais	Identificação	
	F	F%
1- Aumento dos recursos necessários para o paciente	58	92,1
2- Implicações legais	3	4,8
3- Reclamação formal	2	3,2
4- Reputação denegrida	0	0,0
5- Dano à propriedade	0	0,0
6- Atenção da Mídia	0	0,0
Total	63	100,0

Gráfico 43b - Identificação referente às 58 notificações com o aumento dos recursos necessários para o paciente citados - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.



A detecção do evento adverso indica tanto o formato como a pessoa responsável por identificar a ocorrência do EA (Gráficos 44a e 44b).

Gráfico 44a - Notificações de NE e Óbitos conforme forma e responsável pela detecção do evento adverso. Ref.: 2021.

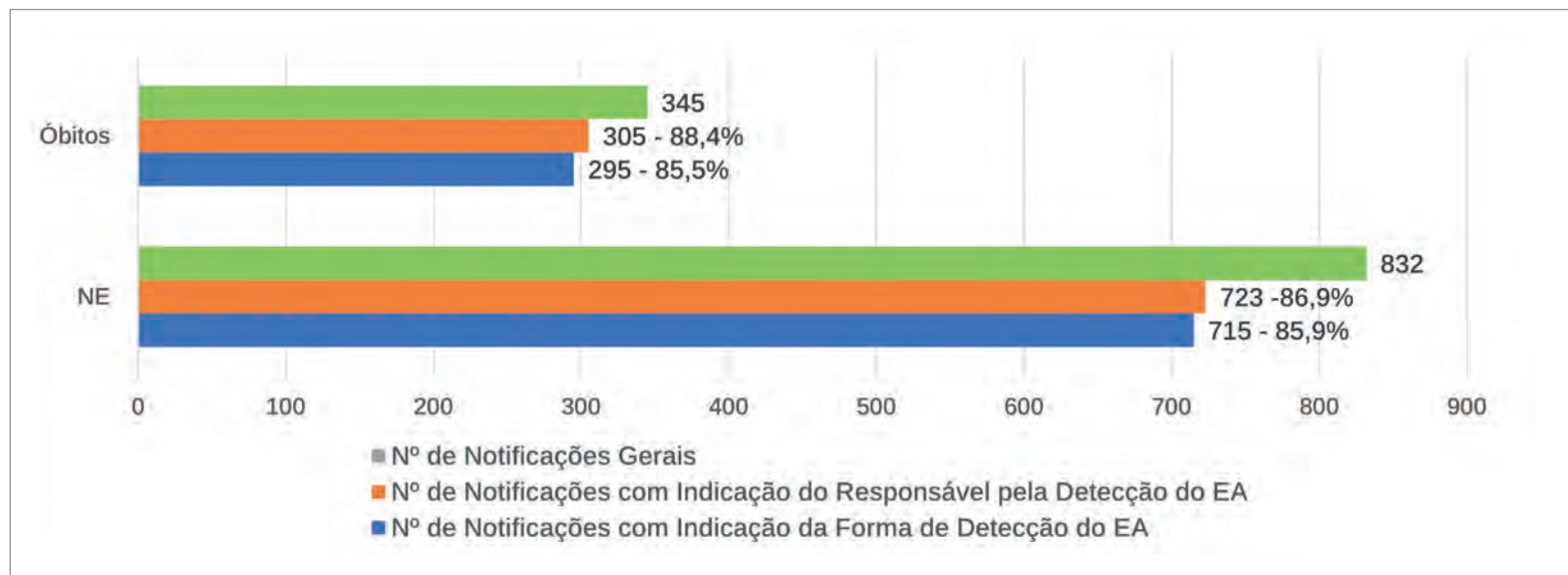
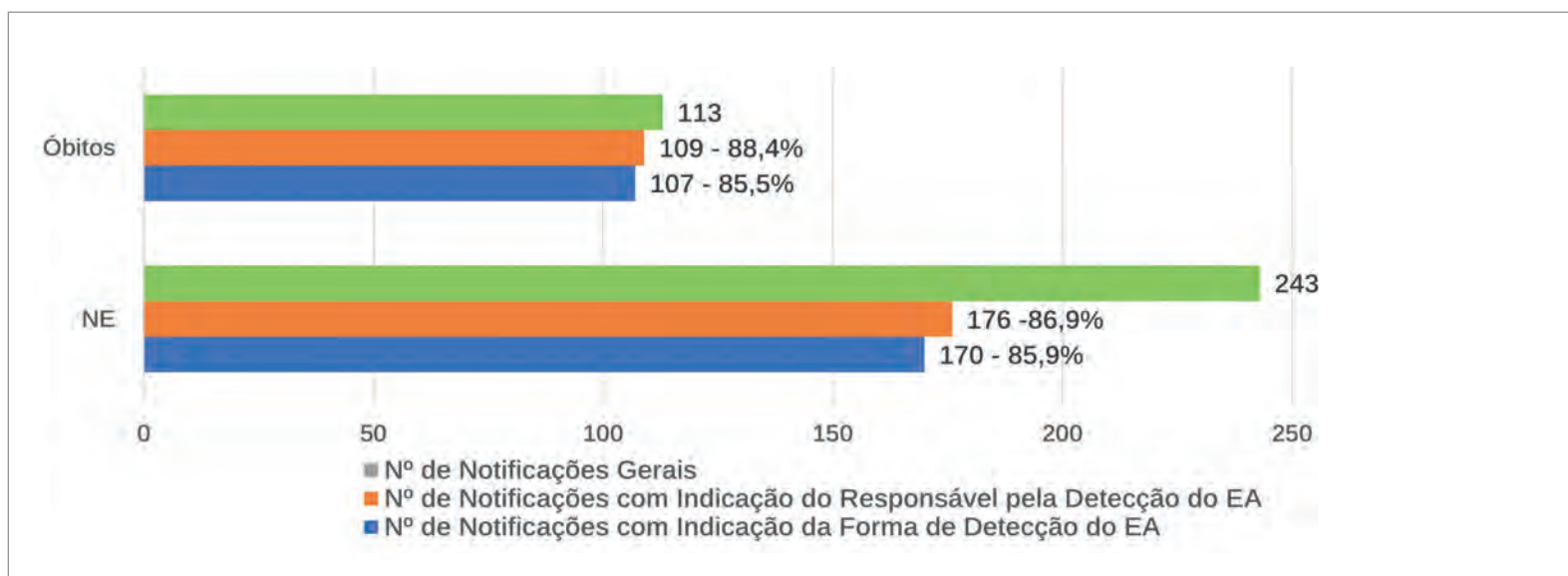


Gráfico 44b - Notificações de NE e Óbitos conforme forma e responsável pela detecção do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



O comportamento das respostas da detecção do *never events* em relação à forma e responsável está expresso a seguir. (Tabelas 35a, 36a, 35b, 36b; Gráficos 45a e 45b). Salienta-se que numa mesma notificação é possível ter mais de um tipo de forma de detecção e de responsável, porém o cálculo percentual é feito diante do número de detecções identificadas. Outra informação relevante é que nem sempre a notificação possui ambos os dados preenchidos, razão pela qual há diferença no quantitativo do número de notificações totais com o dado indicado.

Tabela 35a - Distribuição das 715 notificações de NE com indicação da forma da detecção do EA. Ref.: 2021.

Formas de Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Avaliação proativa de riscos	433	53,9
Alteração do estado do paciente	187	23,3
Reconhecimento do erro	87	10,8
Contagem/Auditoria/Revisão	58	7,2
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	39	4,9
Total	804	100,0

Tabela 36a - Distribuição das 723 notificações de NE com indicação do responsável pela detecção do EA. Ref.: 2021.

Responsável pela Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Profissional de saúde	693	95,9
Outro profissional do serviço de saúde	19	2,6
Outro paciente	7	1,0
Próprio paciente	2	0,3
Familiar	1	0,1
Cuidador	1	0,1
Voluntário	0	0,0
Amigo/Visitante	0	0,0
Pessoa de assistência espiritual	0	0,0
Total	723	100,0

Gráfico 45a - Indicação nas 715 notificações de NE sobre a forma de detecção do evento adverso. Ref.: 2021.

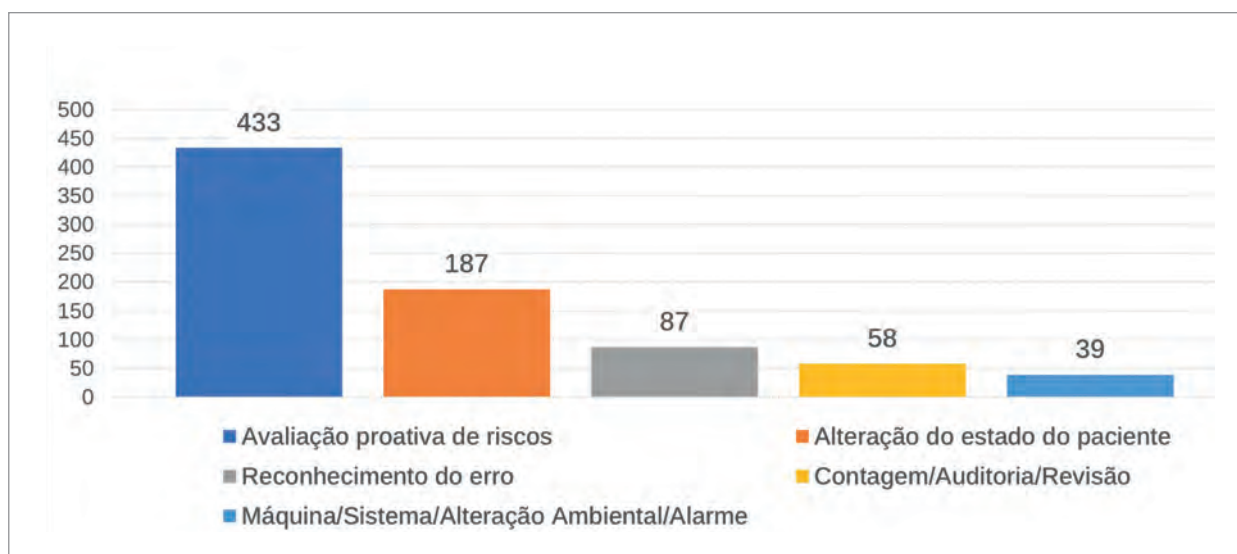


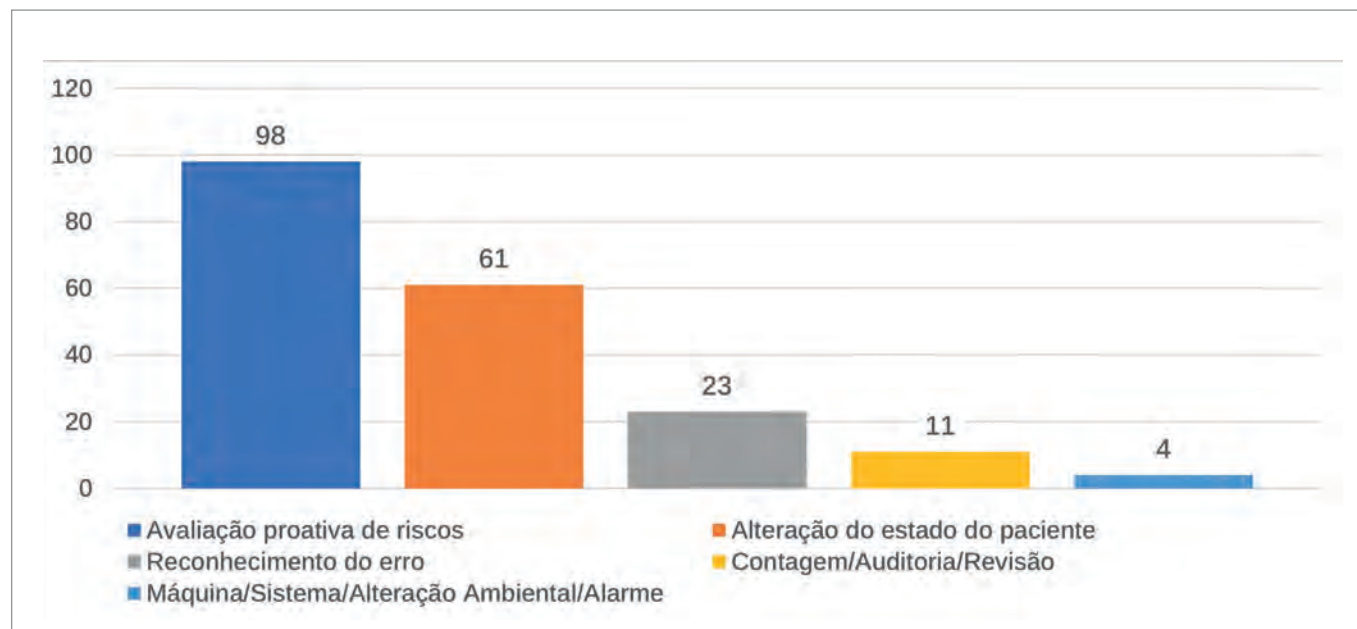
Tabela 35b - Distribuição das 170 notificações de NE com indicação da forma da detecção do EA. Ref. Jan - Mai/2022.

Formas de Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Avaliação proativa de riscos	98	49,7
Alteração do estado do paciente	61	31,0
Reconhecimento do erro	23	11,7
Contagem/Auditoria/Revisão	11	5,6
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	4	2,0
Total	197	100,0

Tabela 36b - Distribuição das 176 notificações de NE com indicação do responsável pela detecção do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

Responsável pela Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Profissional de saúde	164	91,6
Outro profissional do serviço de saúde	10	5,6
Outro paciente	0	0,0
Próprio paciente	1	0,6
Familiar	4	2,2
Cuidador	0	0,0
Voluntário	0	0,0
Amigo/Visitante	0	0,0
Pessoa de assistência espiritual	0	0,0
Total	179	100,0

Gráfico 45b - Indicação nas 170 notificações de NE sobre a forma de detecção do evento. Ref.: Jan - Mai/2022.



A avaliação proativa de riscos é a forma mais frequente de detecção do *never event* e o profissional de saúde é o responsável pela identificação em ambos os períodos estudados. A mesma análise foi realizada para os óbitos, conforme consta a seguir. (Tabelas 37a, 38a, 37b, 38b; Gráficos 46a e 46b).

Tabela 37a - Distribuição das 295 notificações de óbitos com indicação da forma da detecção do EA. Ref. 2021.

Formas de Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Avaliação proativa de riscos	24	7,0
Alteração do estado do paciente	191	55,8
Reconhecimento do erro	82	24,0
Contagem/Auditoria/Revisão	31	9,1
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	14	4,1
Total	342	100,0

Tabela 38a - Distribuição das 305 notificações de óbitos com indicação do responsável pela detecção do EA. Ref.: 2021.

Responsável pela Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Profissional de saúde	265	86,9
Outro profissional do serviço de saúde	27	8,9
Outro paciente	3	1,0
Próprio paciente	2	0,7
Familiar	8	2,6
Cuidador	0	0,0
Voluntário	0	0,0
Amigo/Visitante	0	0,0
Pessoa de assistência espiritual	0	0,0
Total	305	100,0

Gráfico 46a - Indicação nas 295 notificações de NE sobre a forma de detecção do evento adverso. Ref.: 2021.

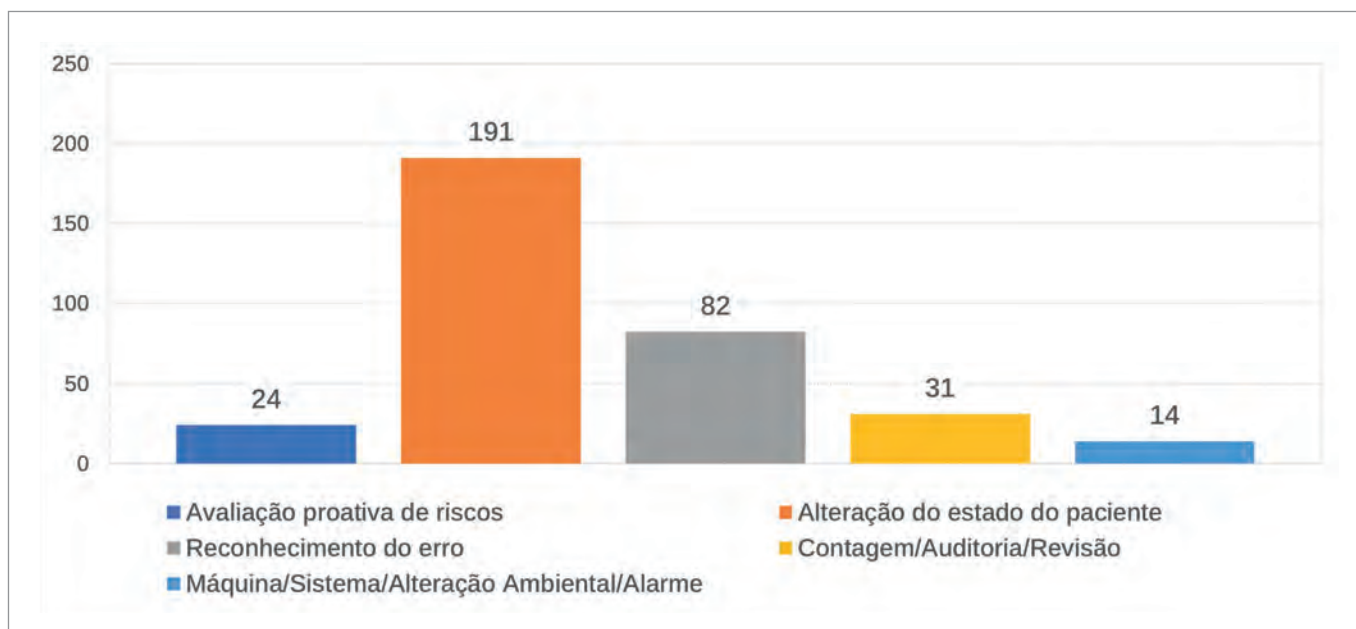


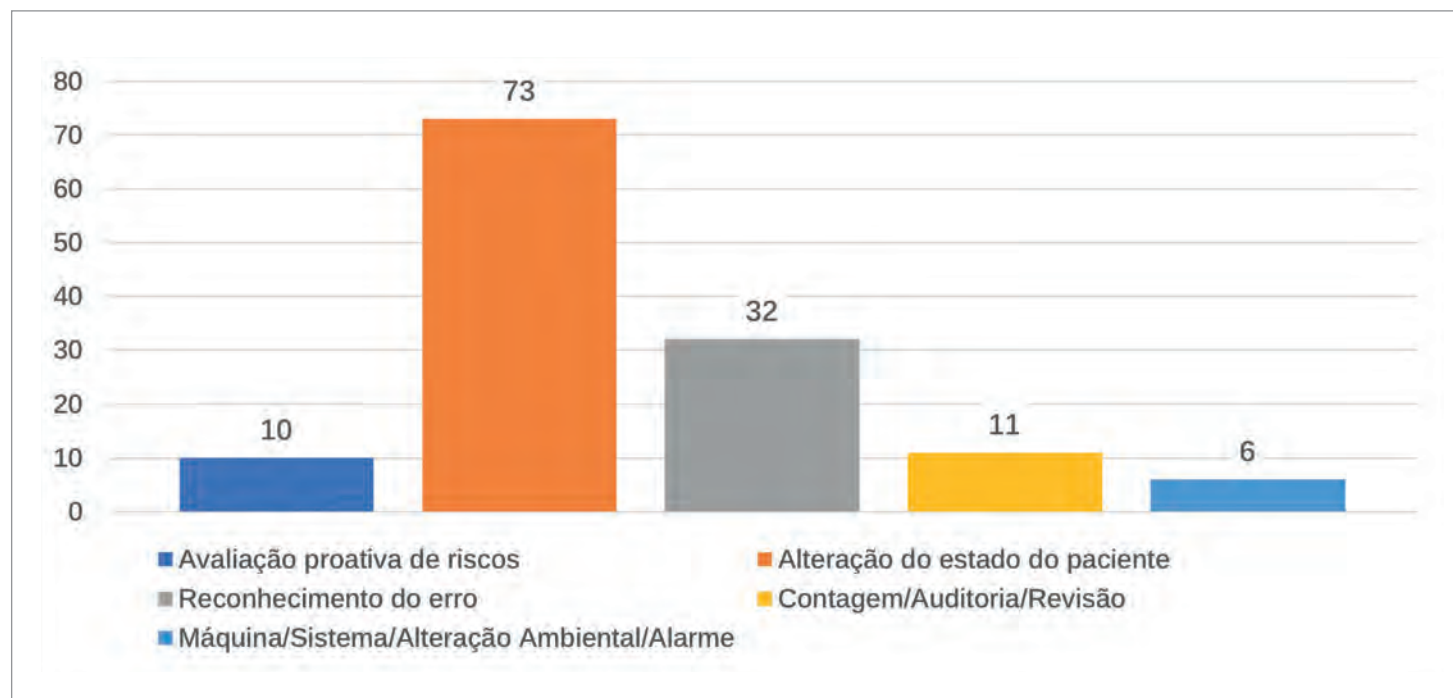
Tabela 37b - Distribuição das 107 notificações de óbitos com indicação da forma da detecção do EA. Ref.:Jan - Mai/2022.

Formas de Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Avaliação proativa de riscos	10	7,6
Alteração do estado do paciente	73	55,3
Reconhecimento do erro	32	24,2
Contagem/Auditoria/Revisão	11	8,3
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	6	4,5
Total	132	100,0

Tabela 38b - Distribuição das 109 notificações de óbitos com indicação do responsável pela detecção do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

Responsável pela Identificação do EA ocorrido	Identificação	
	F	F%
Profissional de saúde	96	82,8
Outro profissional do serviço de saúde	8	6,9
Outro paciente	2	1,7
Próprio paciente	0	0,0
Familiar	8	6,9
Cuidador	2	1,7
Voluntário	0	0,0
Amigo/Visitante	0	0,0
Pessoa de assistência espiritual	0	0,0
Total	116	100,0

Gráfico 46b - Indicação nas 107 notificações de NE sobre a forma de detecção do evento. Ref.: Jan - Mai/2022.



As ações ou circunstâncias que previnem ou moderam a progressão de um incidente em direção ao dano para o paciente são chamadas de fatores atenuantes ao dano. Em conjunto, a detecção e a atenuação do dano podem impedir a progressão de um incidente evitando que este atinja e/ou prejudique o paciente, o profissional e a própria instituição onde o evento adverso tenha ocorrido. Os fatores atenuantes são concebidos para minimizar a chance de danos para o paciente após o erro ter ocorrido e para desencadear mecanismos de controle de dano; por ser reativo à ocorrência do incidente, é considerado de prevenção secundária.

Os fatores atenuantes para EA foram identificadas em 84,1% (700) e 67,9% (165) das notificações dos *never events* nos períodos de 2021 e jan-mai/2022, respectivamente. (Gráficos 47a e 47b).

Gráfico 47a - Indicação nas notificações de NE dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: 2021.

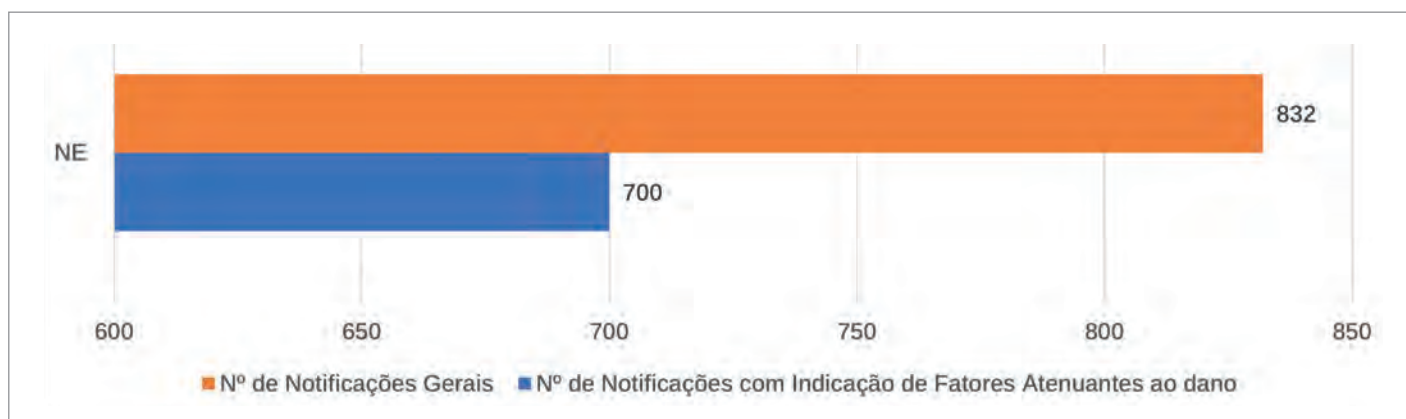
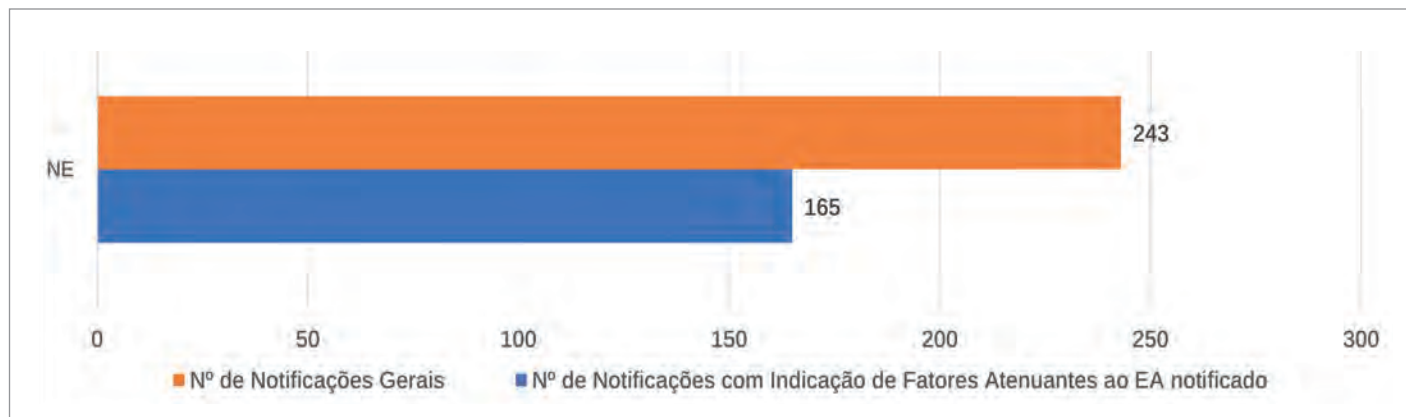


Gráfico 47b - Indicação nas notificações de NE dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: Jan - Mai/2022.



Salienta-se que os fatores atenuantes ao dano podem ser dirigidos aos 4 tipos de agrupamentos (paciente, profissional, organização e agente). Uma mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores atenuantes ao dano em um ou mais agrupamento e dentro do próprio agrupamento, por essa razão, os somatórios são distintos quando o agrupamento é detalhado. Opta-se em revelar os dados por tipo de grupo para facilitar o entendimento. Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados. A seguir constam os dados conforme a identificação de cada um dos subtipos referentes aos *never events* períodos estudados (**Tabelas 39a e 39b a 43a e 43b e Gráficos 48a e 48b a 51a e 51b**).

Tabela 39a - Distribuição das 700 notificações de NE com identificação de fatores atenuantes ao dano. Ref.: 2021.

Fatores Atenuantes	Identificação	
	F	F%
1- Dirigidos ao Paciente	655	34,8
2- Dirigidos ao Profissional	534	28,4
3- Dirigidos à organização	471	25,0
4- Dirigidos à um agente	223	11,8
Total	1883	100,0

Tabela 39b - Distribuição das 165 notificações de NE com identificação de fatores atenuantes ao dano. Ref.:Jan - Mai/2022.

Fatores Atenuantes	Identificação	
	F	F%
1- Dirigidos ao Paciente	154	34,7
2- Dirigidos ao Profissional	140	31,5
3- Dirigidos à organização	119	26,8
4- Dirigidos à um agente	31	7,0
Total	444	100,0

Tabela 40a - Distribuição dos fatores de atenuantes ao dano dirigidos ao paciente conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

1- Dirigidos ao Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	630	83,6
B- Explicação/informação para o paciente	40	5,3
C- Paciente encaminhado	57	7,6
D- Pedido de desculpas	6	0,8
E- Pedido de ajuda	21	2,8
Total	754	100,0

Gráfico 48a - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Paciente e seus Subtipos - NE. Ref.: 2021.

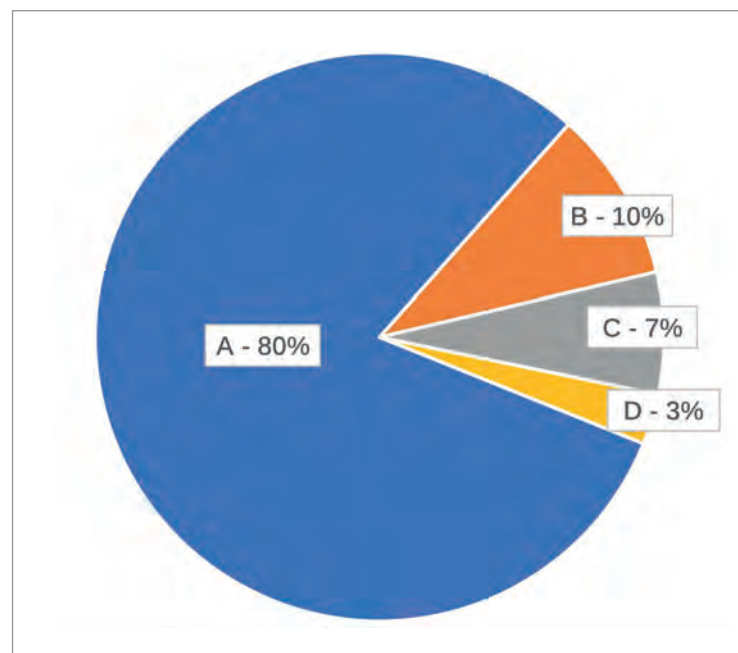


Tabela 40b - Distribuição dos fatores de atenuantes ao dano dirigidos ao paciente conforme subtipo nas 108 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

1- Dirigidos ao Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	140	80,5
B- Explicação/informação para o paciente	17	9,8
C- Paciente encaminhado	12	6,9
D- Pedido de desculpas	5	2,9
E- Pedido de ajuda	0	0,0
Total	174	100,0

Gráfico 48b - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Paciente e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

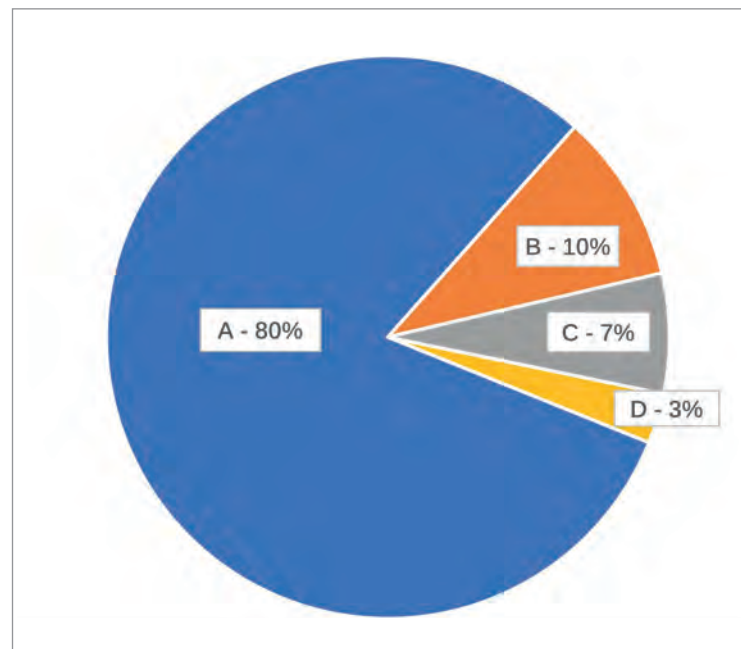


Tabela 41a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

2- Dirigidos ao Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Boa supervisão/liderança	271	33,7
B- Bom trabalho de equipe	209	26,0
C- Formação de pessoas-chave	167	20,7
D- Comunicação efetiva	154	19,1
E- Boa sorte/causalidade	4	0,5
Total	805	100,0

Gráfico 49a - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Profissional e seus Subtipos. Ref.: 2021.

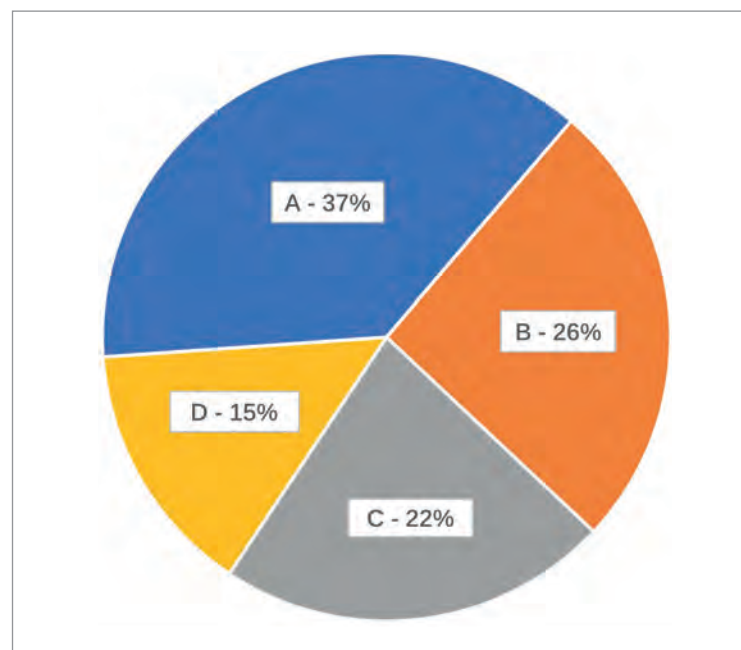


Tabela 41b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 165 notificações de NE Ref.: Jan - Mai/2022.

	Identificação	
	F	F%
2- Dirigidos ao Profissional		
A- Boa supervisão/liderança	77	37,4
B- Bom trabalho de equipe	53	25,7
C- Formação de pessoas-chave	46	22,3
D- Comunicação efetiva	30	14,6
E- Boa sorte/causalidade	0	0,0
Total	206	100,0

Gráfico 49b - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Profissional e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

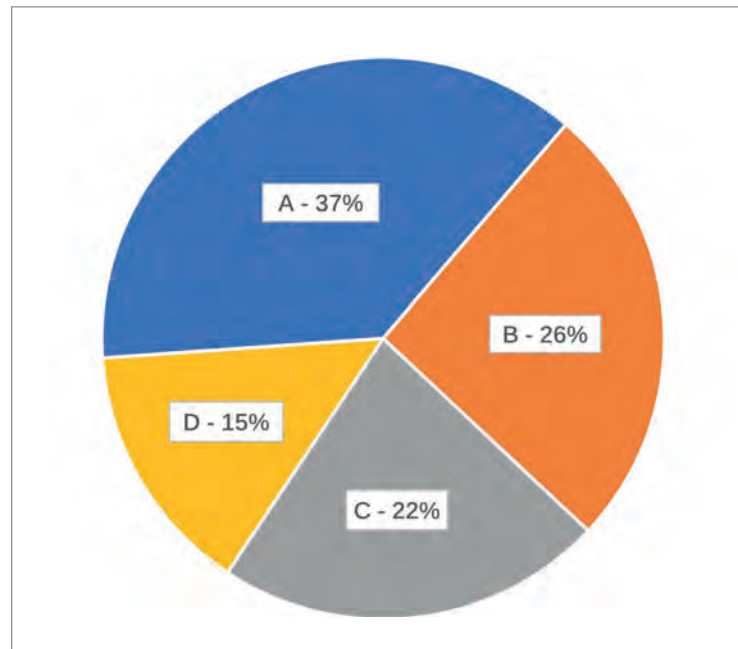


Tabela 42a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

	Identificação	
	F	F%
3- Dirigidos à organização		
A- Protocolo eficaz disponível	465	99,6
B- Corrigido erro de documentação	2	0,4
Total	467	100,0

Gráfico 50a - Fatores Atenuantes Dirigidos à Organização e seus Subtipos - NE. Ref.: 2021.

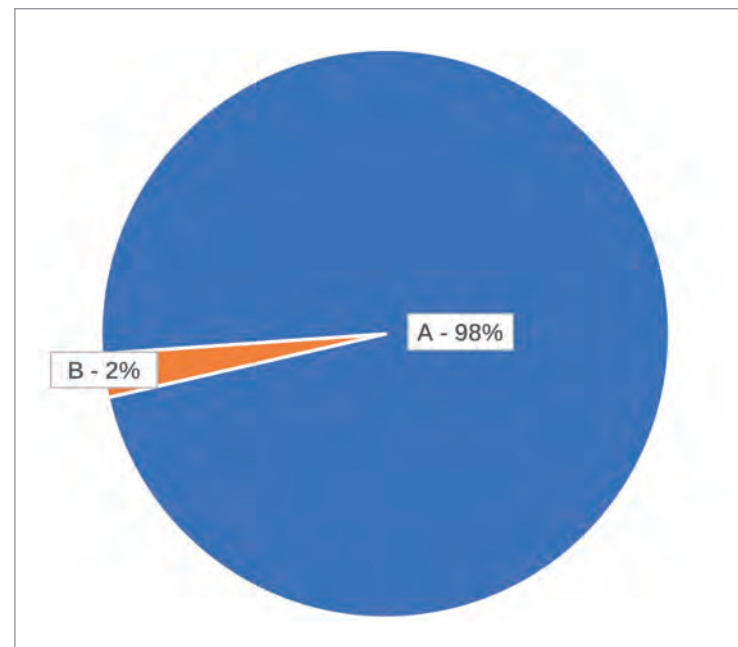


Tabela 42b - Distribuição dos fatores de atenuantes ao dano dirigidos à organização conforme subtipo nas 165 notificações de NE. Ref.: Jan-Mai/2022.

3- Dirigidos à organização	Identificação	
	F	F%
A- Protocolo eficaz disponível	118	97,5
B- Corrigido erro de documentação	3	2,5
Total	121	100,0

Gráfico 50b - Fatores Atenuantes Dirigidos à Organização e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

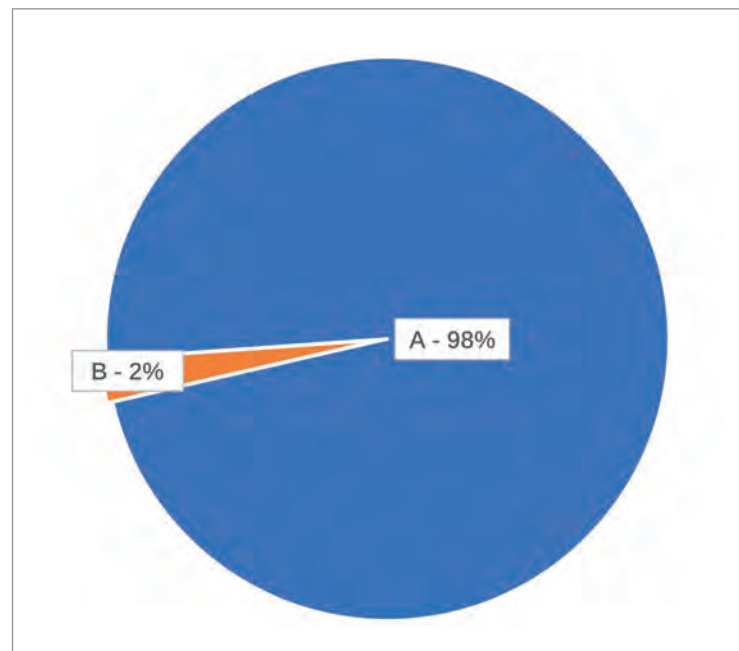


Tabela 43a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

4- Dirigidos à um agente	Identificação	
	F	F%
A- Medida de segurança/ambiente físico	199	88,4
B- Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	26	11,6
Total	225	100,0

Gráfico 51a - Fatores Atenuantes Dirigidos à um Agente e seus Subtipos - NE. Ref.: 2021.

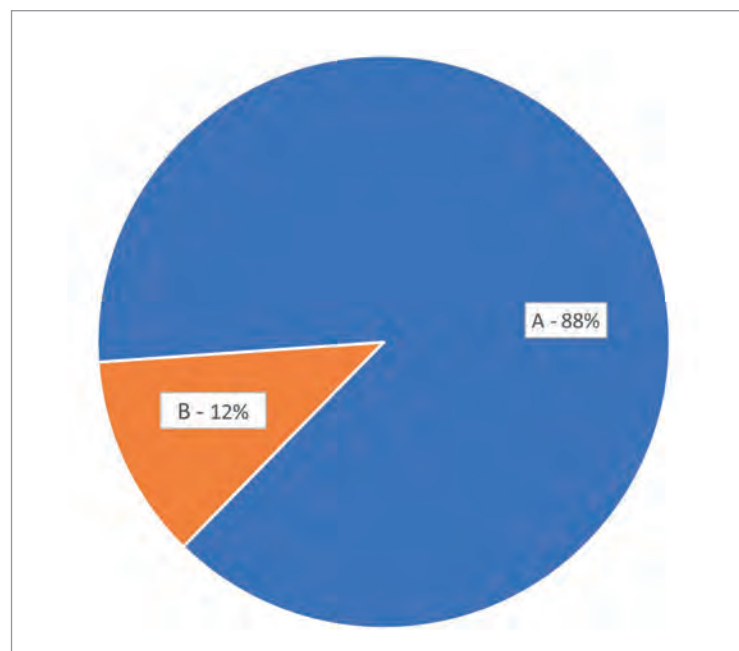
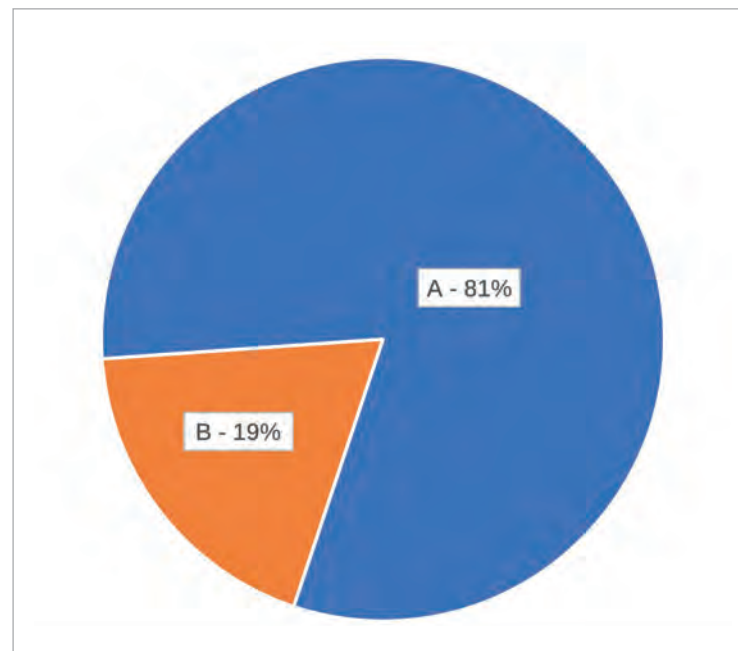


Tabela 43b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 165 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

4- Dirigidos à um agente	Identificação	
	F	F%
A- Medida de segurança/ambiente físico	26	81,3
B- Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	6	18,8
Total	32	100,0

Gráfico 51b - Fatores Atenuantes Dirigidos à um Agente e seus Subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.



Os fatores atenuantes ao dano foram identificados em 79,7% (275) e 88,5% (100) das notificações dos óbitos, nos períodos de 2021 e jan-maio/2022, respectivamente. (Gráficos 52a e 52b).

Gráfico 52a - Indicação nas notificações de Óbitos dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: 2021.

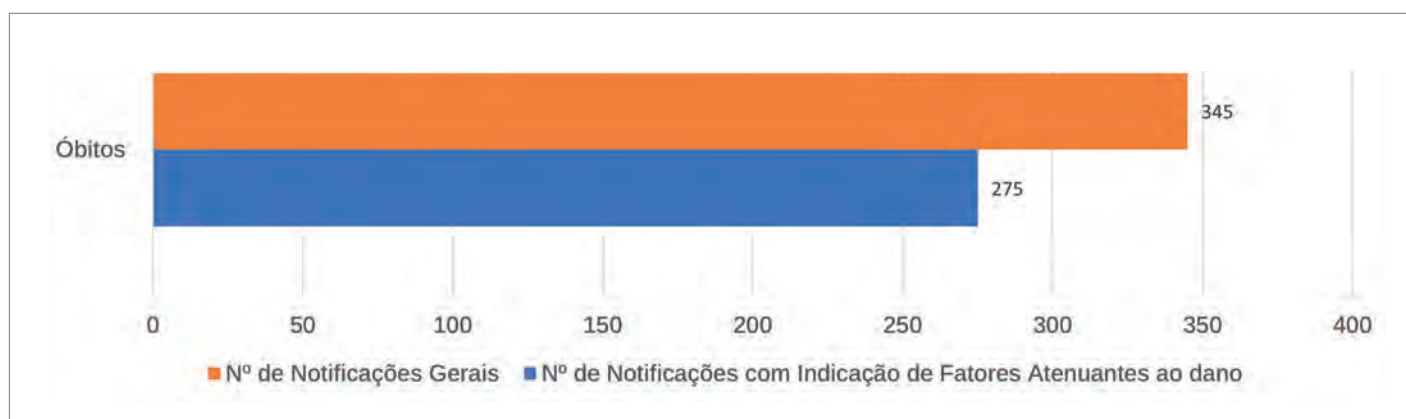
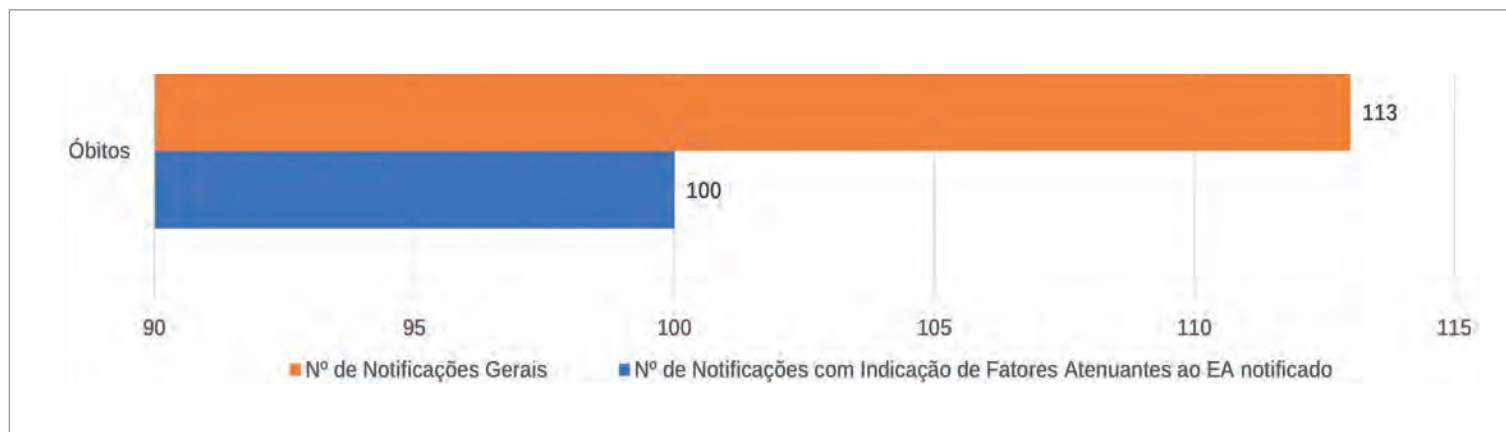


Gráfico 52b – Indicação nas notificações de Óbitos dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: Jan - Mai/2022.



A seguir constam os dados conforme a identificação de cada um dos agrupamentos e subtipos de fatores atenuantes ao dano identificados nas notificações de aos óbitos nos períodos estudados. Recorda-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores em um ou mais agrupamento e dentro do próprio agrupamento, por essa razão, os somatórios são distintos quando o agrupamento é detalhado. Opta-se em revelar os dados por tipo de grupo para facilitar o entendimento. Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados. (Tabelas 44a e 44b a 56a e 56b; Gráficos 33a e 33b a 40a e 40b).

Tabela 44a - Distribuição das 275 notificações de Óbitos com identificação de fatores atenuantes ao dano. Ref.: 2021.

Fatores Atenuantes	Identificação	
	F	F%
1- Dirigidos ao Paciente	202	32,4
2- Dirigidos ao Profissional	183	29,4
3- Dirigidos à organização	187	30,0
4- Dirigidos à um agente	51	8,2
Total	623	100,0

Tabela 44b - Distribuição das 100 notificações de Óbitos com identificação de fatores atenuantes ao dano. Ref.: Jan - Mai/2022.

Fatores Atenuantes	Identificação	
	F	F%
1- Dirigidos ao Paciente	79	34,2
2- Dirigidos ao Profissional	66	28,6
3- Dirigidos à organização	63	27,3
4- Dirigidos à um agente	23	10,0
Total	231	100,0

Tabela 45a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao paciente, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

1- Dirigidos ao Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	193	78,1
B- Explicação/informação para o paciente	18	7,3
C- Paciente encaminhado	24	9,7
D- Pedido de desculpas	3	1,2
E- Pedido de ajuda	9	3,6
Total	247	100,0

Gráfico 53a - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Paciente e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

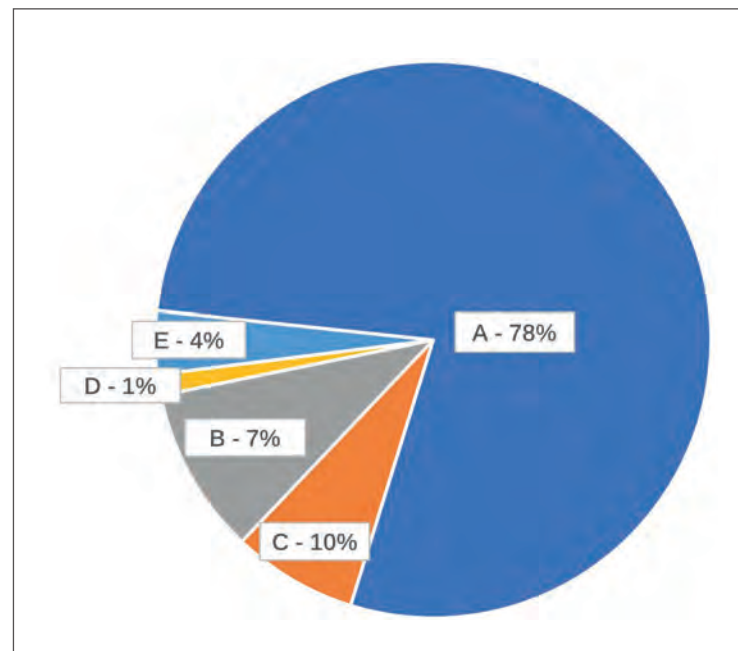


Tabela 45b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao paciente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

1- Dirigidos ao Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	71	67,6
B- Explicação/informação para o paciente	12	11,4
C- Paciente encaminhado	19	18,1
D- Pedido de desculpas	1	1,0
E- Pedido de ajuda	2	1,9
Total	105	100,0

Gráfico 53b - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Paciente e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

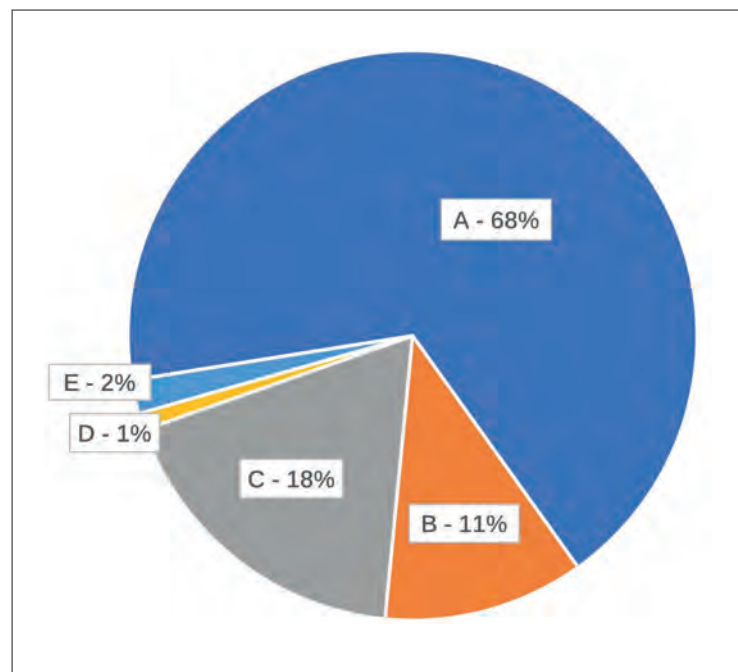


Tabela 46a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

2- Dirigidos ao Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Boa supervisão/liderança	76	29,9
B- Bom trabalho de equipe	63	24,8
C- Formação de pessoas-chave	21	8,3
D- Comunicação efetiva	92	36,2
E- Boa sorte/causalidade	2	0,8
Total	254	100,0

Gráfico 54a - Fatores atenuantes ao dano dirigidos ao profissional e seus subtipos - NE. Ref.: 2021.

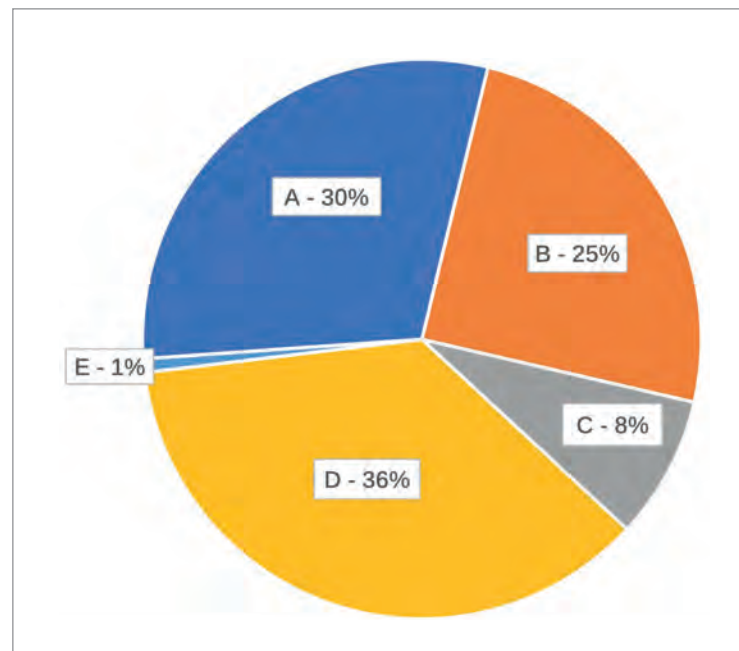


Tabela 46b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao paciente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

2- Dirigidos ao Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Boa supervisão/liderança	32	29,4
B- Bom trabalho de equipe	28	25,7
C- Formação de pessoas-chave	19	17,4
D- Comunicação efetiva	29	26,6
E- Boa sorte/causalidade	1	0,9
Total	109	100,0

Gráfico 54b - Fatores Atenuantes Dirigidos ao Paciente e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

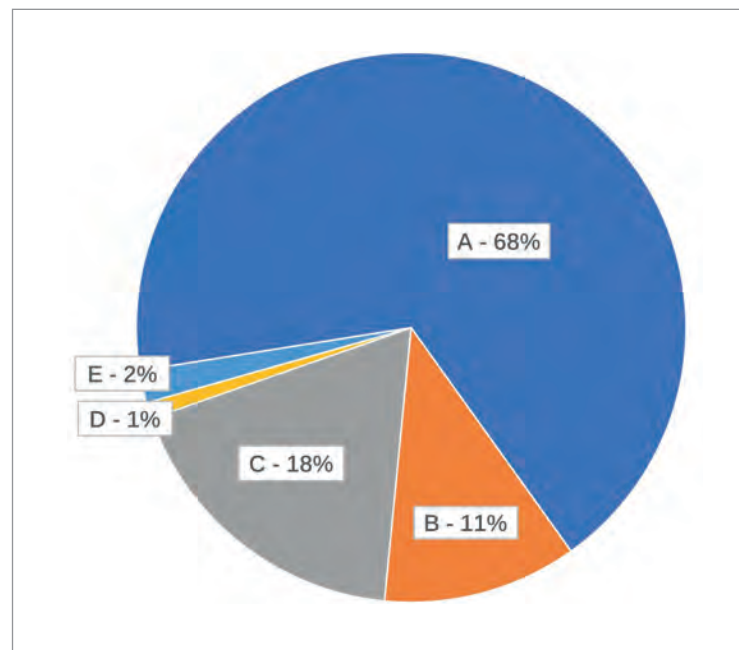


Tabela 47a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

3- Dirigidos à organização	Identificação	
	F	F%
A- Protocolo eficaz disponível	172	89,6
B- Corrigido erro de documentação	20	10,4
Total	192	100,0

Gráfico 55a - Fatores Atenuantes Dirigidos à Organização e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

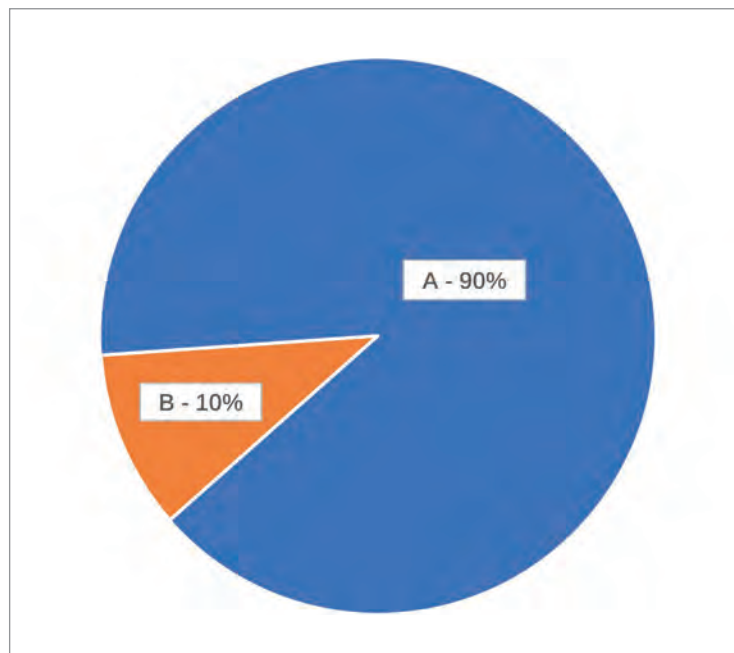


Tabela 47b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

3- Dirigidos à organização	Identificação	
	F	F%
A- Protocolo eficaz disponível	61	89,7
B- Corrigido erro de documentação	7	10,3
Total	68	100,0

Gráfico 55b - Fatores Atenuantes Dirigidos à Organização e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

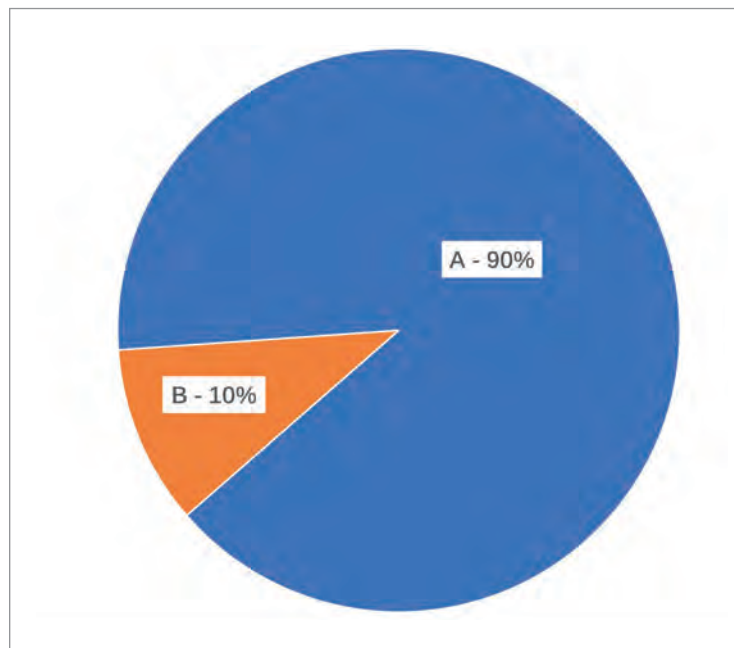


Tabela 48a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

4- Dirigidos à um agente	Identificação	
	F	F%
A- Medida de segurança/ambiente físico	38	73,1
B- Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	14	26,9
Total	52	100,0

Gráfico 56a - Fatores Atenuantes Dirigidos à Organização e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

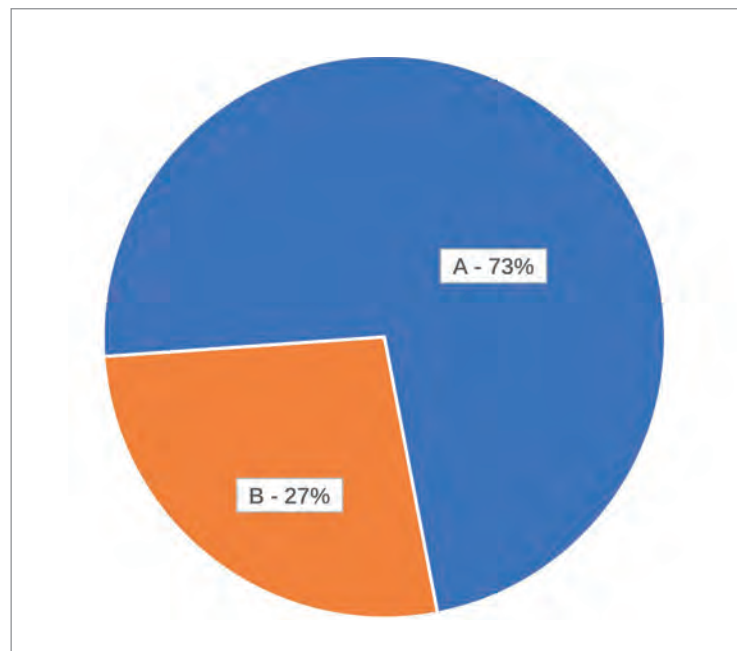
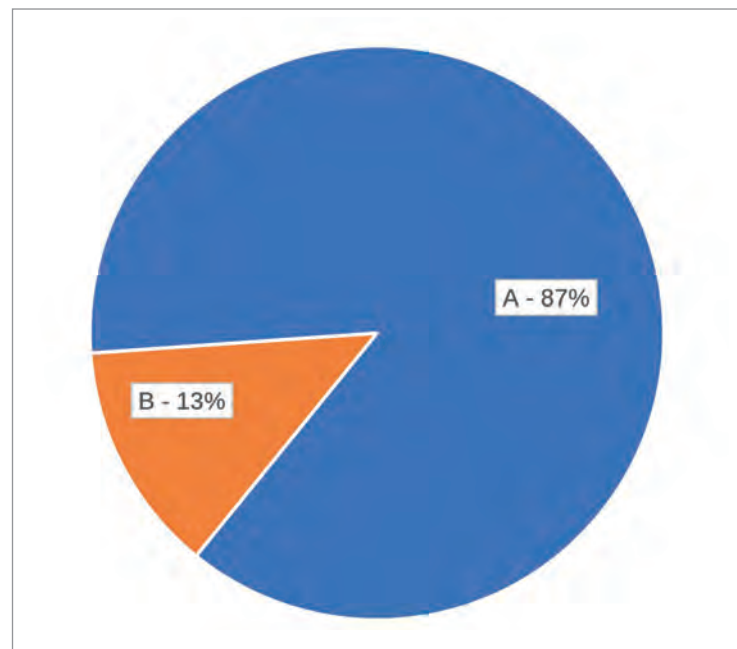


Tabela 48b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

4- Dirigidos à um agente	Identificação	
	F	F%
A- Medida de segurança/ambiente físico	20	87,0
B- Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	3	13,0
Total	23	100,0

Gráfico 56b - Fatores Atenuantes Dirigidos à um Agente e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.



Os resultados revelam que dentre os fatores atenuantes ao dano os três de maior representatividade foram as medidas de gestão, tratamento e cuidado empreendidas e dirigidas ao paciente; disponibilidade de protocolo eficaz dirigida à organização e a boa supervisão/liderança da equipe.

Ao notificar um evento adverso, é possível identificar as causas e fatores que contribuíram para o incidente, bem como as ações que podem ser adotadas para prevenir a ocorrência de eventos semelhantes no futuro. Além disso, a notificação pode contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e mitigação dos danos, bem como, para a melhoria da qualidade e segurança da assistência em saúde.

É fundamental que essas medidas sejam tomadas em conjunto com a detecção e atenuação do dano, a fim de impedir que o incidente atinja e/ou prejudique os envolvidos.

As ações de melhoria elaboradas diante dos EA podem ser aquelas relacionadas ao paciente e/ou à organização. Tais ações foram identificadas em 79,75% (663) e 68,7% (167) das notificações dos *never events*, respectivamente, no período de 2021 e jan-mai/2022. (Gráficos 57a e 57b).

Gráfico 57a - Indicação nas notificações de NE de ações de melhoria diante do EA. Ref.: 2021.

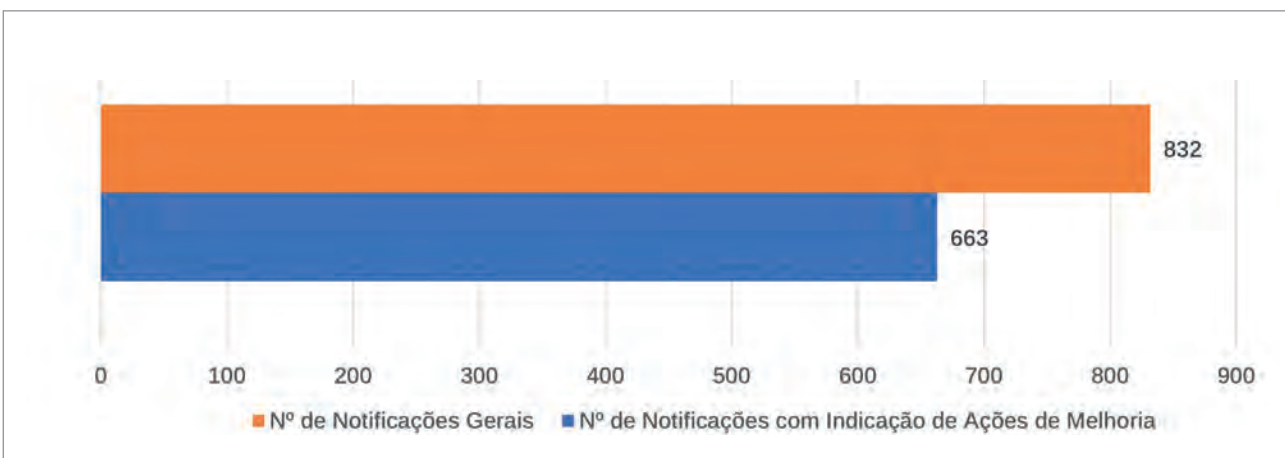
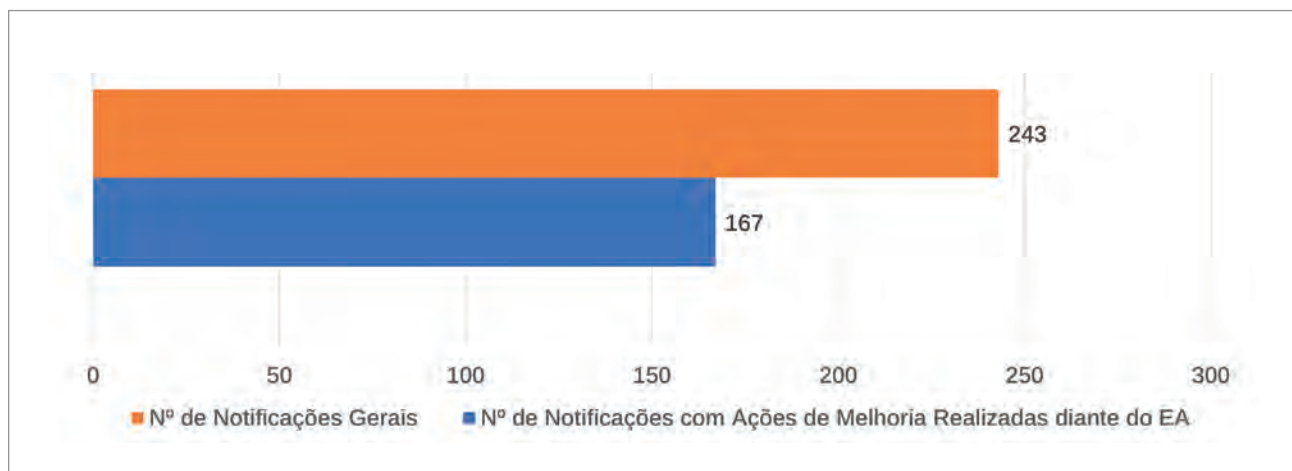


Gráfico 57b - Indicação nas notificações de NE de ações de melhoria diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



Salienta-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais ações de melhoria relacionadas ao paciente e à organização, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta por apresentar dos dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de melhoria apontadas (Tabelas 49a, 49b, 50a, 50b, 51a e 51b e Gráficos 58a, 58b, 59a e 59b).

Tabela 49a - Distribuição das 663 notificações de NE com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: 2021.

Ações de Melhoria	Identificação	
	F	F%
Relacionadas ao paciente	650	57,4
Relacionadas à organização	483	42,6
Total	1133	100,0

Tabela 50a - Distribuição das 663 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas ao paciente. Ref.: 2021.

1.Relacionadas ao paciente	Identificação	
	F	F%
Gestão da Doença	199	22,6
Gestão da Lesão	610	69,2
Gestão da Incapacidade	38	4,3
Compensação	23	2,6
Revelação/desculpa pública	4	0,5
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	8	0,9
Total	882	100,0

Gráfico 58a - Indicações de ações de melhoria relacionadas ao paciente nas notificações de NE. Ref.: 2021.

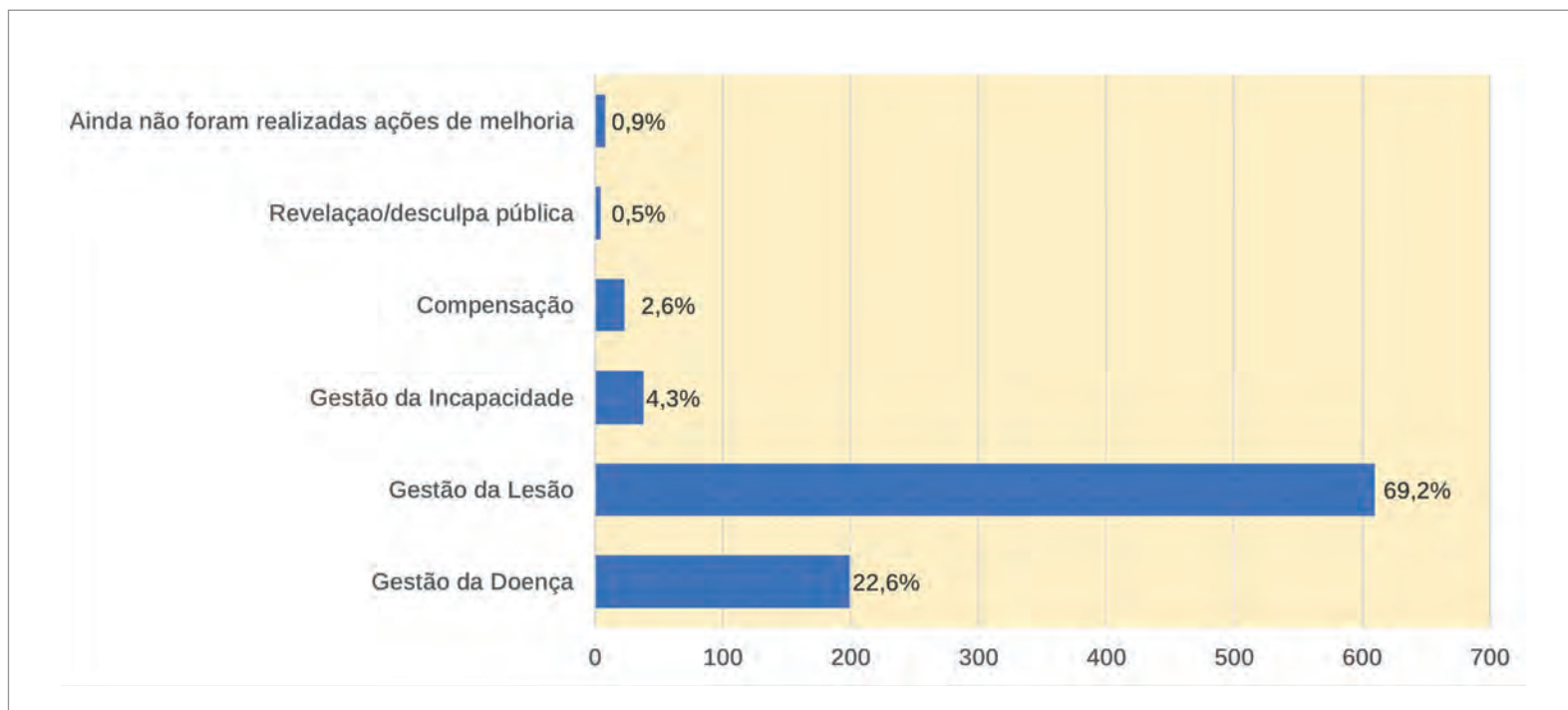


Tabela 51a - Distribuição das 663 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização. Ref.: 2021.

2- Relacionadas à organização	Identificação	
	F	F%
Gestão da mídia/relções públicas	3	0,5
Gestão de reclamações	23	4,1
Gestão de ação judicial/riscos	2	0,4
Gestão do stress/acompanhamento psicológico para os profissionais	5	0,9
Notificação local e indenização	92	16,5
Reconciliação/mediação	0	0,0
Mudança da cultura organizacional	77	13,8
Formação/treinamento	346	62,2
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	8	1,4
Total	556	100,0

Gráfico 59a - Indicações de ações de melhoria relacionadas à organização nas notificações de NE. Ref.: 2021.

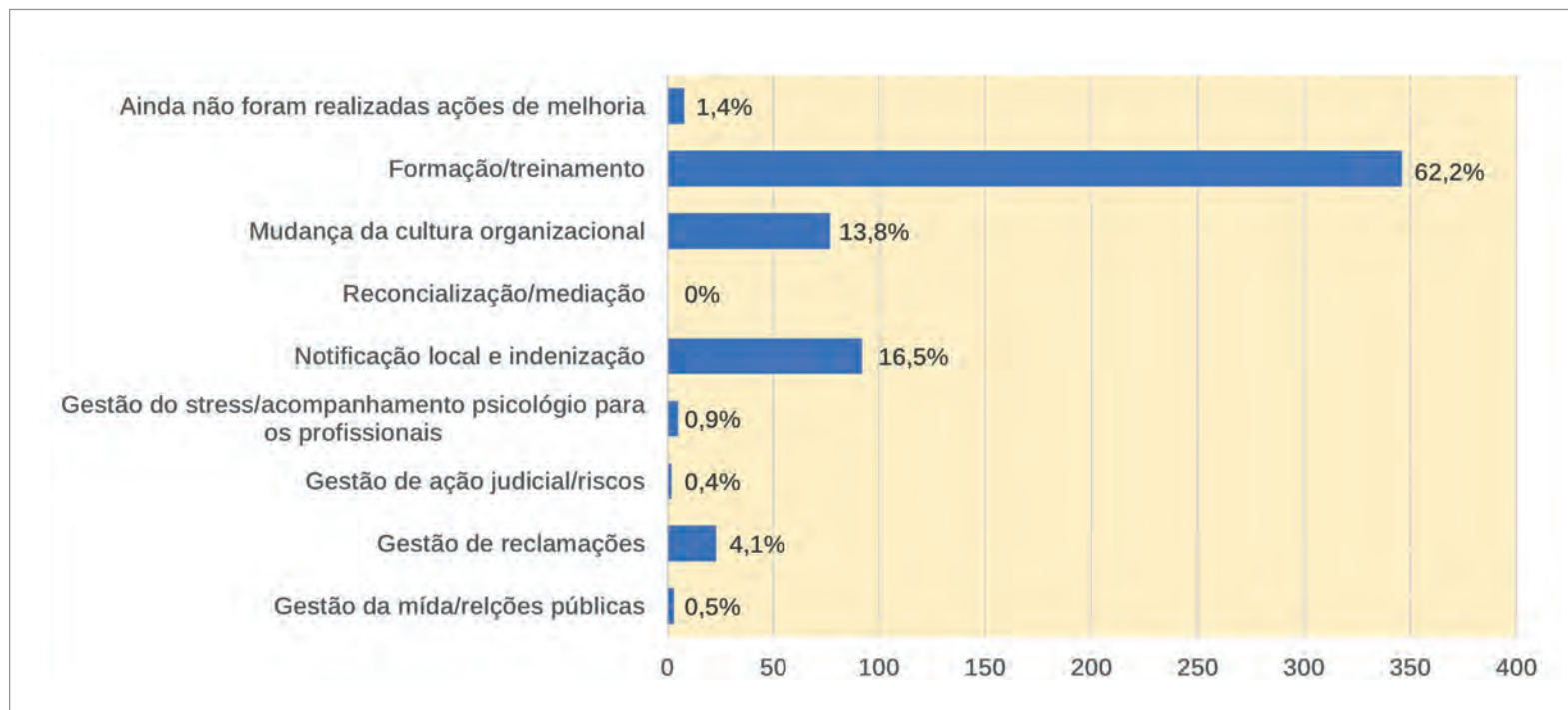


Tabela 49b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

Ações de Melhoria	Identificação	
	F	F%
Relacionadas ao paciente	162	54,0
Relacionadas à organização	138	46,0
Total	300	100,0

Tabela 50b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas ao paciente. Ref.: 2021.

1.Relacionadas ao paciente	Identificação	
	F	F%
Gestão da Doença	25	13,0
Gestão da Lesão	151	78,6
Gestão da Incapacidade	6	3,1
Compensação	5	2,6
Revelação/desculpa pública	2	1,0
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	3	1,6
Total	192	100,0

Gráfico 58b - Indicações de ações de melhoria relacionadas ao paciente nas notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

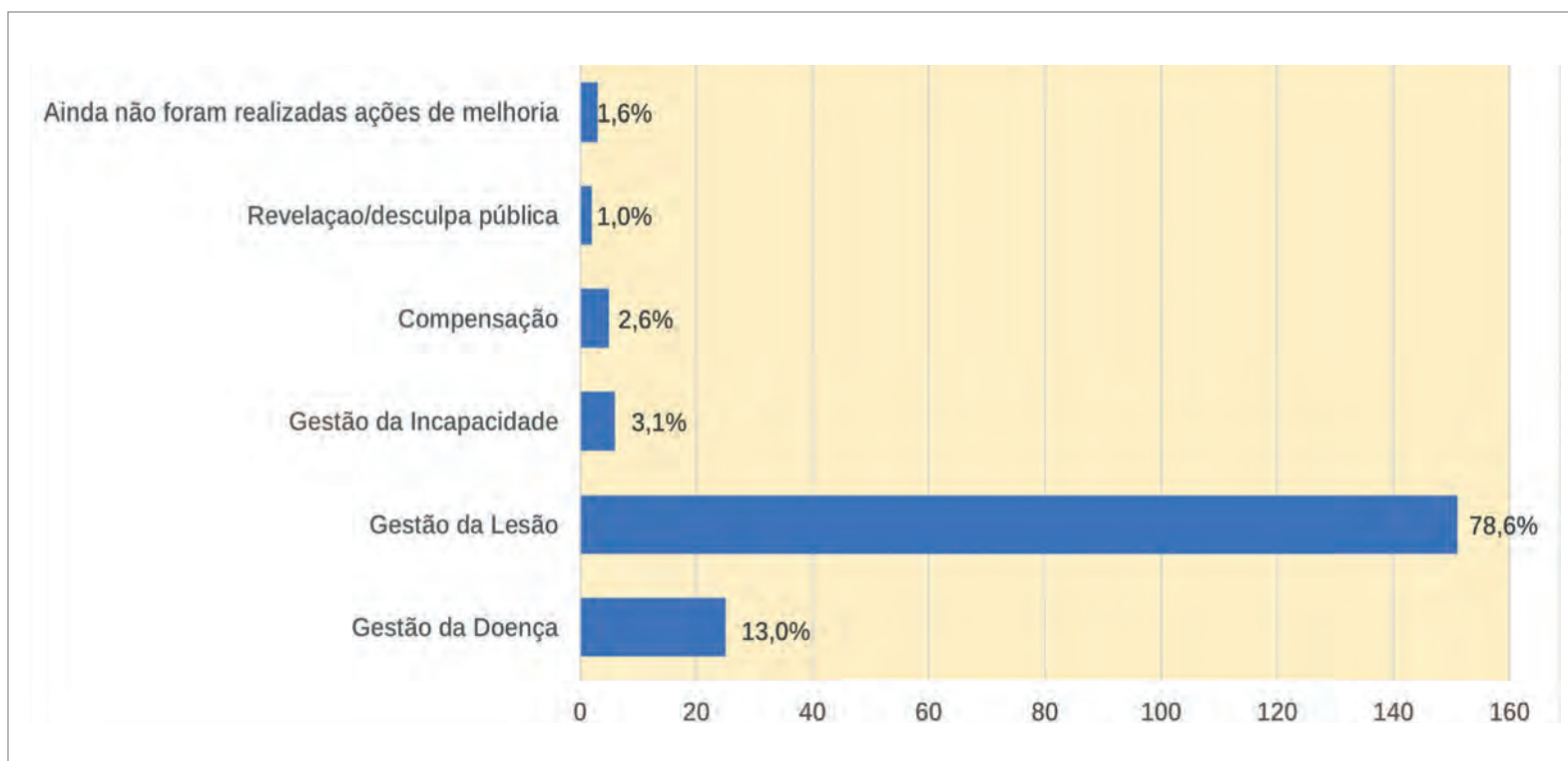


Tabela 51b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

2- Relacionadas à organização	Identificação	
	F	F%
Gestão da mídia/relções públicas	1	0,6
Gestão de reclamações	10	5,6
Gestão de ação judicial/riscos	1	0,6
Gestão do stress/acompanhamento psicológico para os profissionais	0	0,0
Notificação local e indenização	13	7,3
Reconciliação/mediação	1	0,6
Mudança da cultura organizacional	30	16,9
Formação/treinamento	119	66,9
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	3	1,7
Total	178	100,0

Gráfico 59b - Indicações de ações de melhoria relacionadas à organização nas notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.



Já em relação às notificações de óbitos, a identificação das ações de melhoria ocorreu em 75,7% (261) e 83,2% (94), respectivamente, no período de 2021 e Jan - Mai/2022 (**Gráficos 60a e 60b**).

Gráfico 60a - Indicação nas notificações de Óbitos de ações de melhoria diante do EA. Ref.: 2021.

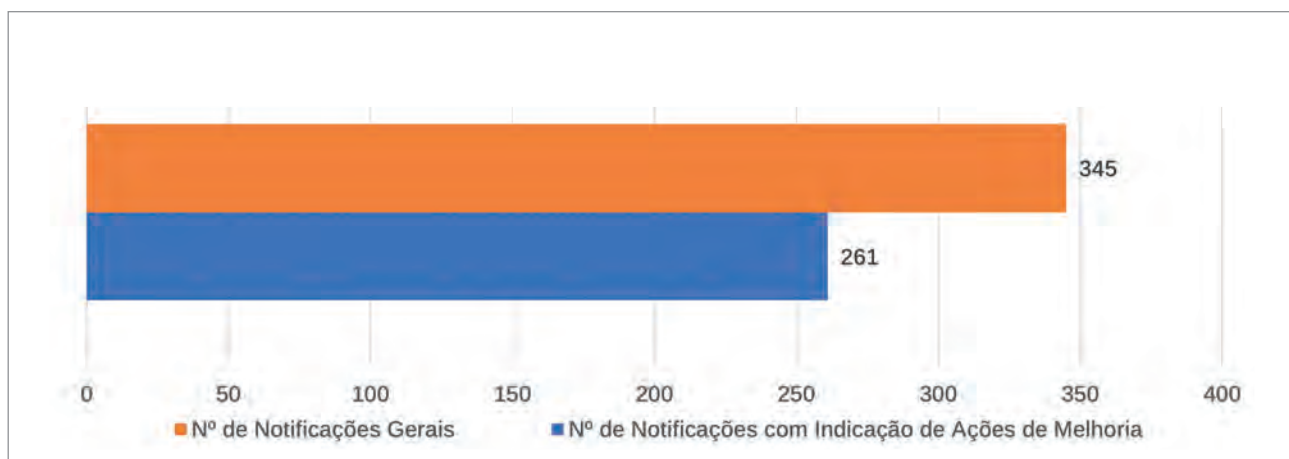
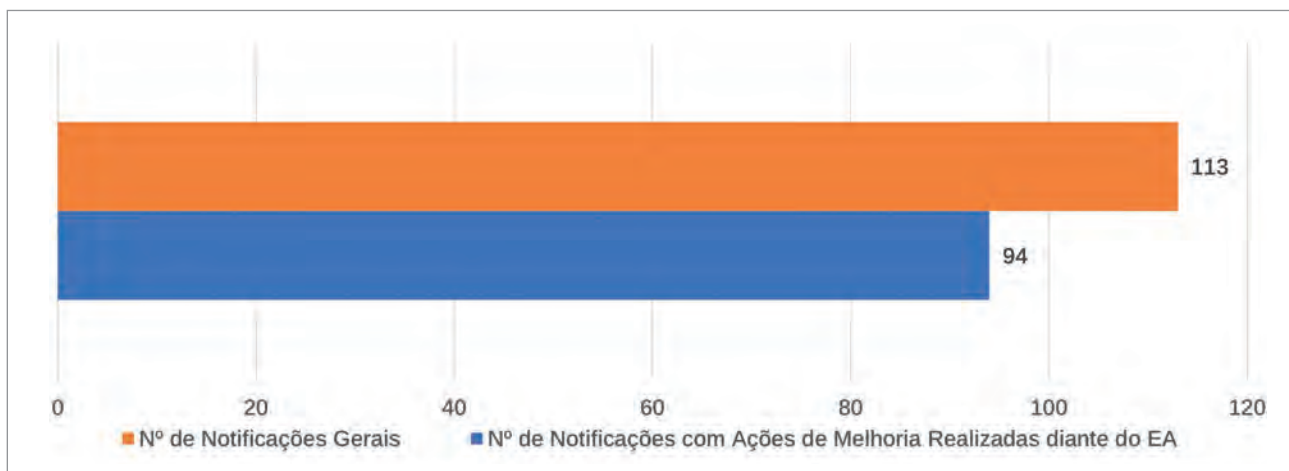


Gráfico 60b - Indicação nas notificações de Óbitos de ações de melhoria diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



A mesma tratativa foi realizada com as notificações dos óbitos, portanto, os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de melhoria apontadas conforme tipo de relação (paciente e organização). (**Tabelas 60a, 60b, 61a, 61b, 62a e 62b e Gráficos 61a, 61b, 62a e 62b**).

Tabela 60a - Distribuição das 261 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: 2021.

Ações de Melhoria	Identificação	
	F	F%
Relacionadas ao paciente	177	41,5
Relacionadas à organização	250	58,5
Total	427	100,0

Tabela 61a - Distribuição das 261 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas ao paciente realizadas diante do EA. Ref.: 2021

1.Relacionadas ao paciente	Identificação	
	F	F%
Gestão da Doença	108	51,9
Gestão da Lesão	53	25,5
Gestão da Incapacidade	9	4,3
Compensação	6	2,9
Revelação/desculpa pública	12	5,8
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	20	9,6
Total	208	100,0

Gráfico 61a - Indicações de ações de melhoria relacionadas ao paciente nas notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

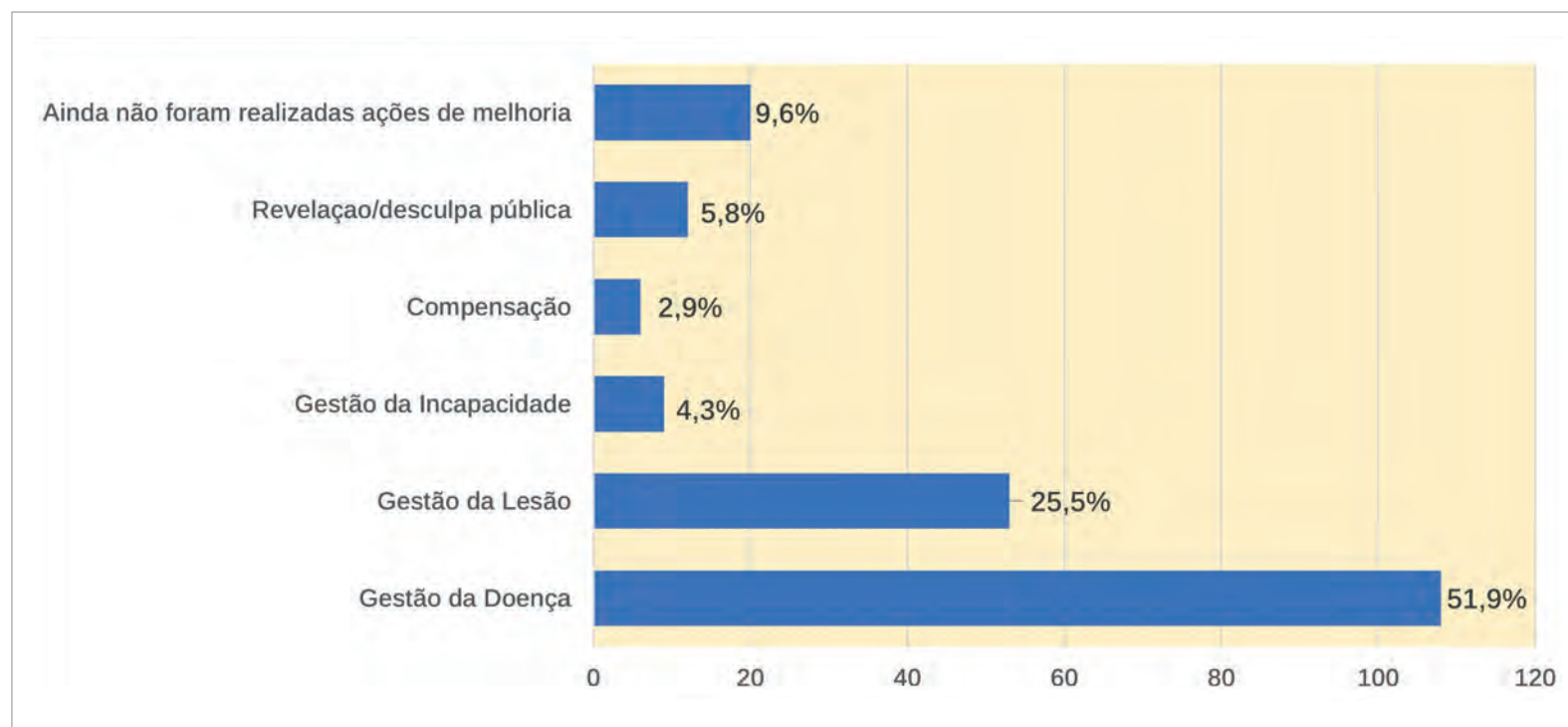


Tabela 62a - Distribuição das 261 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA. Ref.: 2021.

2- Relacionadas à organização	Identificação	
	F	F%
Gestão da mídia/relções públicas	4	1,0
Gestão de reclamações	18	4,6
Gestão de ação judicial/riscos	11	2,8
Gestão do stress/accompanhamento psicológio para os profissionais	21	5,4
Notificação local e indenização	19	4,8
Reconciliação/mediação	7	1,8
Mudança da cultura organizacional	93	23,7
Formação/treinamento	199	50,8
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	20	5,1
Total	392	100,0

Gráfico 62a - Indicações de ações de melhoria relacionadas à organização nas notificações de Óbitos. Ref.: 2021.



Tabela 60b - Distribuição das 94 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: Jan-Mai/2022.

Ações de Melhoria	Identificação	
	F	F%
Relacionadas ao paciente	76	46,9
Relacionadas à organização	86	53,1
Total	162	100,0

Tabela 61b - Distribuição das 94 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas ao paciente. Ref.: Jan - Mai/2022.

1.Relacionadas ao paciente	Identificação	
	F	F%
Gestão da Doença	38	39,6
Gestão da Lesão	35	36,5
Gestão da Incapacidade	1	1,0
Compensação	7	7,3
Revelação/desculpa pública	7	7,3
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	8	8,3
Total	96	100,0

Gráfico 61b - Indicações de ações de melhoria relacionadas ao paciente nas notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

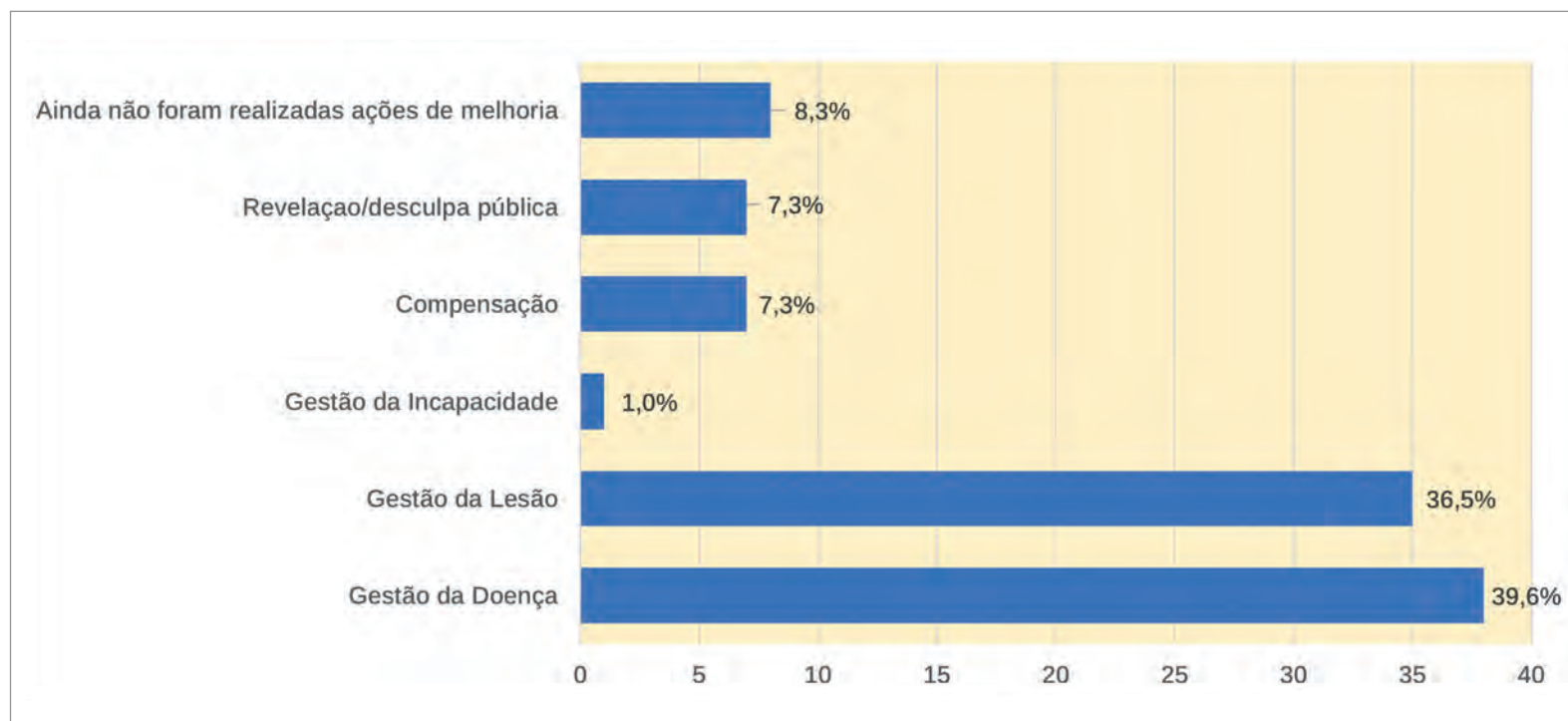
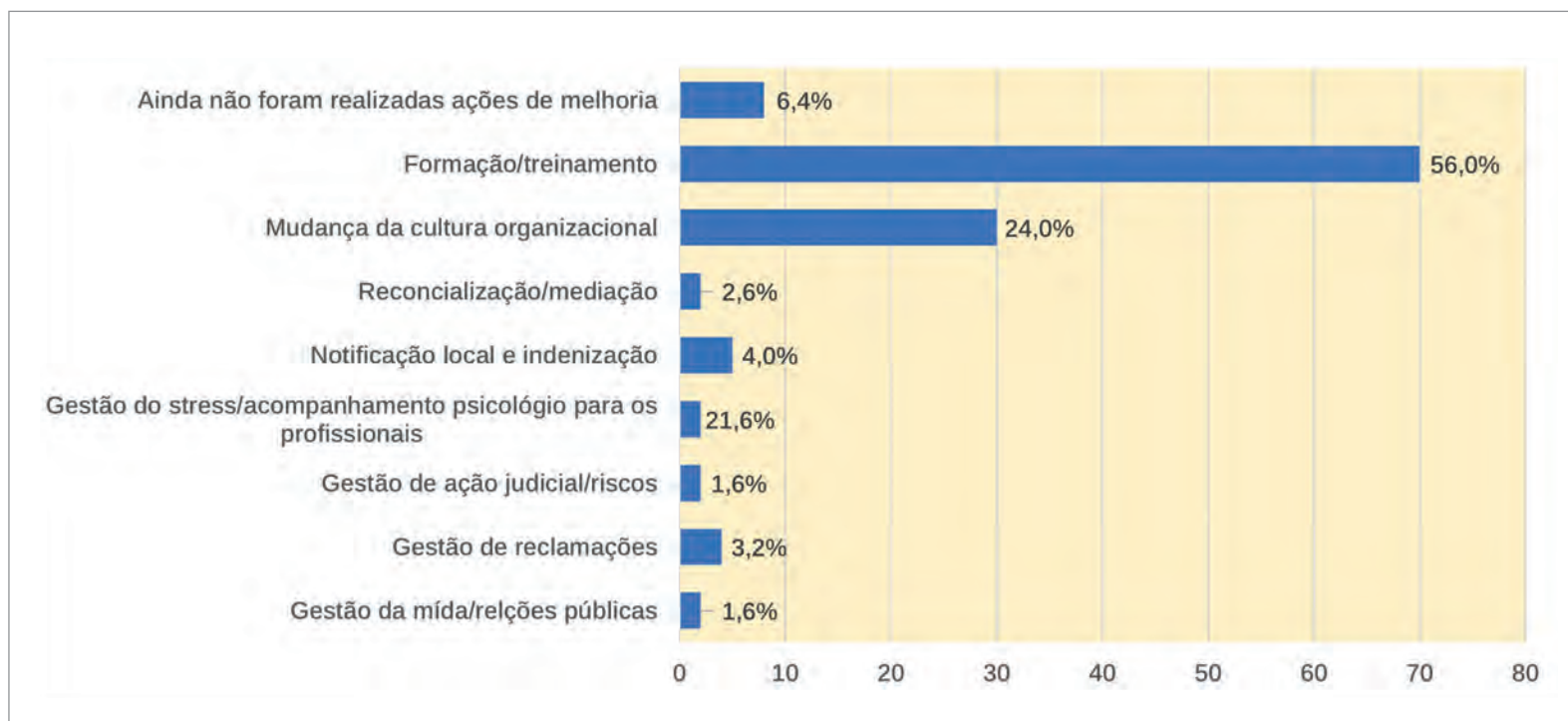


Tabela 62b - Distribuição das 94 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA.Ref.: Jan - Mai/2022.

2- Relacionadas à organização	Identificação	
	F	F%
Gestão da mídia/relções públicas	2	1,6
Gestão de reclamações	4	3,2
Gestão de ação judicial/riscos	2	1,6
Gestão do stress/acompanhamento psicólogo para os profissionais	2	1,6
Notificação local e indenização	5	4,0
Reconciliação/mediação	2	1,6
Mudança da cultura organizacional	30	24,0
Formação/treinamento	70	56,0
Ainda não foram realizadas ações de melhoria	8	6,4
Total	125	100,0

Gráfico 62b - Indicações de ações de melhoria relacionadas à organização nas notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.



Os resultados demonstram que as ações de melhoria diante dos NE e óbitos são similares, sendo à gestão da doença e da lesão de maior representatividade entre aquelas relacionadas ao paciente e, ainda, à formação e treinamento e a mudanças na cultura de organizacional como as principais relativas à organização.

Propor ações para a redução do risco de eventos adversos em pacientes é importante para garantir a segurança do paciente durante todo o processo de cuidado em saúde, minimizando a possibilidade de erros e melhorando a qualidade da assistência prestada.

São várias as estratégias para reduzir o risco de eventos adversos, e incluem desde a implantação de protocolos básicos de segurança do paciente, como também, o estabelecimento de comunicação efetiva entre os membros da equipe. É essencial que as informações sejam disseminadas e preservadas não apenas no momento do cuidado em si como em sua transição. Além disso, o uso de produtos para saúde (medicamentos, equipamentos e outros) devem respeitar as boas práticas sanitárias o que inclui manutenção rotineira, guarda, distribuição e uso seguros. Sendo ainda, essencial propostas e realizações de treinamentos e capacitação para que a adoção de práticas corretas e em tempo ajustado seja realizada como uma prioridade em toda instituição de saúde.

Ao analisar as ações para reduzir o risco nas notificações de *never events* consta a identificação de uma ou mais ações em 83,8% (697) e 68,7% (167) nos períodos que de 2021 e jan-maio/2022, respectivamente. (Gráficos 63a e 63b).

Gráfico 63a - Indicação das Notificações de NE das Ações para Reduzir o Risco diante do EA. Ref.: 2021.

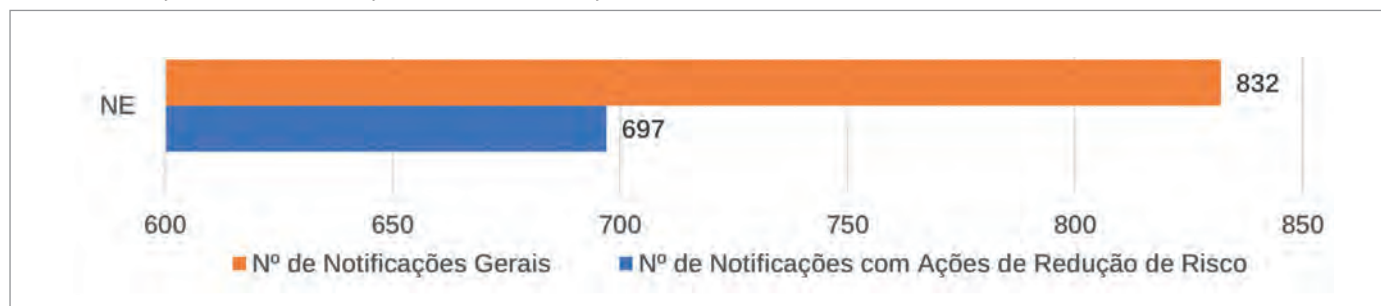
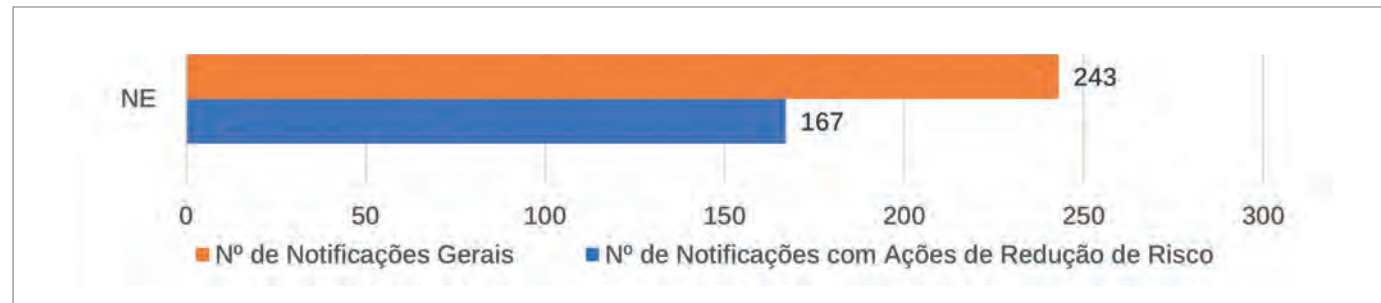


Gráfico 63b - Indicação das Notificações de NE das Ações para Reduzir o Risco diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



As ações de redução do risco podem assumir três tipologias, conhecidas como: fatores do paciente; fatores do profissional e fatores ambientais e organizacionais. Ressalta-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais ações no mesmo tipo e em tipos diferentes, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar os dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de redução ao risco identificadas (Tabelas 63a, 63b, 50a,50b,51a e 51b e Gráficos 64a, 64b, 65a, 65b, 66a e 66b).

Tabela 63a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação de ações para reduzir o risco de eventos adversos conforme o grupo de fatores registrados. Ref.: 2021

Ações de Redução do Risco	Identificação	
	F	F%
Fatores do Paciente	552	32,7
Fatores do Profissional	541	32,0
Fatores Ambientais e Organizacionais	596	35,3
Total	1689	100,0

Tabela 63b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações para reduzir o risco de eventos adversos conforme o grupo de fatores registrados. Ref.: Jan - Mai/2022.

Ações de Redução do Risco	Identificação	
	F	F%
Fatores do Paciente	152	34,6
Fatores do Profissional	154	35,1
Fatores Ambientais e Organizacionais	133	30,3
Total	439	100,0

Tabela 64a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação dos fatores do paciente como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

1- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Disponibilização de cuidados / apoio adequado	514	56,2
B- Disponibilização de instrução / orientações para o paciente	192	21,0
C- Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	179	19,6
D- Disponibilização de equipamento de monitorização	16	1,7
E- Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	14	1,5
Total	915	100,0

Gráfico 64a - Fatores do Paciente como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

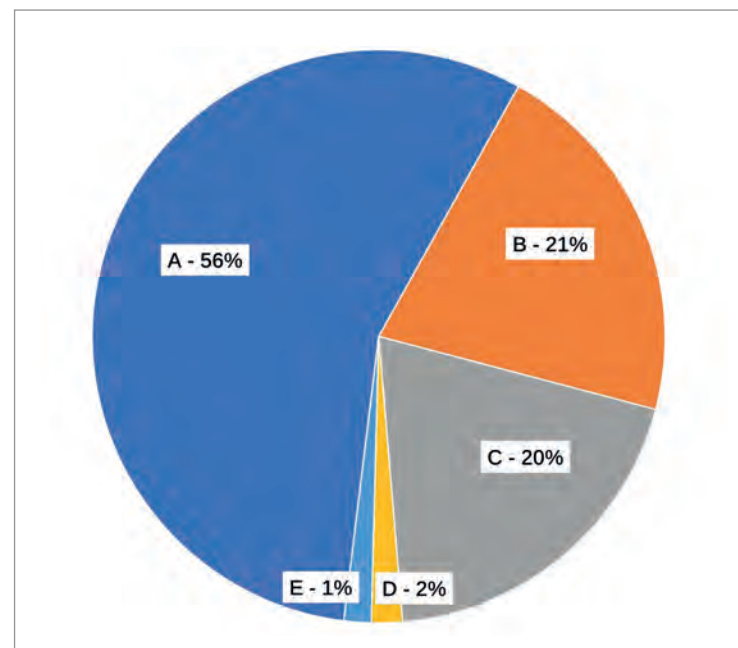


Tabela 64b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores do paciente como ações para redução do risco. Ref.: Jan-Mai/2022.

1- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Disponibilização de cuidados / apoio adequado	135	55,8
B- Disponibilização de instrução / orientações para o paciente	61	25,2
C- Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	40	16,5
D- Disponibilização de equipamento de monitorização	4	1,7
E- Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	2	0,8
Total	242	100,0

Gráfico 64b - Fatores do Paciente como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.

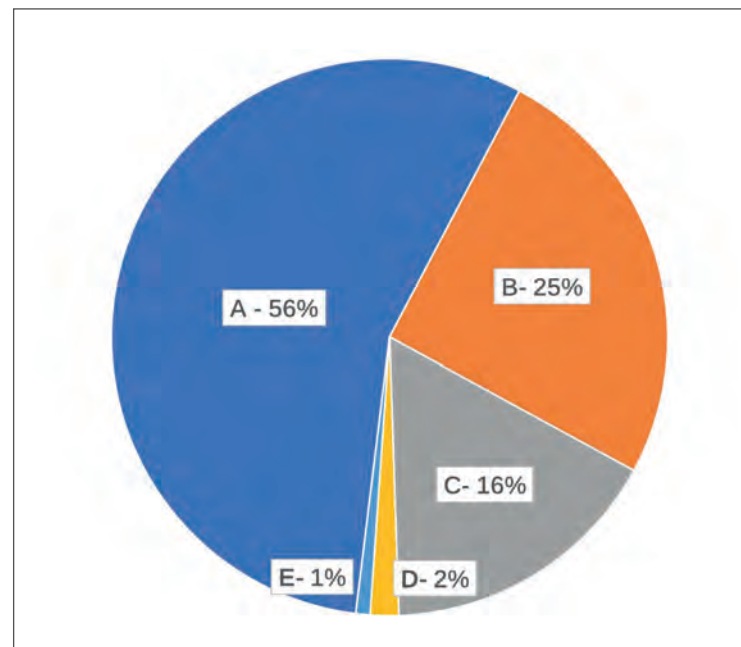


Tabela 65a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação dos fatores do profissional como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

2- Fatores do Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Orientação	327	33,2
B- Formação	247	25,1
C- Supervisão / assistência	223	22,7
D- Disponibilidade de checklist / protocolos / políticas	165	16,8
F- Número de profissionais adequado à demanda	15	1,5
G- Estratégias para gestão da fadiga	7	0,7
Total	984	100,0

Gráfico 65a - Fatores do Profissional como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021

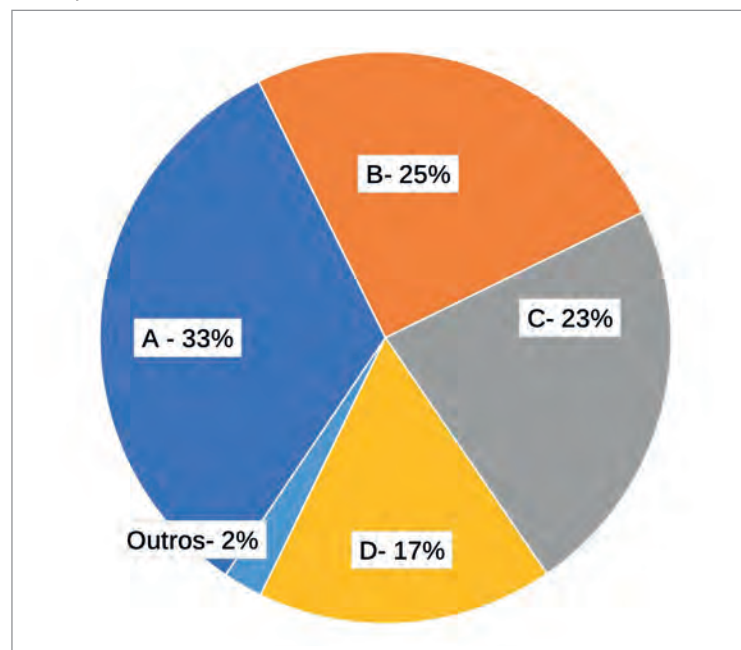


Tabela 65b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores do profissional como ações para redução do risco. Ref.: Jan-Mai/2022.

2- Fatores do Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Orientação	101	38,1
B- Formação	68	25,7
C- Supervisão / assistência	56	21,1
D- Disponibilidade de checklist / protocolos / políticas	30	11,3
F- Número de profissionais adequado à demanda	8	3,0
G- Estratégias para gestão da fadiga	2	0,8
Total	265	100,0

Gráfico 65b - Fatores do Profissional como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.

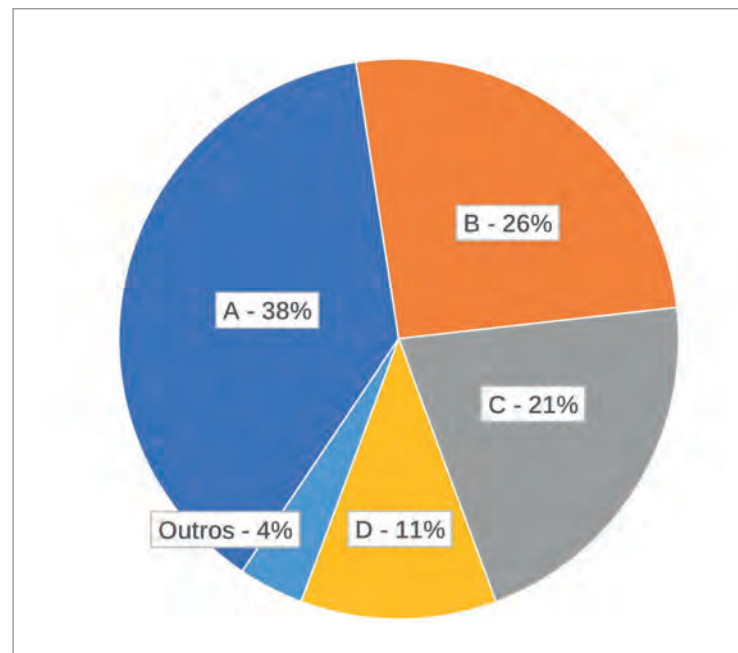


Tabela 66a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

3- Fatores Ambientais e Organizacionais	Identificação	
	F	F%
A- Melhoria da cultura de segurança	271	29,1
B- Efetuar avaliações de risco / análise de causa-raiz	212	22,7
C- Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão	204	21,9
D- Melhoria da liderança / orientação	98	10,5
E- Adequação dos profissionais às tarefas / aptidões	59	6,3
F- Ambiente físico adequado às necessidades	48	5,2
G- Cumprir códigos / especificações / regulamentos	35	3,8
H- Providenciar acesso a um serviço	5	0,5
Total	932	100,0

Gráfico 66a - Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021

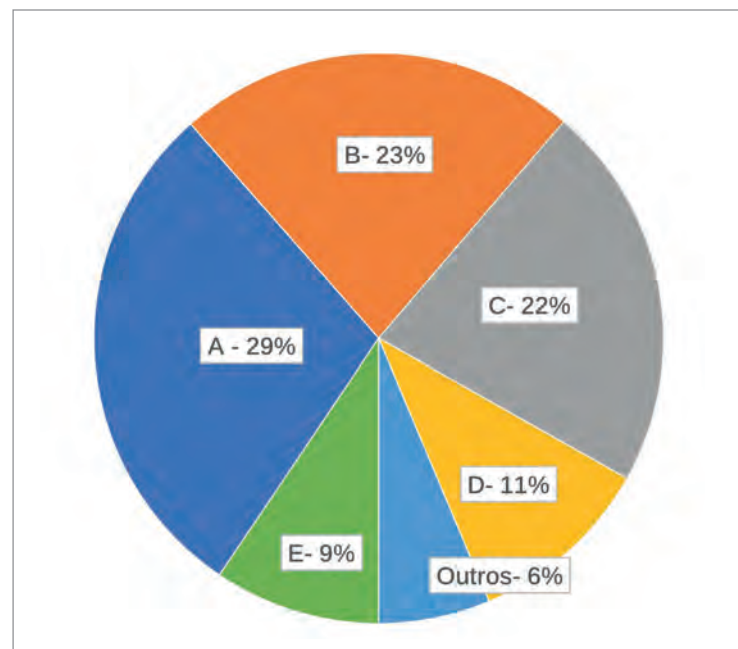
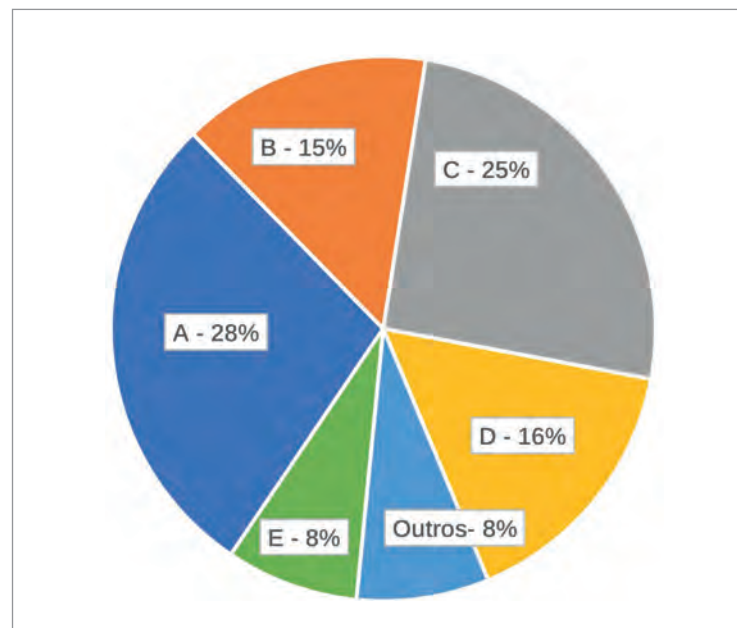


Tabela 66b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos Fatores Ambientais e Organizacionais como ações de redução do risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

3- Fatores Ambientais e Organizacionais	Identificação	
	F	F%
A- Melhoria da cultura de segurança	61	28,2
B- Efetuar avaliações de risco / análise de causa-raiz	32	14,8
C- Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão	55	25,5
D- Melhoria da liderança / orientação	34	15,7
E- Adequação dos profissionais às tarefas / aptidões	17	7,9
F- Ambiente físico adequado às necessidades	13	6,0
G- Cumprir códigos / especificações / regulamentos	3	1,4
H- Providenciar acesso a um serviço	1	0,5
Total	216	100,0

Gráfico 66b - Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.



Já nas notificações de óbitos as ações para reduzir o risco foram identificadas em 80,9% (279) e 92,9% (105) nos períodos de 2021 e jan-maio/2022, respectivamente. (**Gráficos 67a e 67b**).

Gráfico 67a - Indicação nas notificações de Óbitos das ações para reduzir o risco diante do EA Ref.: 2021.

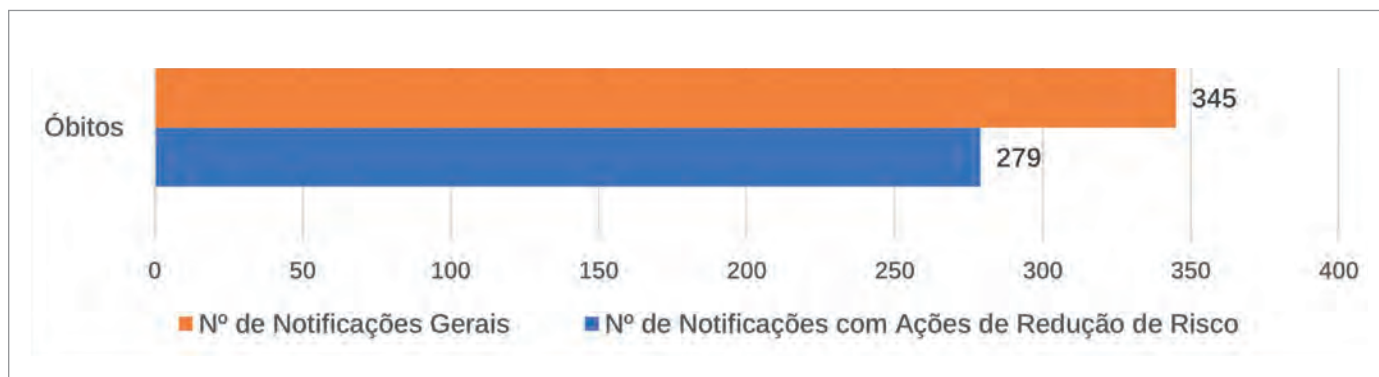
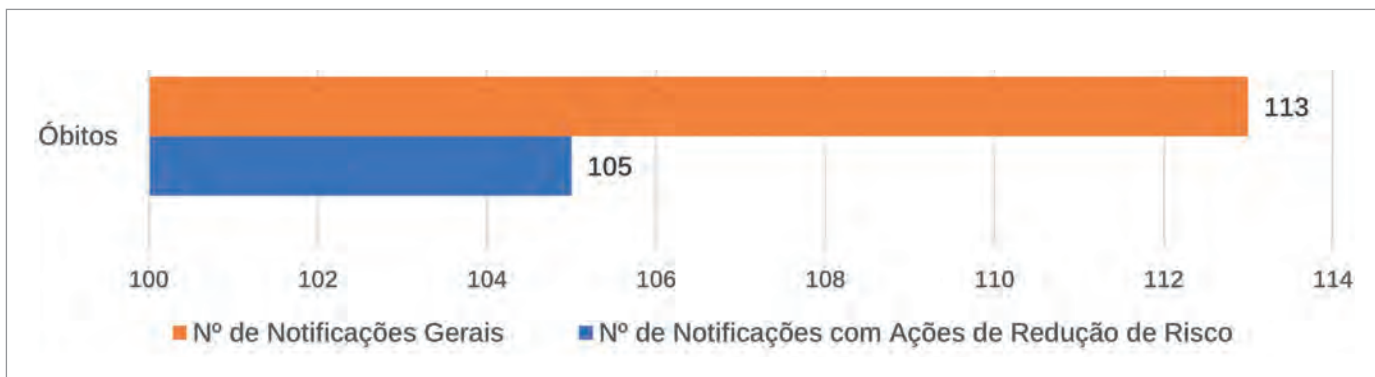


Gráfico 67b - Indicação nas notificações de Óbitos das ações para reduzir o risco diante do EA Ref.: 2021.



As mesmas tratativas para os óbitos foram realizadas, lembrando que numa mesma notificação pode conter a identificação de uma ou mais ações no mesmo tipo e em tipos diferentes, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar os dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações para redução do risco identificadas (**Tabelas 67a e 67b a 70a e 70b e Gráficos 68a e 68b a 70a e 70b**).

Tabela 67a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação de ações para reduzir o risco de eventos adversos conforme o grupo de fatores registrados. Ref.: 2021.

Ações de Redução do Risco	Identificação	
	F	F%
1.Fatores do Paciente	176	26,7
2.Fatores do Profissional	246	37,3
3.Fatores Ambientais e Organizacionais	238	36,1
Total	660	100,0

Tabela 67b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação de ações para reduzir o risco de eventos adversos conforme o grupo de fatores registrados. Ref.: Jan-Mai/2022.

Ações de Redução do Risco	Identificação	
	F	F%
1.Fatores do Paciente	72	27,9
2.Fatores do Profissional	95	36,8
3.Fatores Ambientais e Organizacionais	91	35,3
Total	258	100,0

Tabela 68a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação com identificação dos fatores do paciente como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

1- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Disponibilização de cuidados / apoio adequado	118	43,1
B- Disponibilização de instrução / orientações para o paciente	30	10,9
C- Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	84	30,7
D- Disponibilização de equipamento de monitorização	33	12,0
E- Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	9	3,3
Total	274	100,0

Gráfico 68a - Fatores do Paciente como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

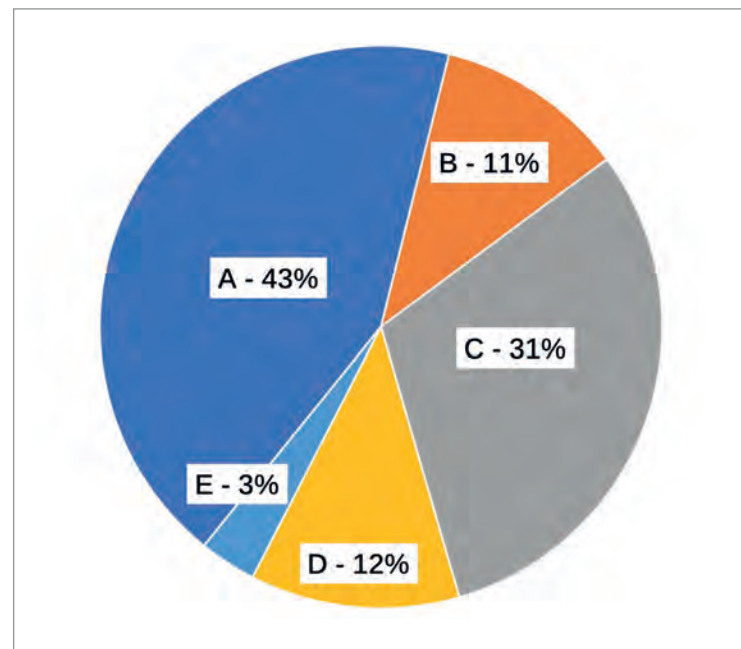


Tabela 68b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do paciente como ações para redução do risco. Ref.: Jan-Mai/2022.

1- Fatores do Paciente	Identificação	
	F	F%
A- Disponibilização de cuidados / apoio adequado	51	45,5
B- Disponibilização de instrução / orientações para o paciente	17	15,2
C- Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	28	25,0
D- Disponibilização de equipamento de monitorização	12	10,7
E- Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	4	3,6
Total	112	100,0

Gráfico 68b - Fatores do Paciente como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.

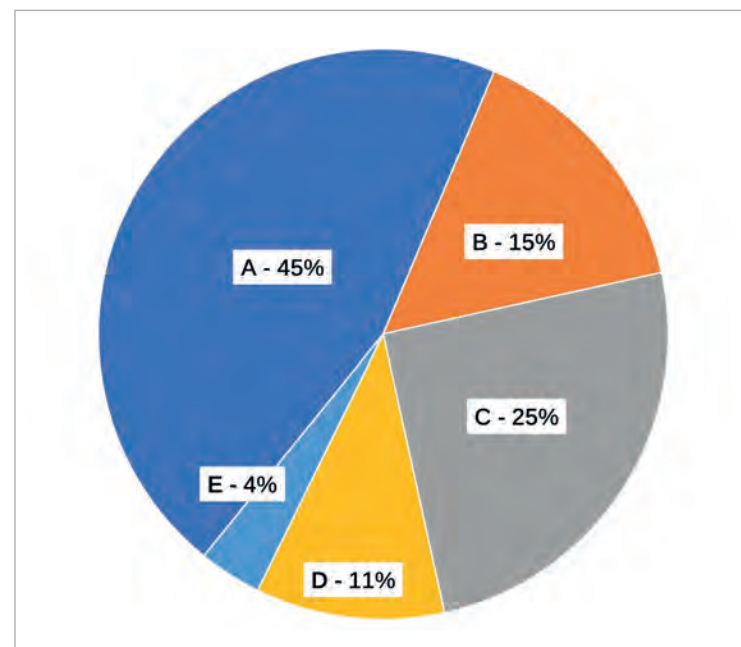


Tabela 69a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do profissional como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

2- Fatores do Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Orientação	155	32,5
B- Disponibilidade de checklist / protocolos / políticas	144	30,2
C- Supervisão / assistência	98	20,5
D- Formação	66	13,8
E- Número de profissionais adequado à demanda	8	1,7
F- Estratégias para gestão da fadiga	6	1,3
Total	477	100,0

Gráfico 69a - Fatores do Profissional como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

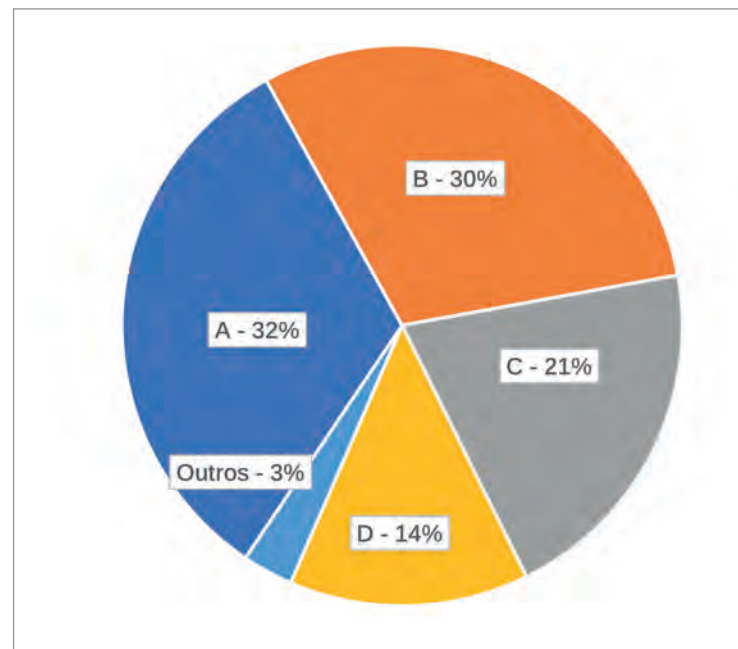


Tabela 69b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do profissional como ações para redução do risco. Ref.: Jan-Mai/2022.

2- Fatores do Profissional	Identificação	
	F	F%
A- Orientação	70	37,6
B- Disponibilidade de checklist / protocolos / políticas	28	15,1
C- Supervisão / assistência	30	16,1
D- Formação	51	27,4
E- Número de profissionais adequado à demanda	5	2,7
F- Estratégias para gestão da fadiga	2	1,1
Total	186	100,0

Gráfico 69b - Fatores do Profissional como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.

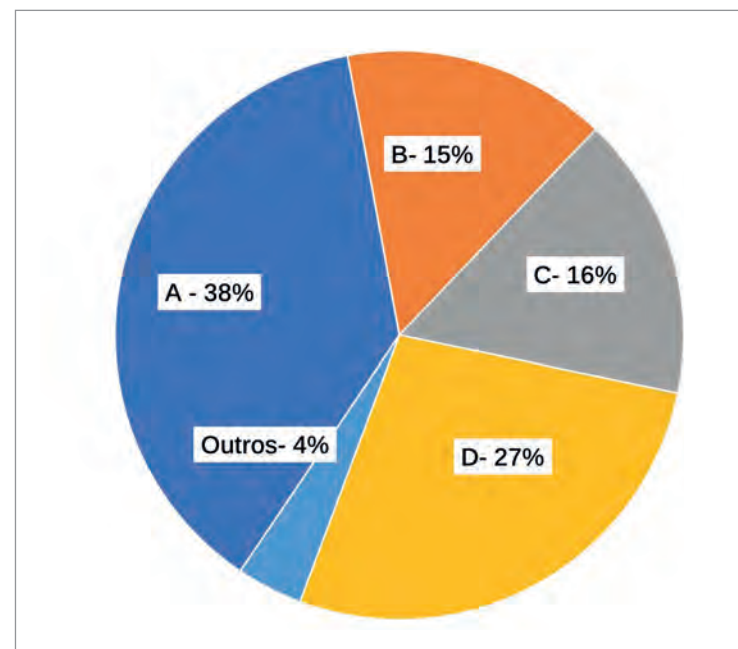


Tabela 70a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação dos Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco. Ref.: 2021.

3- Fatores Ambientais e Organizacionais	Identificação	
	F	F%
A- Melhoria da cultura de segurança	127	23,2
B- Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão	106	19,4
C- Efetuar avaliações de risco / análise de causa-raiz	104	19,0
D- Melhoria da liderança / orientação	69	12,6
E- Cumprir códigos / especificações / regulamentos	66	12,1
F- Adequação dos profissionais às tarefas / aptidões	49	9,0
G- Ambiente físico adequado às necessidades	20	3,7
H- Providenciar acesso a um serviço	6	1,1
Total	547	100,0

Gráfico 70a - Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

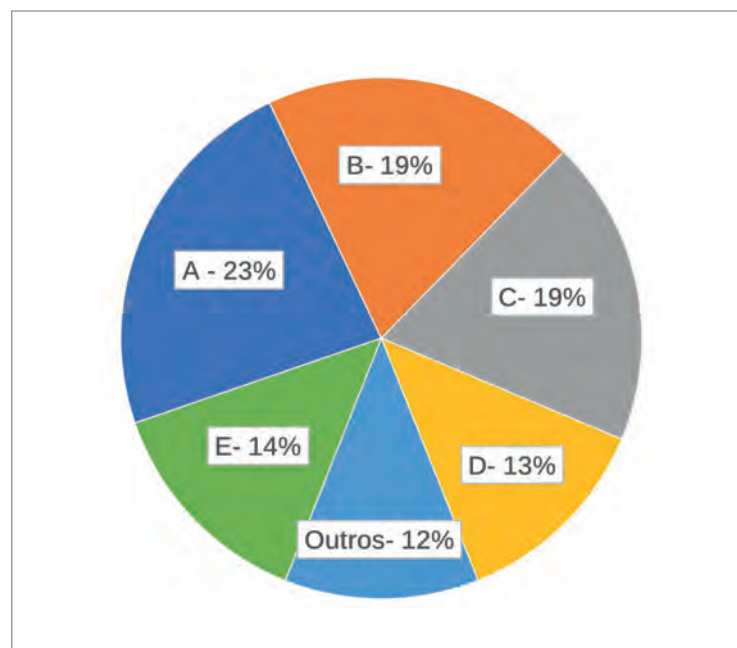
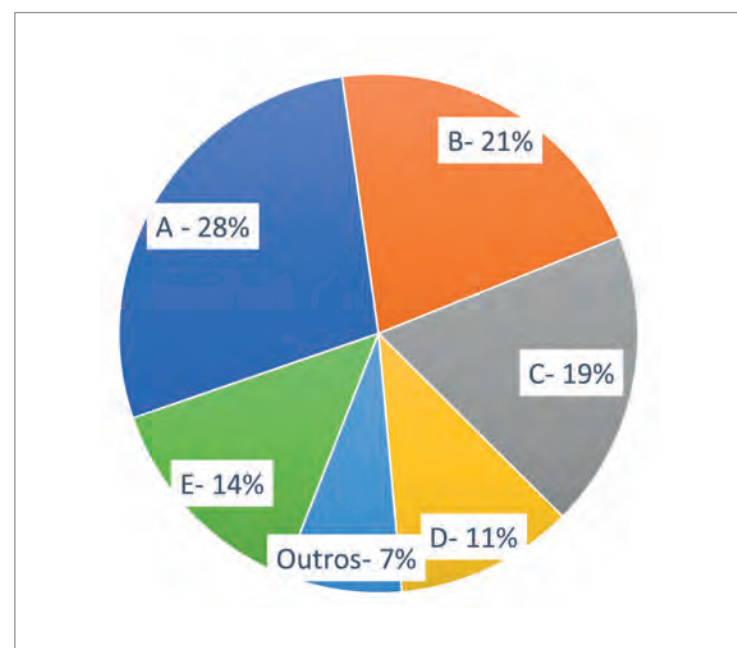


Tabela 70b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco. Ref.: Jan-Mai/2022.

3- Fatores Ambientais e Organizacionais	Identificação	
	F	F%
A- Melhoria da cultura de segurança	53	28,0
B- Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão	40	21,2
C- Efetuar avaliações de risco / análise de causa-raiz	35	18,5
D- Melhoria da liderança / orientação	21	11,1
E- Cumprir códigos / especificações / regulamentos	14	7,4
F- Adequação dos profissionais às tarefas / aptidões	10	5,3
G- Ambiente físico adequado às necessidades	11	5,8
H- Providenciar acesso a um serviço	5	2,6
Total	189	100,0

Gráfico 70b - Fatores Ambientais e Organizacionais como ações para redução do risco e seus subtipos. Ref.: Jan-Mai/2022.



Pode-se constatar que as principais ações citadas nas notificações de *never events* foram aquelas ligadas à disponibilidade de cuidados e apoio adequado ao paciente, orientação e formação ao profissional. Já nos óbitos as ações mais identificadas foram a orientação e a disponibilidade de checklist, protocolos e políticas ao profissional e a melhoria da cultura de segurança como quesito do âmbito organizacional.

Resultados da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente

A **Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente** (ANPSP) deriva de processo autoavaliativo realizado por dois tipos de serviços de saúde prioritários: Serviços de Saúde com UTI e Serviços de Diálise. Os dados aqui apresentados referem-se aos gerados pelos serviços hospitalares. Esses dados são recebidos pela Equipe de Gestão Estadual de Segurança do Paciente, onde após análise documental, recebe a validação diante de cada item avaliativo. O próprio movimento da autoavaliação contribui para que o serviço se observe, podendo assim promover a cultura de segurança, visitar os processos de trabalho frente à gestão de risco e ao cuidado prestado, conseqüentemente, obter a melhoria das práticas de segurança do paciente instituídas dentro do serviço²².

A participação dos hospitais na ANPSP é voluntária e tem como intencionalidade realizar o diagnóstico das práticas de segurança do paciente e potencializar a aplicação de programas de desenvolvimento voltados para o aprimoramento constante da qualidade e segurança do paciente²².

Em 2019 participaram deste processo de avaliação das práticas de segurança do paciente, 227 serviços de saúde, distribuídos em 26 dos 28 diferentes Grupos e Sub Grupos de Vigilância Sanitária (GVS e SGVS), onde os GVS XIV e XVIII não tiveram nenhum serviço participante.

Ao analisar a documentação formal exigida para conformidade do indicador da presença do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constatou-se que dos 151 serviços com documentação apresentada corretamente, 9 (6%) deles não estavam com seus registros na Anvisa, o que demonstrou irregularidade. O inverso também ocorreu, dos 76 serviços que apresentaram a documentação incompleta ou nula, conseqüentemente, considerados de baixa adesão automática, 68 (89%) estavam regularmente cadastrados na Anvisa.

Do total dos 227 serviços, 12 deles eram de hospitais sem UTI Adulto implantados, metade deles não possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) instituído, já os demais apesar de possuírem, 2 (dois) deles não apresentaram os comprovantes de registros das reuniões realizadas, o que acarreta baixa aderência automática às práticas de segurança, independentemente dos demais itens de análise contidos na ANPSP. Os dois hospitais nessa condição são da Capital.

Em relação ao Plano de Segurança do Paciente Implantado, três quesitos são verificados em seu conteúdo a presença de análise diagnóstica do contexto e os objetivos; ações de intervenção diante dos objetivos e metas e indicadores de acompanhamento.

Os resultados apontam que dos 227 hospitais participantes, 67 (29,5%) apresentaram Plano de Segurança do Paciente provido de diagnóstico situacional do contexto do serviço, objetivos, metas e indicadores de acompanhamento e 70 (30,8%) as ações de intervenção associadas aos objetivos e metas elencados. Os dados demonstram a necessidade de uma tratativa que possa melhorar a qualificação dos planos a serem revisados.⁵⁴

Os 11 (onze) Protocolos contemplados na ANPSP são: higiene das mãos; cirurgia segura; prevenção por

lesão por pressão; prevenção de quedas; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; precaução e isolamento e prevenção de infecção em: corrente sanguínea associada à cateter venoso central, trato urinário relacionado ao uso de cateter venoso central, trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica e sítio cirúrgico²². A análise da descrição dos referidos protocolos abarca questões da ordem técnica e de documentos comprobatórios de capacitação realizadas junto aos profissionais de saúde, conforme constam no Quadro 2.

Quadro 2 - Quesitos de ordem técnica contidos como critérios de conformidade em cada um dos 11 (onze) Protocolos necessários de serem implantados nos serviços participantes da ANPSP e o percentual correspondente de atendimento da conformidade – 2019.²²

Higiene das Mãos
Descrição da técnica (78,9%)
Orientação dos 5 momentos da higiene (72,2%)
Indicadores de monitoramento da adesão (45,4%)
Identificação do Paciente
Estabelecimento de forma de identificação de todos os pacientes (75,3)
Orientação de uso de mínimo de dois identificadores (75,3%)
Recomendação de procedimentos de identificação (71,8%)
Cirurgia Segura
Recomendação da utilização do checklist de cirurgia segura em todas as etapas (70,5%)
Prevenção de Lesão Por Pressão
Avaliação do Risco de LPP na admissão e durante a internação (74,0%)
Medidas de prevenção com base na avaliação de risco realizada (74,4%)
Prevenção de Quedas
Avaliação de Risco de Quedas na admissão e durante a internação (75,8%)
Medidas de prevenção com base na avaliação de risco realizada (75,8)
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
Medidas para prescrição segura (55,1%)
Medidas para dispensação segura (57,3%)
Medidas para administração segura (56,4%)

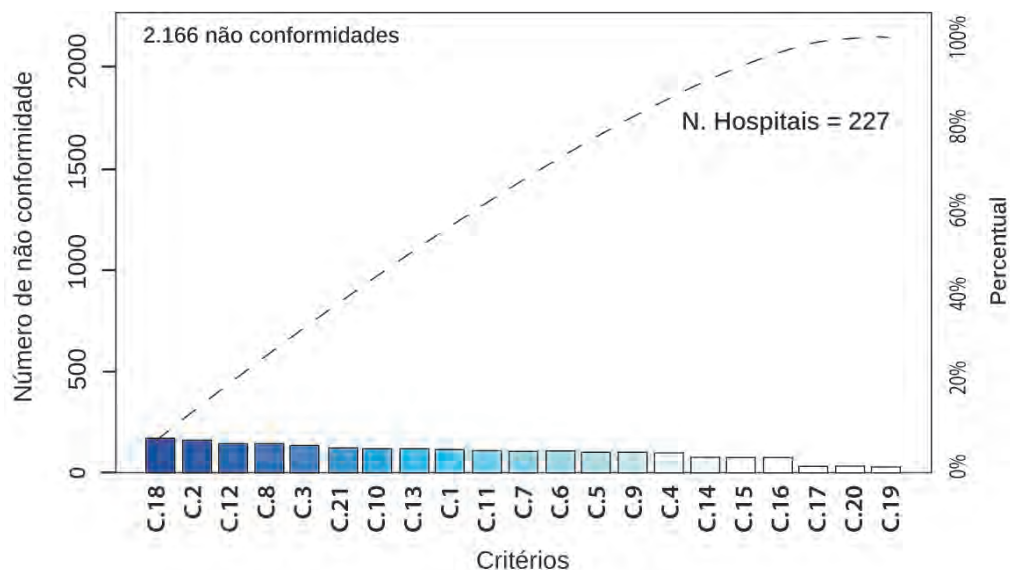
Cont.

Cont.

Prevenção de infecção em corrente sanguínea associada à cateter venoso central
Cuidados antes da inserção do cateter (74,0)
Cuidados na manutenção do cateter (75,3%)
Cuidados na retirada do cateter (77,1%)
Prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora
Cuidados antes da inserção do cateter (70,5%)
Cuidados na manutenção do cateter (72,7)
Cuidados na retirada do cateter (71,4)
Prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso da ventilação mecânica
Orientações a serem seguidas – decúbito, nível de sedação, teste de respiração espontânea, aspiração subglótica, higiene oral, uso criterioso de bloqueadores neuromusculares, troca de circuitos cuidados e troca de umidificadores e sistema de aspiração, extubação não programada, pressão do cuff. (73,1%)
Prevenção de infecção de sítio cirúrgico
Orientações pré-operatórias (67,0%)
Orientações intraoperatórias (60,8%)
Orientações pós-operatórias (55,1%)
Precaução e Isolamento
Orientações (tipos de precauções, uso de equipamentos de proteção individual) (71,3)
Prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora (65,6%)

Os resultados apontam que dentre os protocolos básicos de segurança do paciente e os de prevenção de infecção, a **segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e o de prevenção de infecção de sítio cirúrgico** foram os que apresentaram menor adesão respectivamente. Portanto, indica necessidade de ações prioritárias a serem elaboradas valorizando o resultado²².

Figura 1 - Diagrama de Pareto da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente. São Paulo, 2019 (N=227)



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2019, publicados em 2021

Legenda:

- C.1. Núcleo Segurança do Paciente instituído
- C.2. Plano de segurança do paciente (PSP) implantado
- C.3. Protocolo prática de higiene das mãos implantado
- C.4. Protocolo de identificação do paciente implantado
- C.5. Protocolo de cirurgia segura implantado
- C.6. Protocolo de prevenção de lesão, por pressão implantado
- C.7. Protocolo para prevenção de quedas implantado
- C.8. Protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos implantado
- C.9. Protocolo para a prevenção, de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) implantado
- C.10. Protocolo para a prevenção, de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado
- C.11. Protocolo para a prevenção, de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica implantado
- C.12. Protocolo, para a prevenção, de infecção do sitio cirúrgico (ISC) implantado
- C.13. Protocolo, de precaução e isolamento, implantado
- C.14. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão
- C.15. Conformidade da avaliação do risco de queda
- C.16. Conformidade da aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC)
- C.17. Conformidade consumo, de preparação alcoólica para higiene das mãos
- C.18. Regularidade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde
- C.19. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa)
- C.20. Regularidade da notificação mensal de consumo de antimicrobianos em UTI adulto - cálculo DDD (dose diária definida)
- C.21. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente



Considerações Finais

Os resultados apresentados do perfil das notificações revelam o quanto que o acompanhamento preciso e sistemático do processo que envolve a notificação (preenchimento completo, prazo e envio) é relevante, o que permite subsidiar:

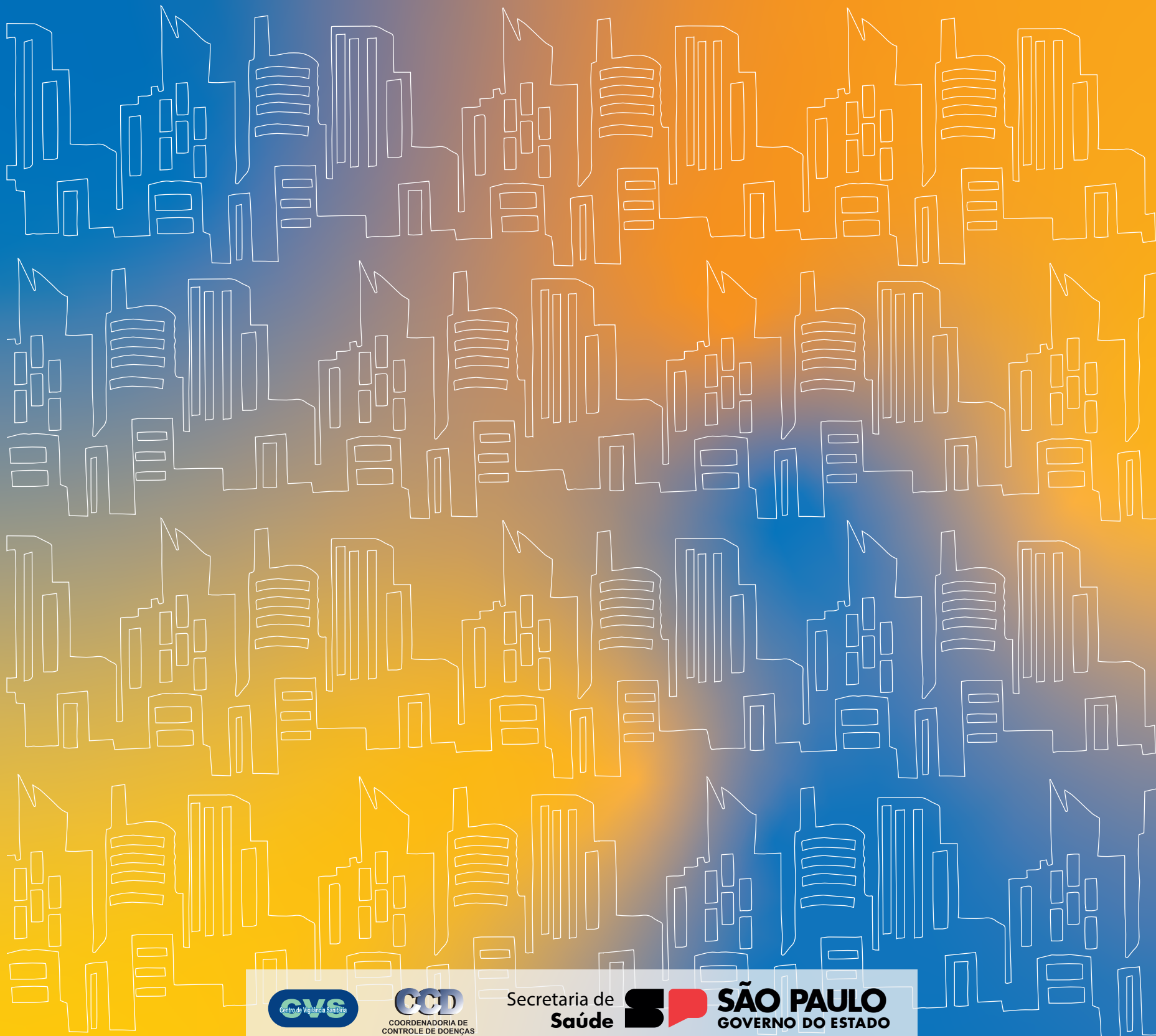
- as orientações técnicas prestadas aos Núcleos de Segurança do Paciente dos Serviços de Saúde no que se refere à identificação e mitigação dos eventos adversos, por meio da elaboração de planos de ação de melhoria, incluindo seu acompanhamento e avaliação.
- os ajustes e providências necessárias a serem adotados pelo SEVISA na gestão de risco sanitário e das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.
- a elaboração de materiais técnicos: alertas, manuais, cartilhas, notas e outros, direcionados ao público alvo (usuários ou profissionais de saúde).
- o apoio à elaboração e aplicação de projetos educativos.

A avaliação das práticas de segurança do paciente mostra o quanto que a organização documental detalhada é exigência preliminar e essencial no percurso para adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente e os de prevenção de infecção. Portanto, os serviços de saúde participantes devem se atentar aos requisitos para obterem melhores resultados, bem como, deve usá-los no aprimoramento das suas práticas no seu cotidiano.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Whashington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>. Acesso em 02 mar. 2023
3. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Genebra; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Regulamenta os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em 02 mar. 2023
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=0Dk00Q%2C%2C>. Acesso em 02 mar. 2023
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:279-284. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>. Acesso em 02 mar. 2023
7. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em 02 mar. 2023
8. Duarte SCM; Stipp MA.; Silva MM; Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev. Bras. Enferm*. 2015, 68(1):144-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em 02 mar. 2023
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em 02 mar. 2023.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União 1 abr 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 02 mar. 2023.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.

13. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS nº12 31/01/2014. Institui no âmbito do Estado de São Paulo, o Comitê de Implantação do Programa Estadual de Segurança do Paciente (CIPESP), e dá providências correlatas. Disponível em: https://cvs.saude.sp.gov.br/up/E_R-SS-12_300114.pdf. Acesso em 02 mar. 2023.
14. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS nº36 01/04/2015. Designa os representantes do Comitê de Implantação do Programa Estadual de Segurança do Paciente.
15. Sousa P; Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37795>. Acesso em 02 mar. 2023.
16. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gabinete do Secretário. Resolução SS nº45 03/05/2022. Institui o Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente - NGHSP, no âmbito do estado de São Paulo e dá providências correlatas. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2022/05/E_R-SS-45_030522.pdf. Acesso em 02 mar. 2023.
17. Sousa P; Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37778>. Acesso em 02 mar. 2023.
18. Reis CT.; Martins M; Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva 18(7):2029-2036, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrnkn6qTnkLkGsFJbr/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 02 mar. 2023.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 132 p
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Estabelecimentos por tipo - quantidade por divisão administrativa estadual, segundo tipo de estabelecimento. São Paulo, set. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsp.def>. Acesso em 02 nov. 2020.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/422/Nota_T%C3%A9cnica_n_05-2019_GVIMS-GGTES-ANVISA.pdf. Acesso em 02 mar. 2023.
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - 2020. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-nacional-das-praticas-de-sp-maio-2021-versao-02-06-21.pdf>. Acesso em 02 mar. 2023.



Secretaria de
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO