


**PERFIL DOS 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 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 eventos adversos notificados e das práticas de segurança do paciente no Estado de São Paulo no ano de 2021/Maria Aparecida Martins de Aguiar e Teresa Cristina Gioia Shimidt. - São Paulo: SES/CVS, 2023. 120p.

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/Revisão:

Núcleo Técnico de Informação e Informática

Maria Aparecida Martins de Aguiar

Teresa Cristina Gioia Schimidt

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 | 07 |
| Histórico Sobre Segurança do Paciente | 08 |
| Segurança do Paciente como Problema a Ser Enfrentado | 15 |
| Caracterização da Segurança do Paciente no Estado de São Paulo | 16 |
| Resultados das Notificações de Eventos Adversos | |
| 1. Características Gerais das Notificações de 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 elabora 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, aplicada 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) 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 Secretário 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),

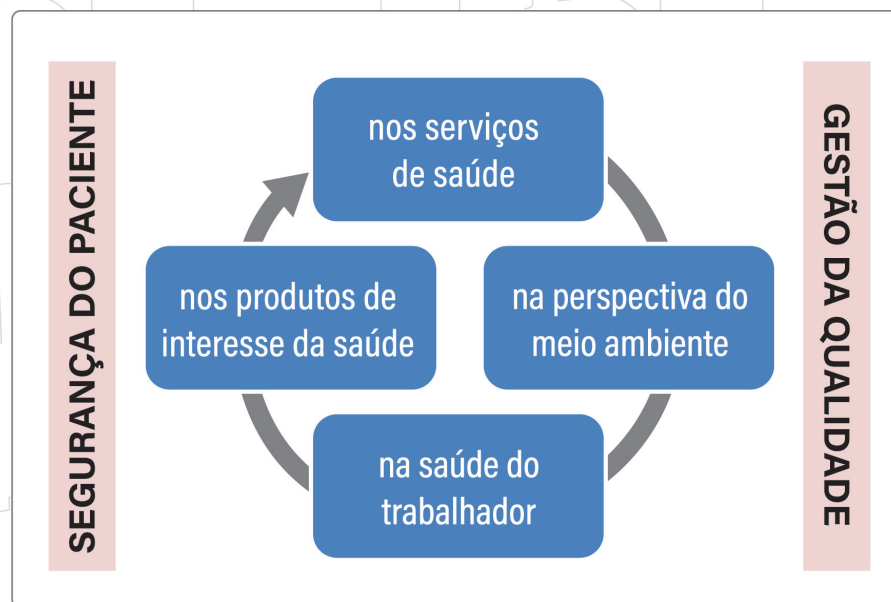
onde o fornecimento de apoios administrativo e técnicos, por parte do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Centro de Vigilância Sanitária (CVS), foram efetivados para o seu funcionamento.

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.

As equipes de Vigilância Sanitária Regionais (GVS) e ou municipais (VISA-M), com esse entendimento efetuam as fiscalizações dos 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, denúncia ou investigação. Motivo que se ratifica estar junto aos 28 Grupos de Vigilância Sanitária (GVS) 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 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.



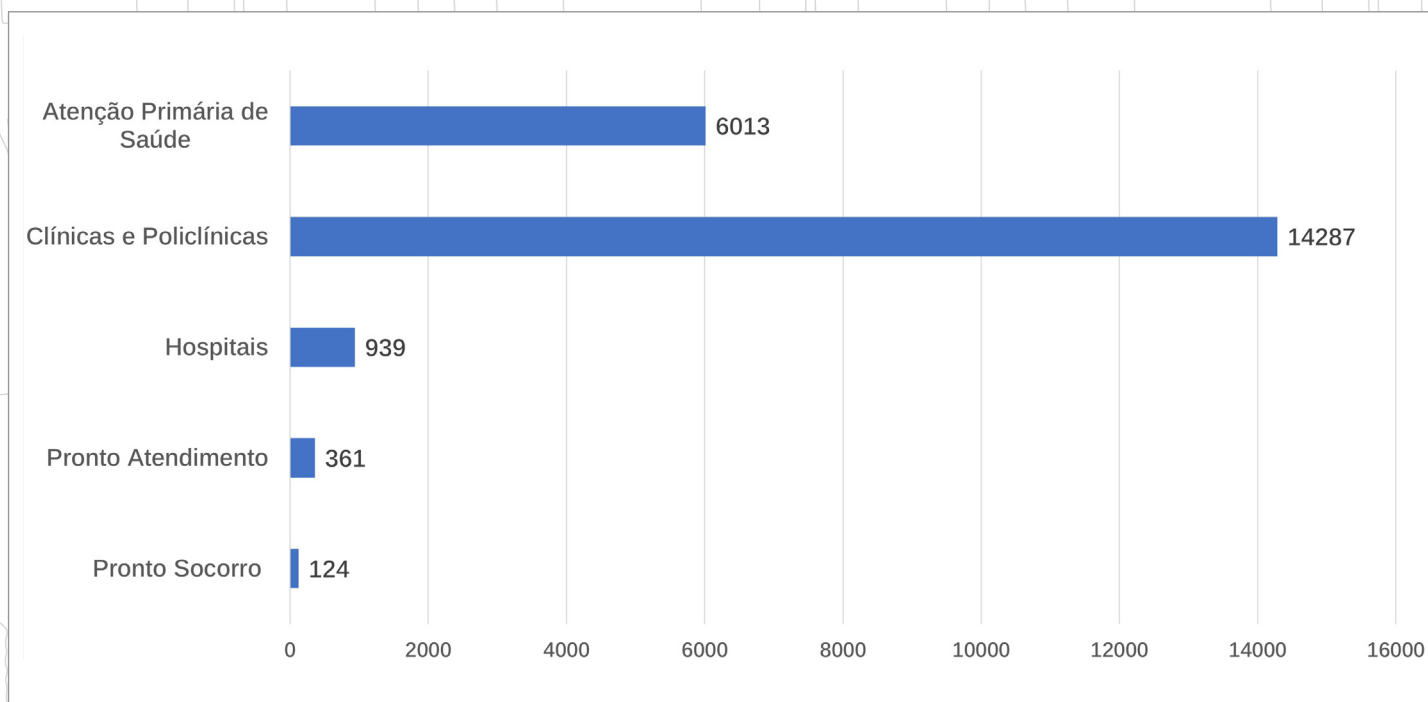
A preocupação com a Segurança do Paciente, quando presente, retrata a valorização da dimensão da qualidade do cuidado de saúde¹⁸, capacitação para os trabalhadores, disseminação da cultura de segurança, respeito aos achados científicos, participação cidadã e aplicação de protocolos e planos com melhoria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

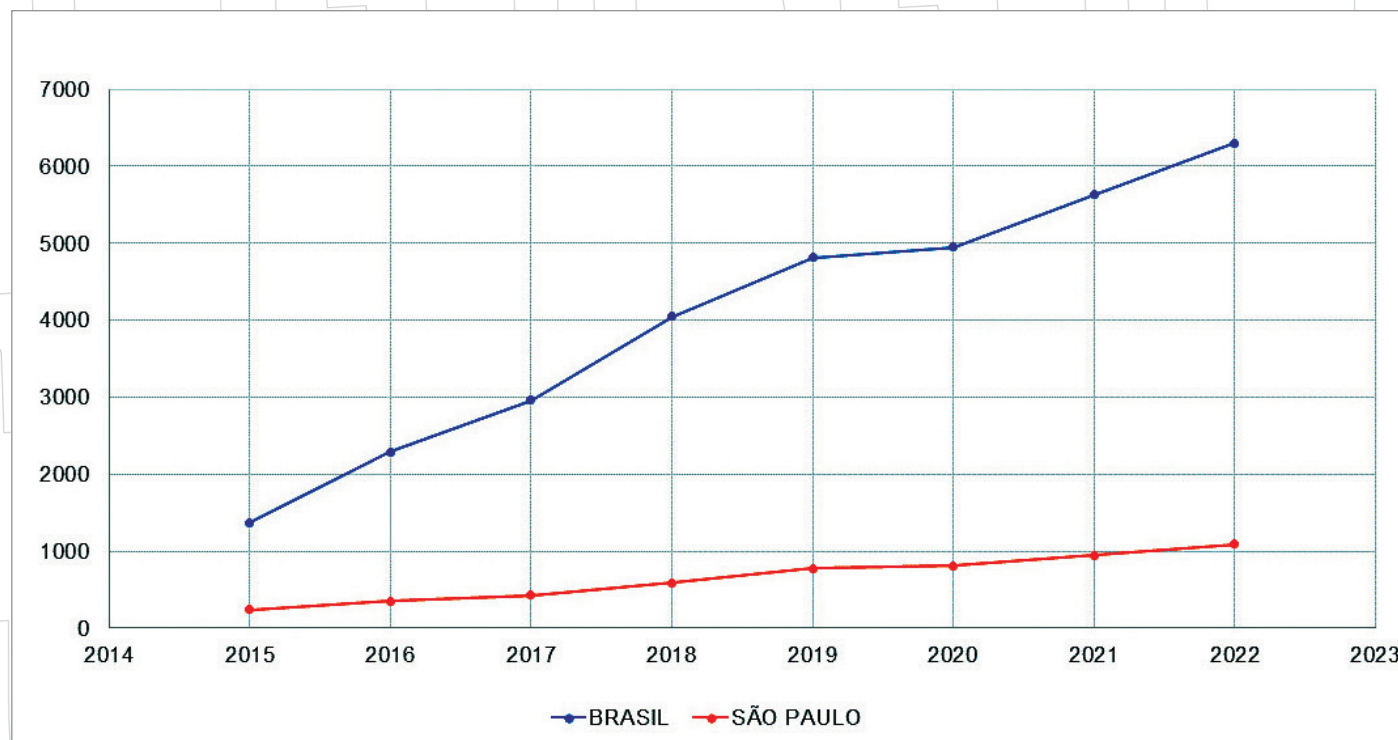
Quadro 1 - Distribuição Comparativa do Cadastro de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) no Brasil e no estado de São Paulo.

| 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

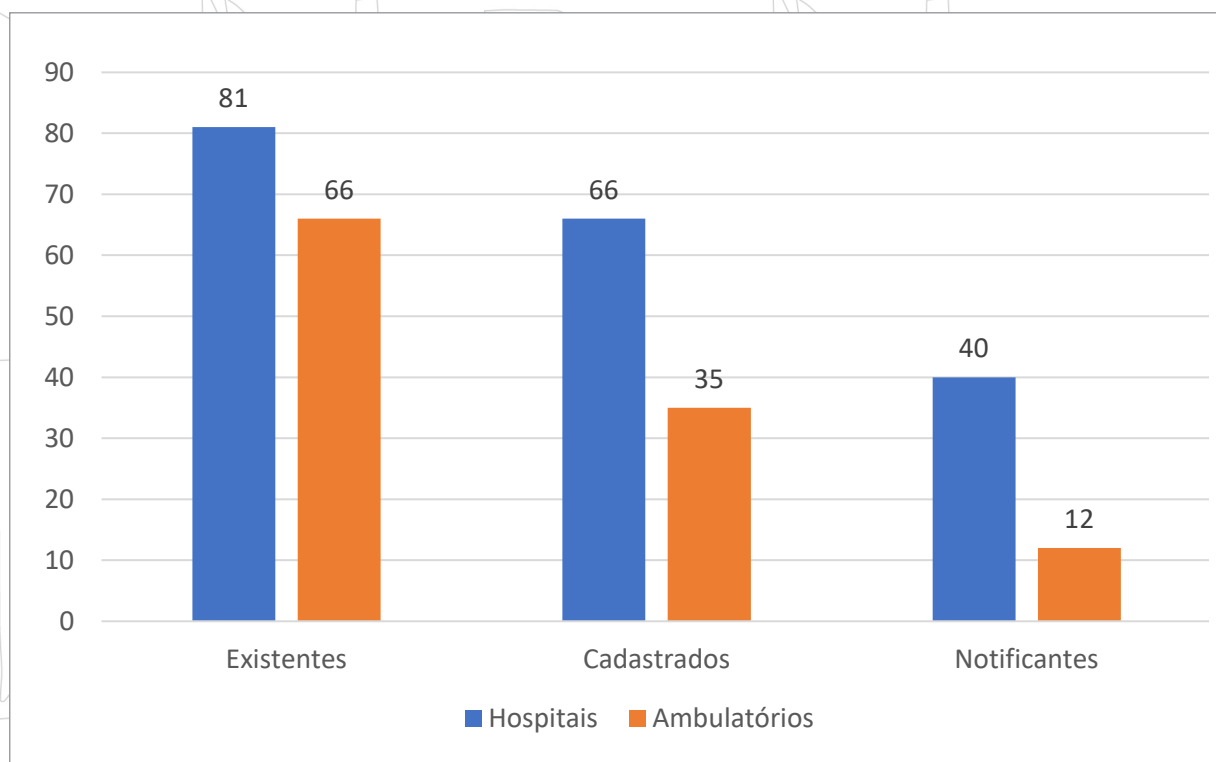
Gráfico 2 - Evolução Comparativa do Cadastro de Núcleos de Segurança do Paciente ao longo dos anos - Brasil e São Paulo.



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.



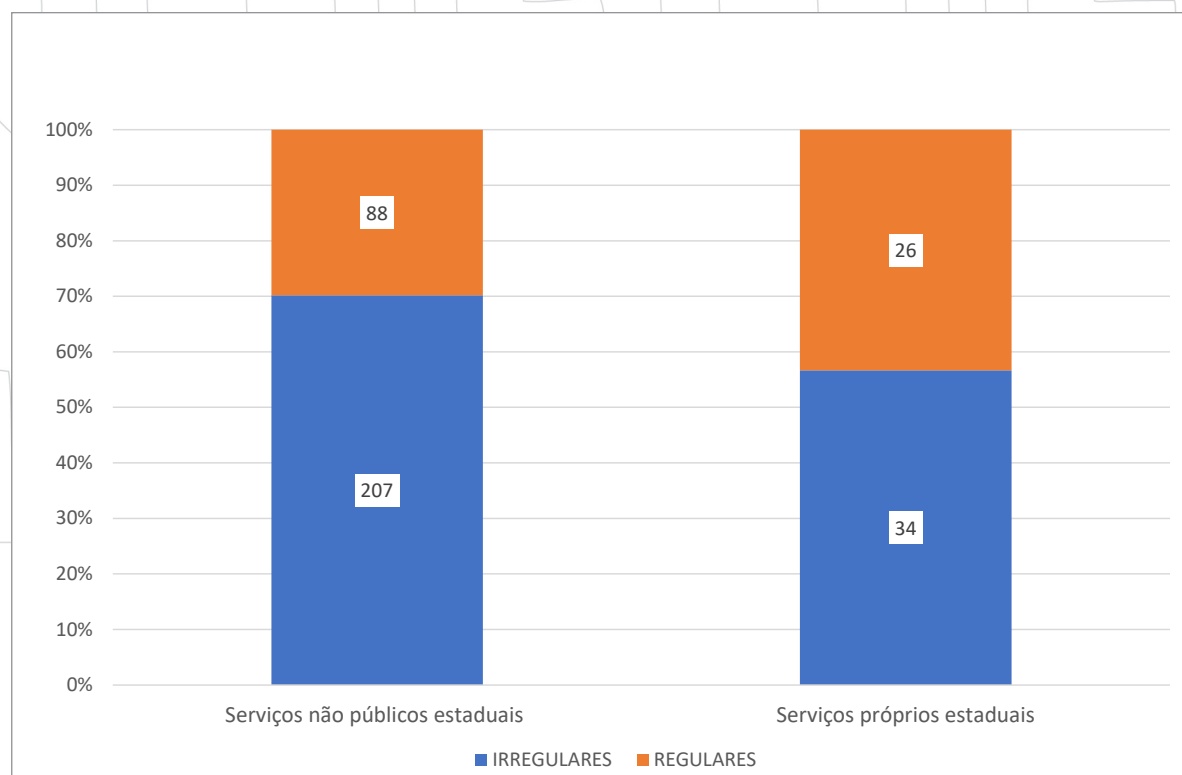
Resultados das Notificações de Eventos Adversos

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

A seguir uma síntese do perfil das 35751 notificações de eventos adversos 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.

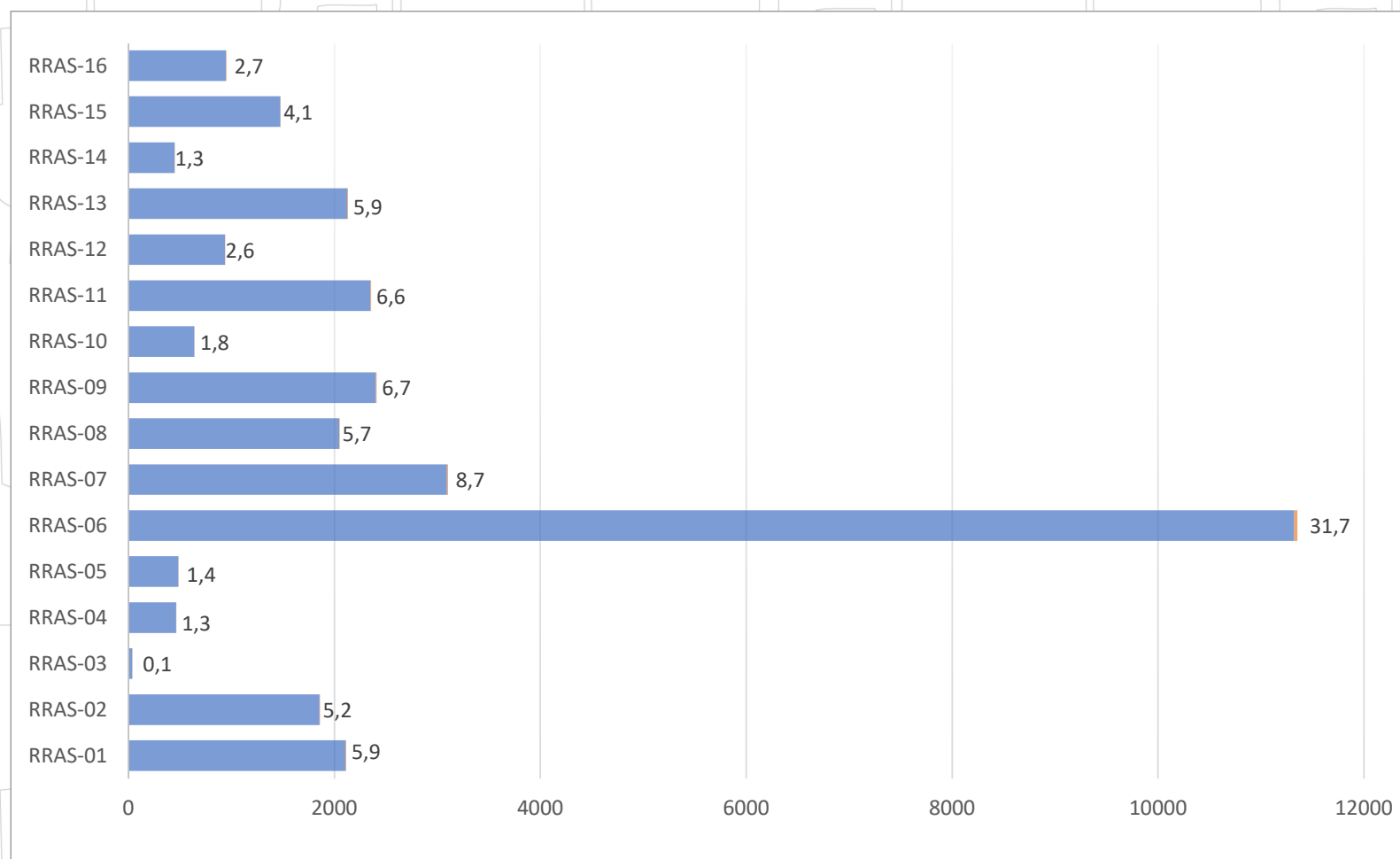
Ao analisar se o serviço notificante possui ou não atendimento SUS verificou-se que 59,6% das notificações (21286) advieram de serviço com convênio ou exclusivamente SUS e 40,4% (14465) de serviços não SUS. Ao verificar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da SES-SP observou-se uma maior representação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

Tabela 1 - Distribuição dos 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 |

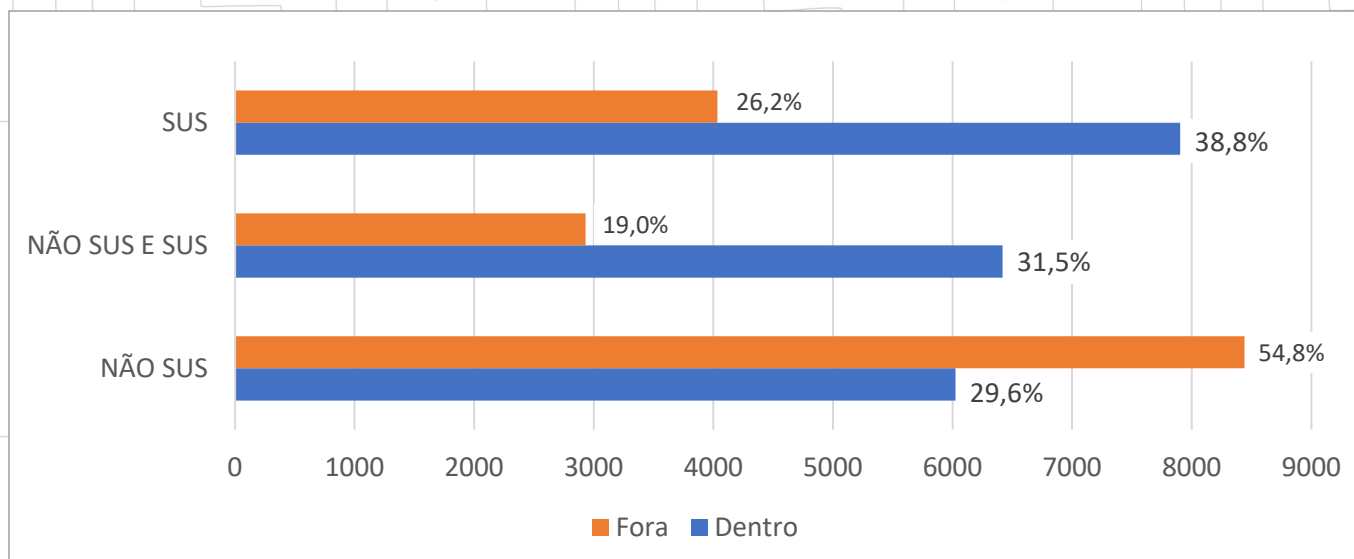
Fonte: NOTIVISA 2.0

Gráfico 5 - Distribuição dos 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.



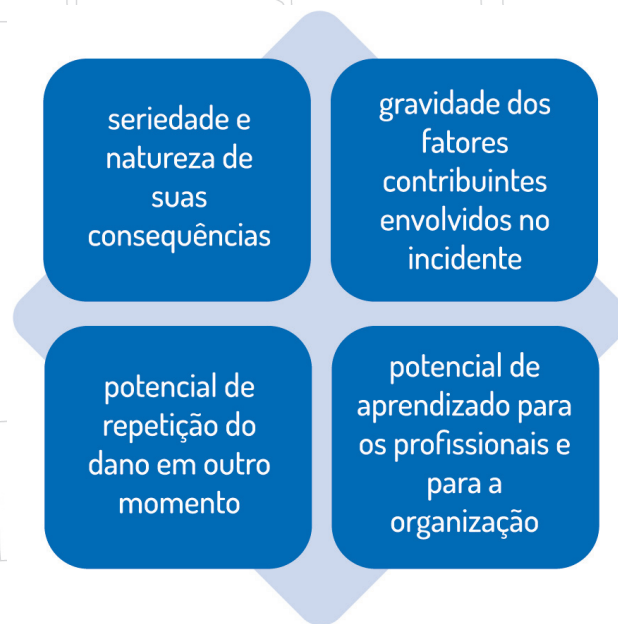
Ao detalhar mais sobre o número de dias fora do prazo, pode-se identificar limites inferior e superior, respectivamente de 7 dias e 461 dias

Tabela 2 - Distribuição dos 15407 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 dever ser investigado pelas quatro principais razões:



Em relação ao tipo de evento adverso notificado aqueles com as cinco maiores frequências:

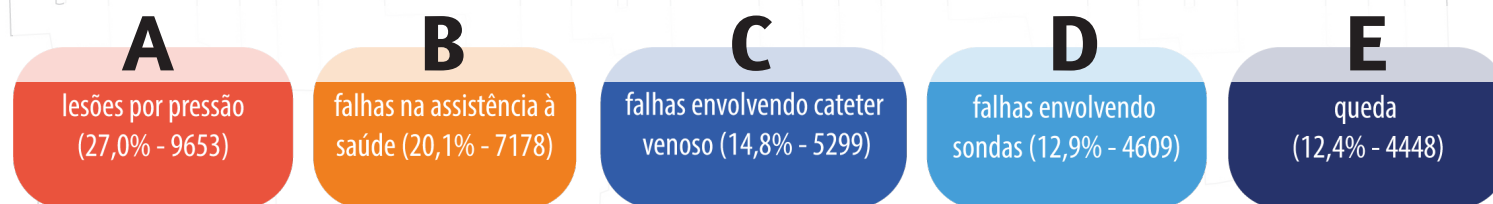


Tabela 3 - Distribuição dos 35751 eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, segundo tipo. Ref.: 2021.

| Tipo de 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.

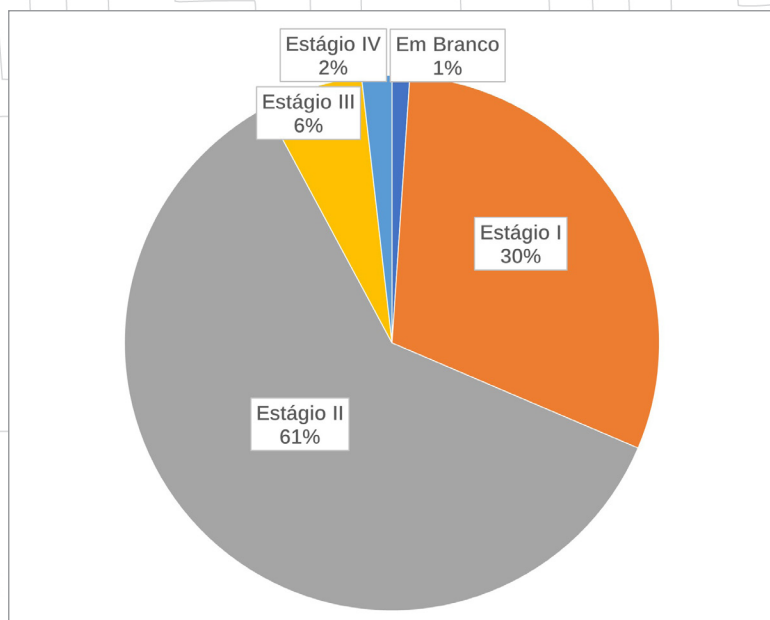
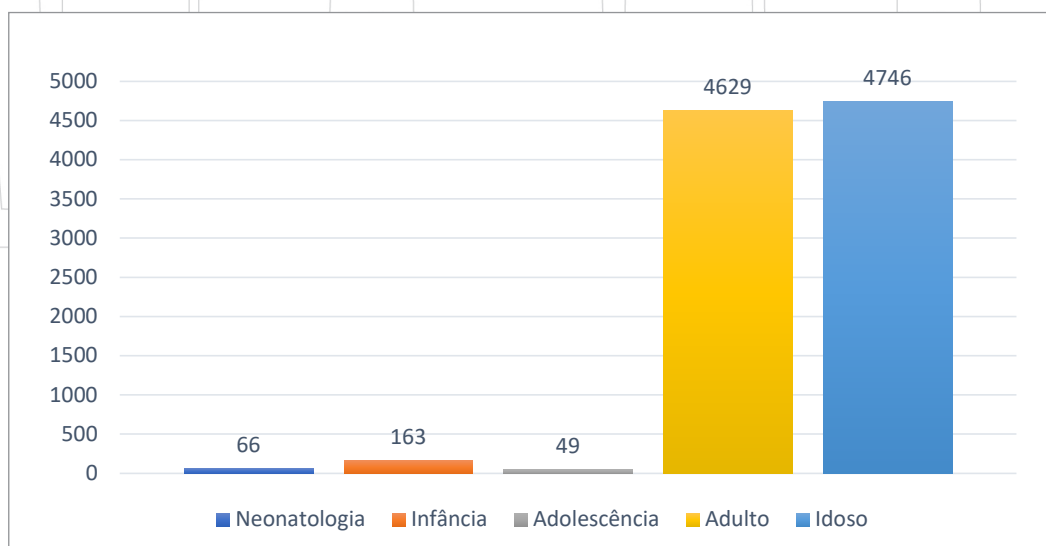


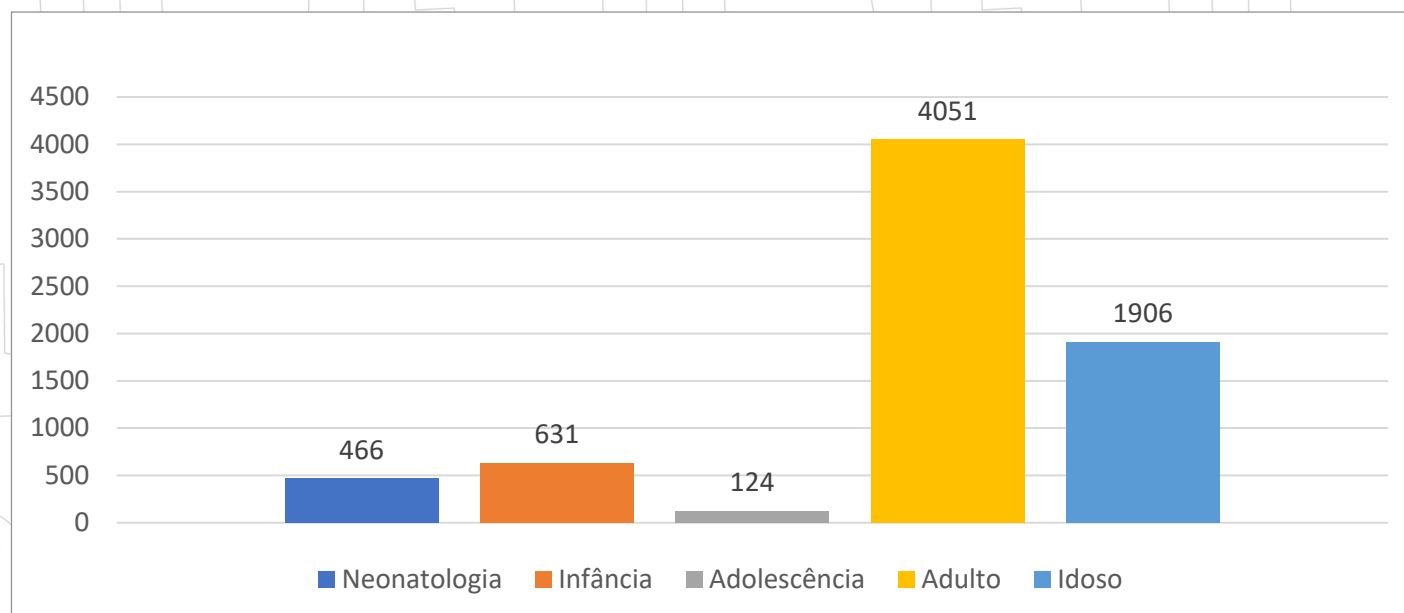
Gráfico 8 - Lesão por Pressão conforme Ciclo de Vida dos pacientes - NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.



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 eventos adversos notificados equivocadamente em razão da classificação por tipo no NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

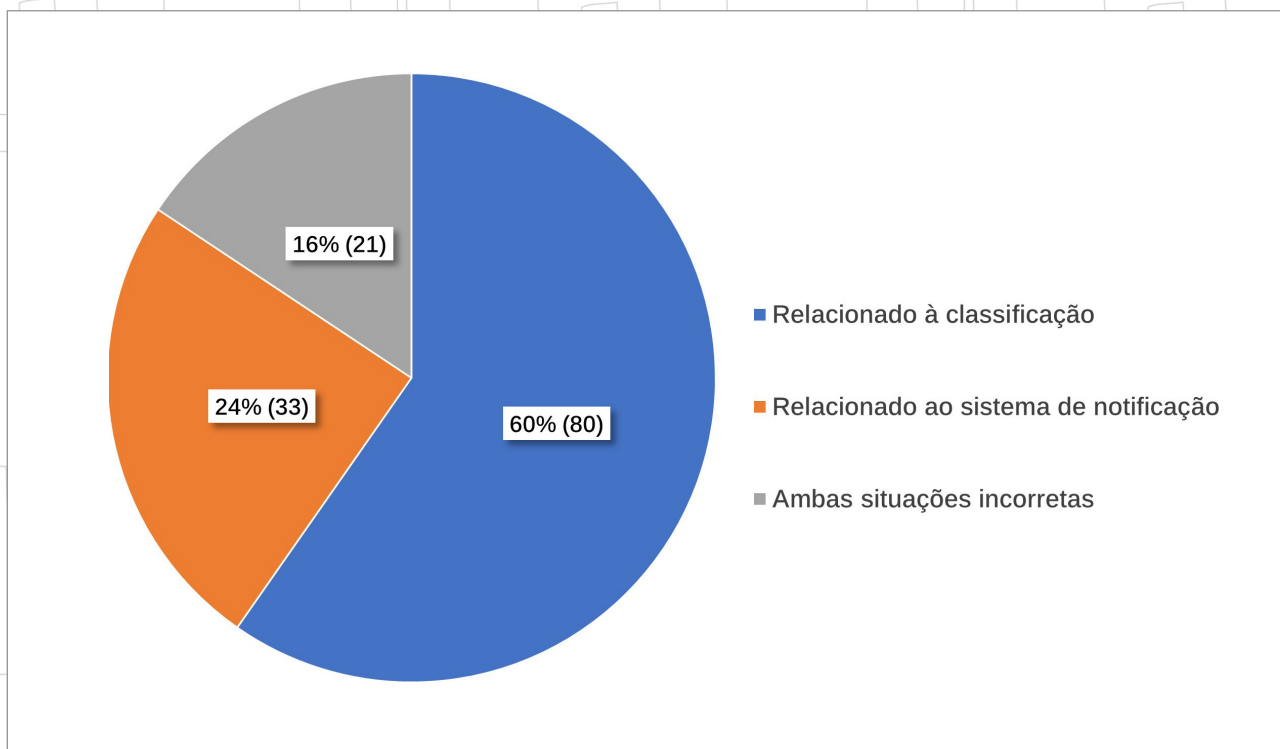
| EVENTO ADVERSO - CLASSIFICAÇÃO INCORRETA | F | F% |
|---|------------|--------------|
| Falhas envolvendo cateter venoso | 211 | 52,0 |
| Lesão por Pressão - Estágio I/II/não especificado | 28 | 6,9 |
| Lesão por Pressão - NE Estágio III | 23 | 5,7 |
| Extubação Endotraqueal Acidental | 27 | 6,7 |
| 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 eventos notificados equivocadamente em sistema incorreto. Ref.: 2021.

| EVENTO ADVERSO - 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 eventos adversos notificados equivocadamente, como sendo falhas durante assistência à saúde, são provenientes de 103 serviços de saúde distintos. A situação do erro consta no **Gráfico 10**.

Gráfico 10 - Distribuição dos 919 eventos notificados conforme nº de 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 um solução ou fármaco para o tecido circundante do vaso de medicamentos não vesicantes, porém irritantes ou não.

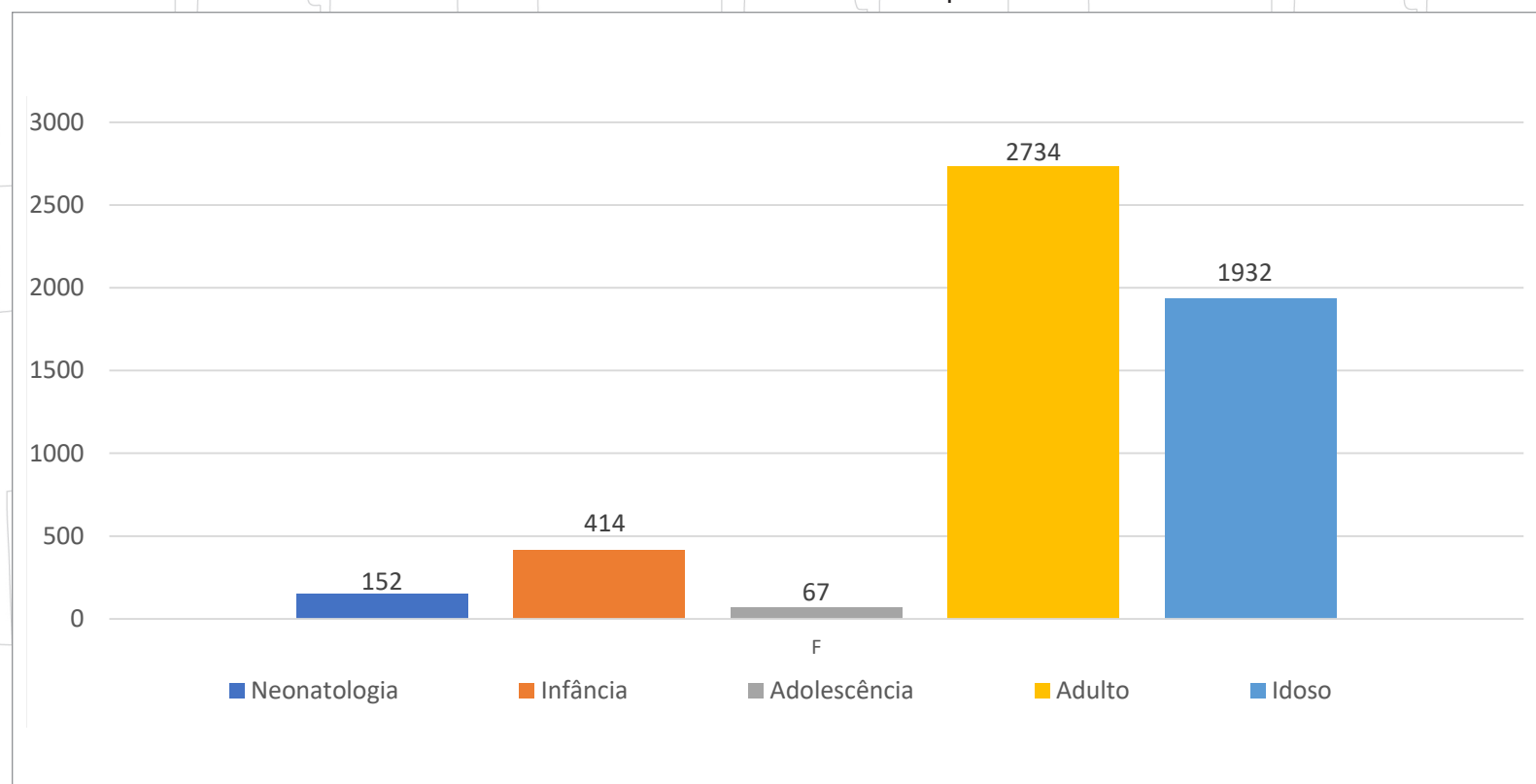
Tabela 6 - Distribuição das 5299 falhas envolvendo cateter venoso conforme motivos especificados no campo da notificação junto ao NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

| 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 se pode 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.

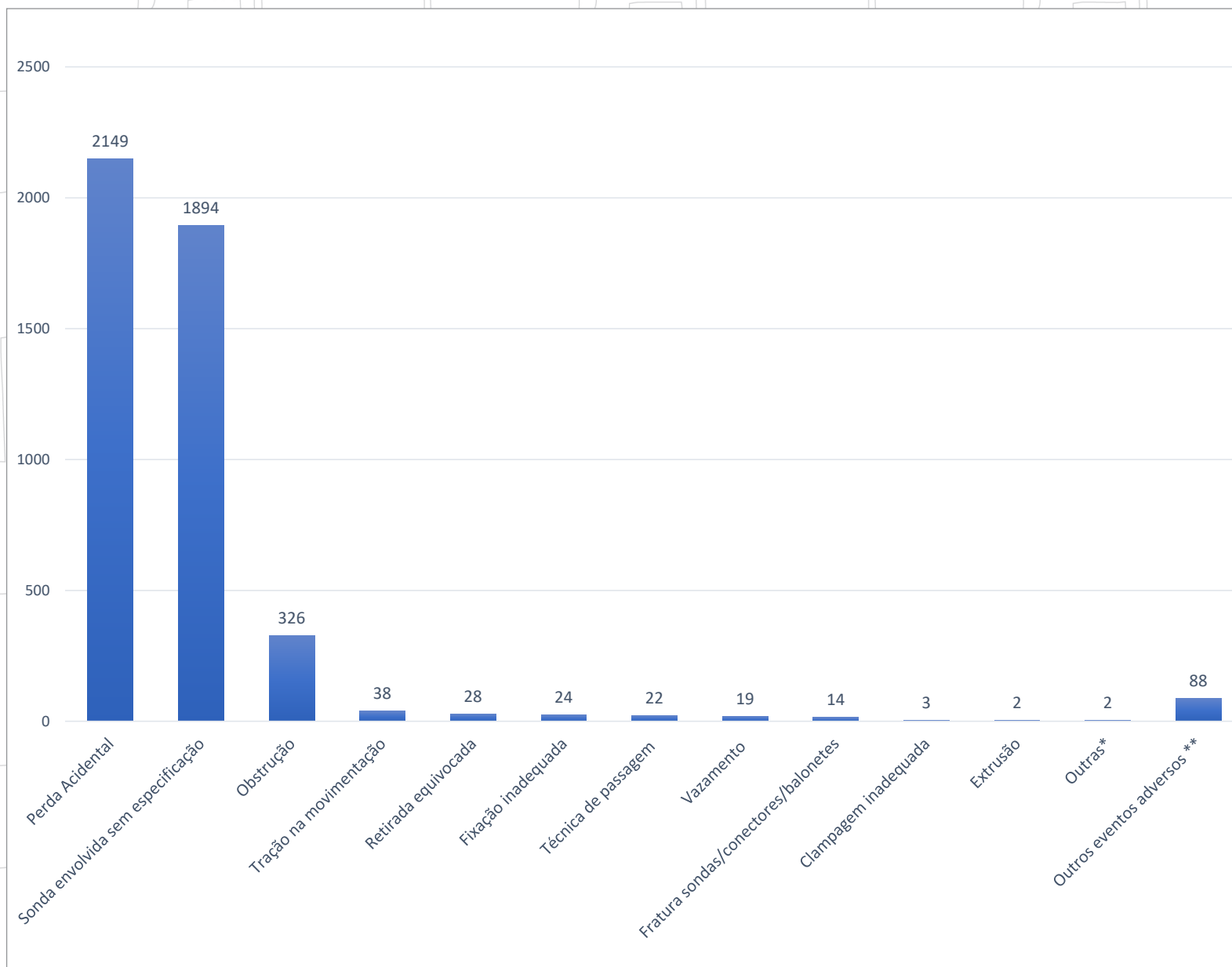
| TIPOS DE FALHAS | F | F% |
|-------------------------------------|-------------|--------------|
| Perda Acidental | 2149 | 46,6 |
| Sonda envolvida sem especificação | 1894 | 41,1 |
| Obstrução | 326 | 7,1 |
| Tração na movimentação | 38 | 0,8 |
| Retirada equivocada | 28 | 0,6 |
| Fixação inadequada | 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.

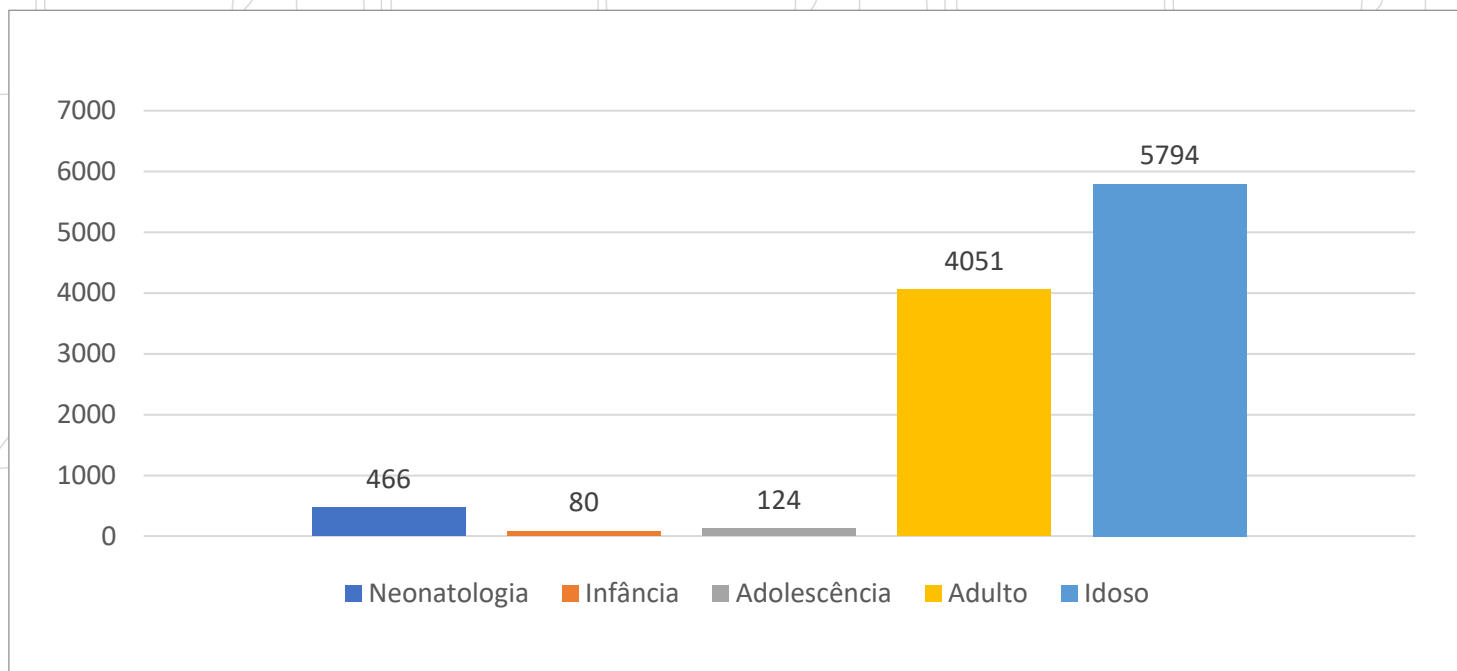


Gráfico 12 - Falhas envolvendo sondas conforme categorização. Ref.: 2021.



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.

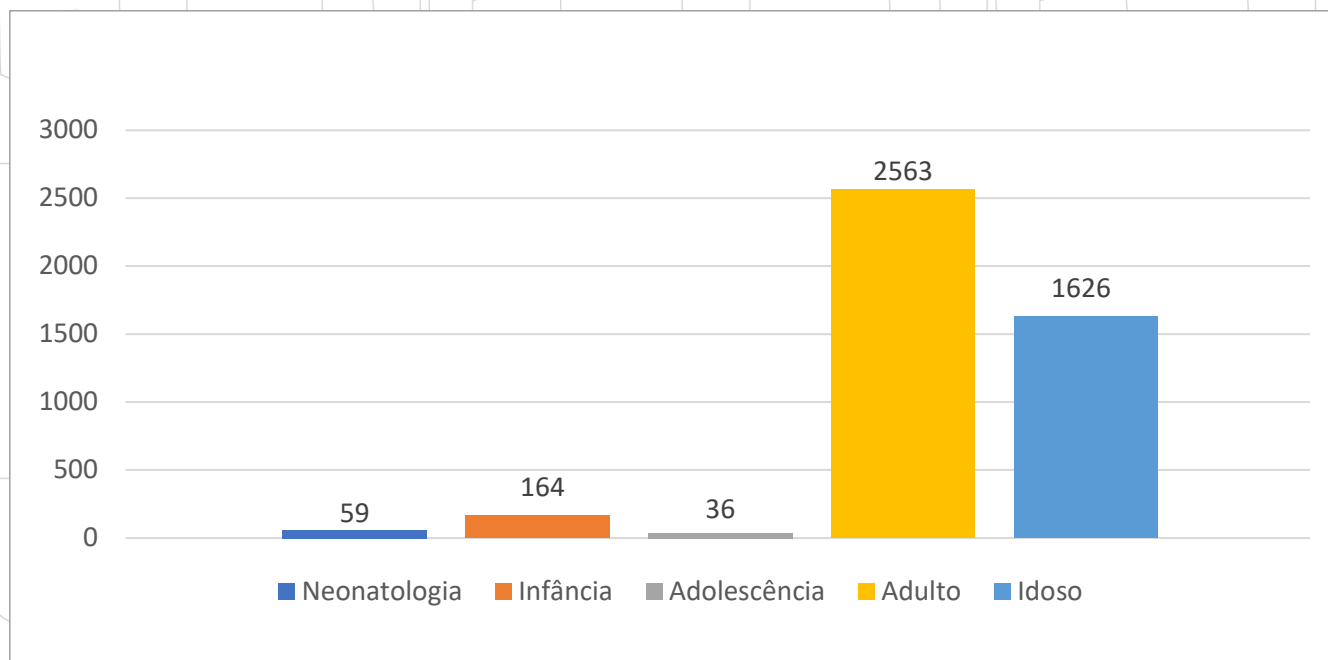


E. Queda

Ao analisar os 4448 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

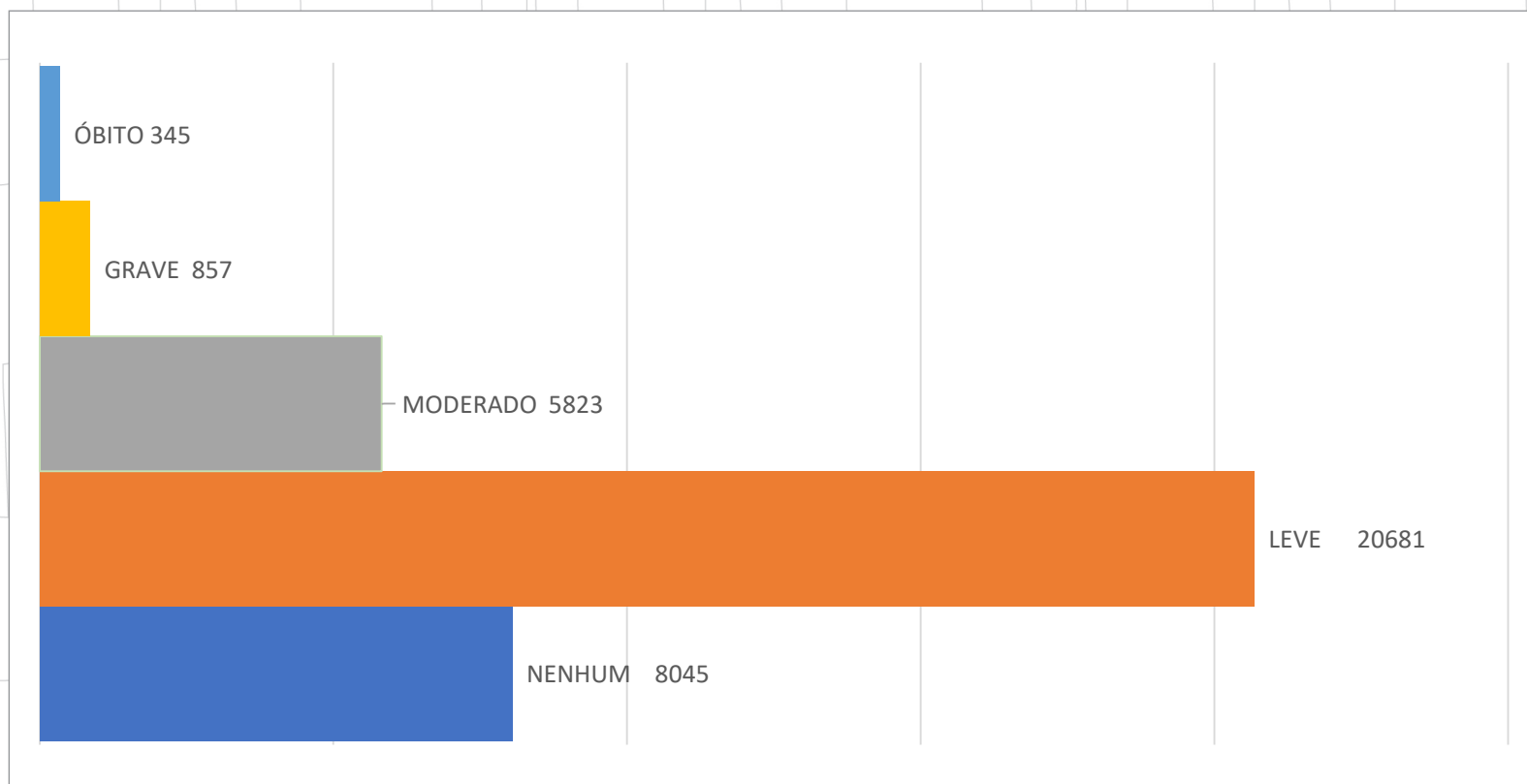
Em relação ao grau de dano causado no paciente em decorrência do evento adverso notou-se que todos os tipos mantêm o mesmo comportamento, isto é, trata-se de notificações com maior frequência em danos considerados como nenhum ou leve.

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

| Tipo do 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 eventos adversos notificados conforme Grau de Dano – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

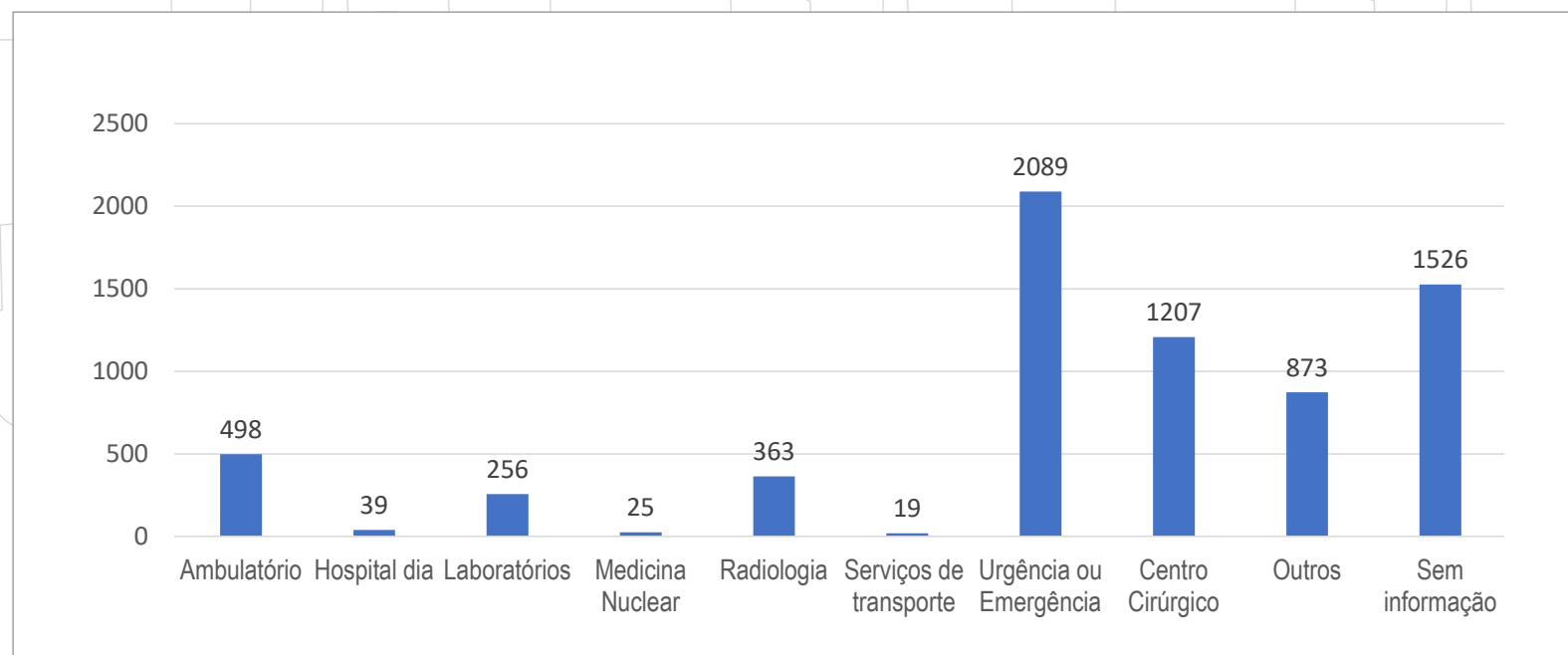


Em relação ao local e momento da ocorrência dos 35751 eventos adversos, os resultados traduzem o quanto que sua presença está concentrada nas unidades de internação e de terapia intensiva (28856), representando respectivamente 43,3% (15375) e 37% (13481). Os demais lugares são assim distribuídos conforme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

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

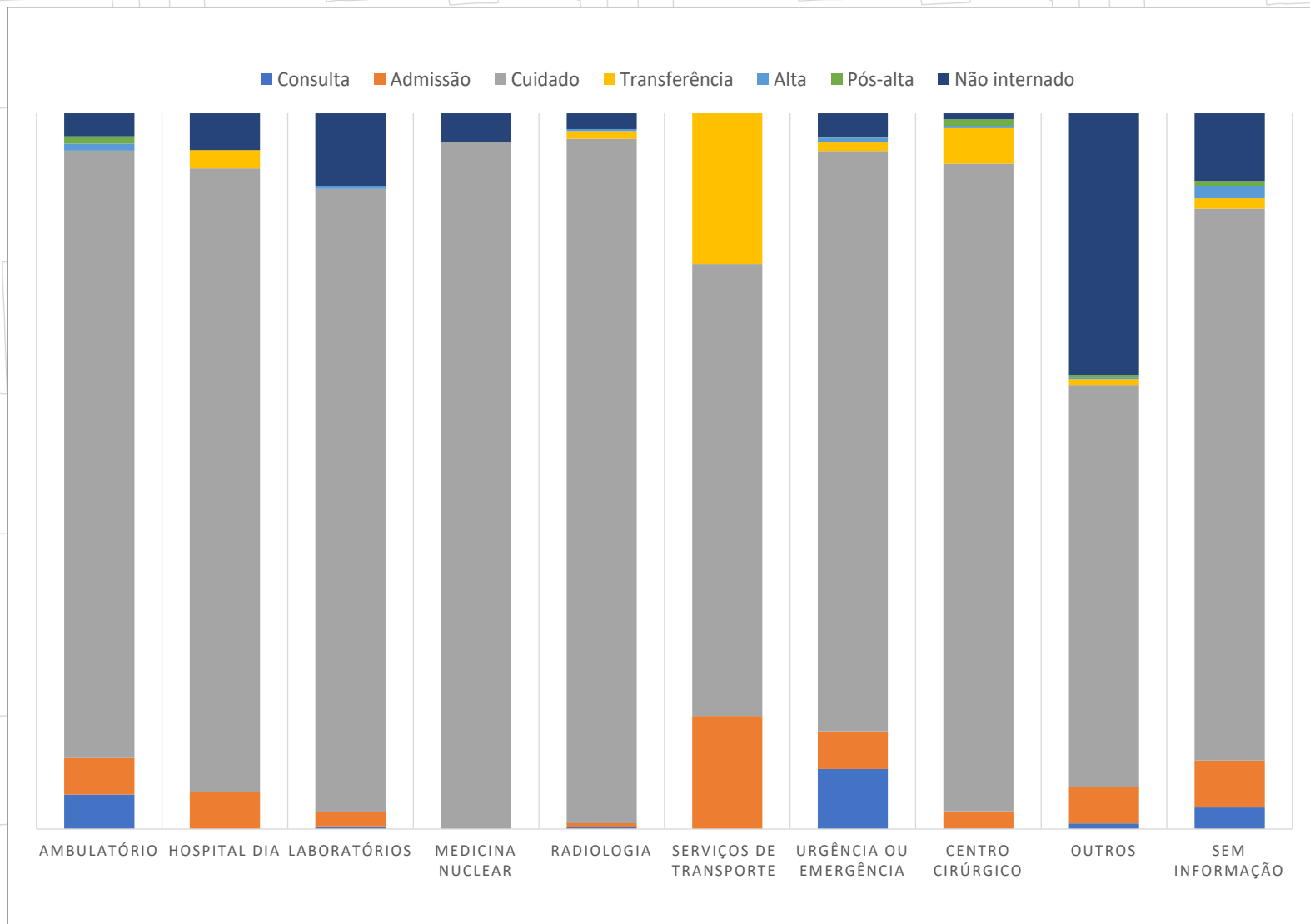
| Local de Ocorrência do EA | Momento da Ocorrência do EA | | | | | | | Total |
|------------------------------|-----------------------------|------------|--------------|---------------|------------|-----------|---------------|--------------|
| | Consulta | Admissão | Cuidado | Transferência | Alta | 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 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 evento adversos 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 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 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 eventos adversos notificados conforme sexo, cor/raça dos pacientes – NOTIVISA 2.0. Ref.: 2021.

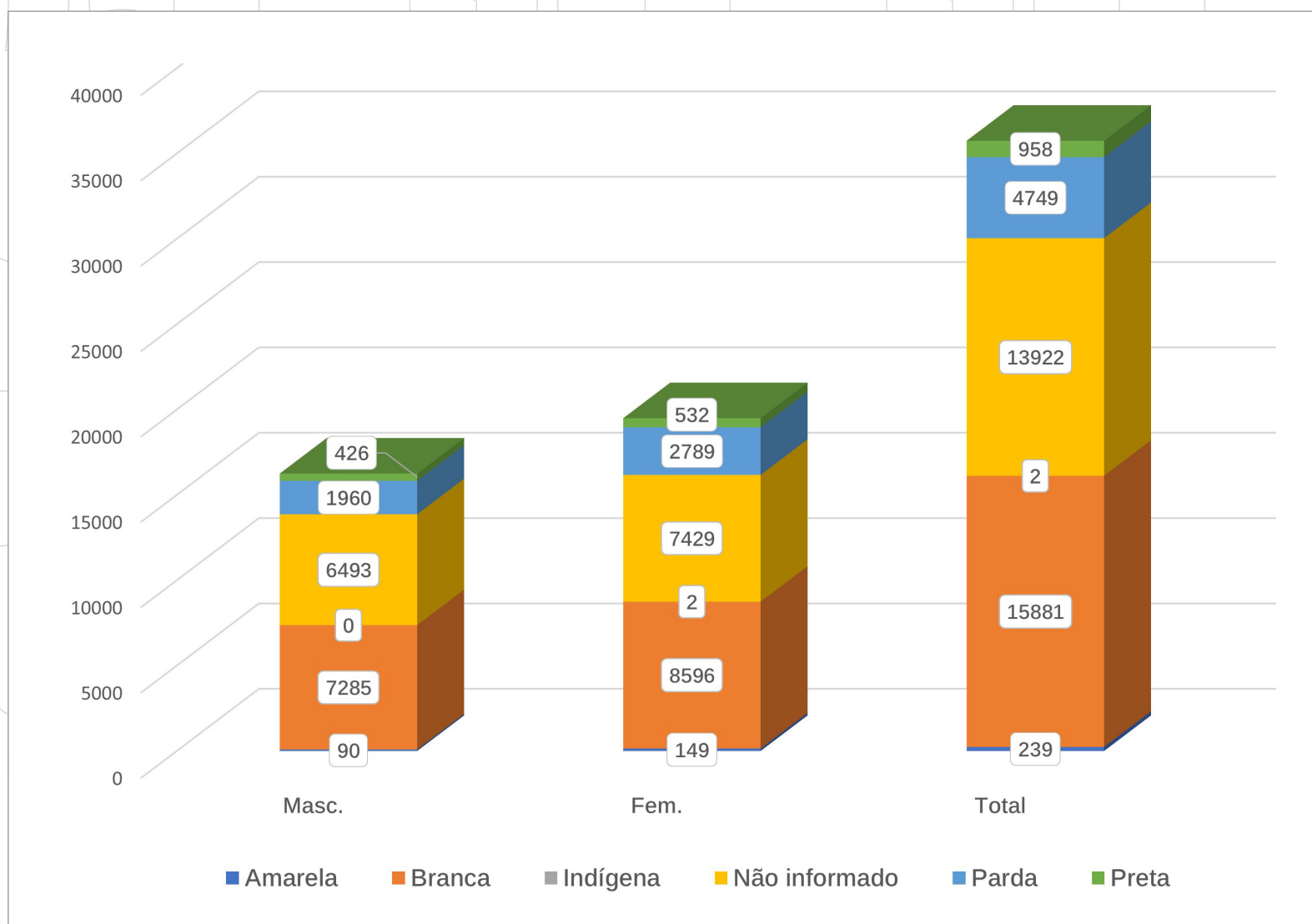


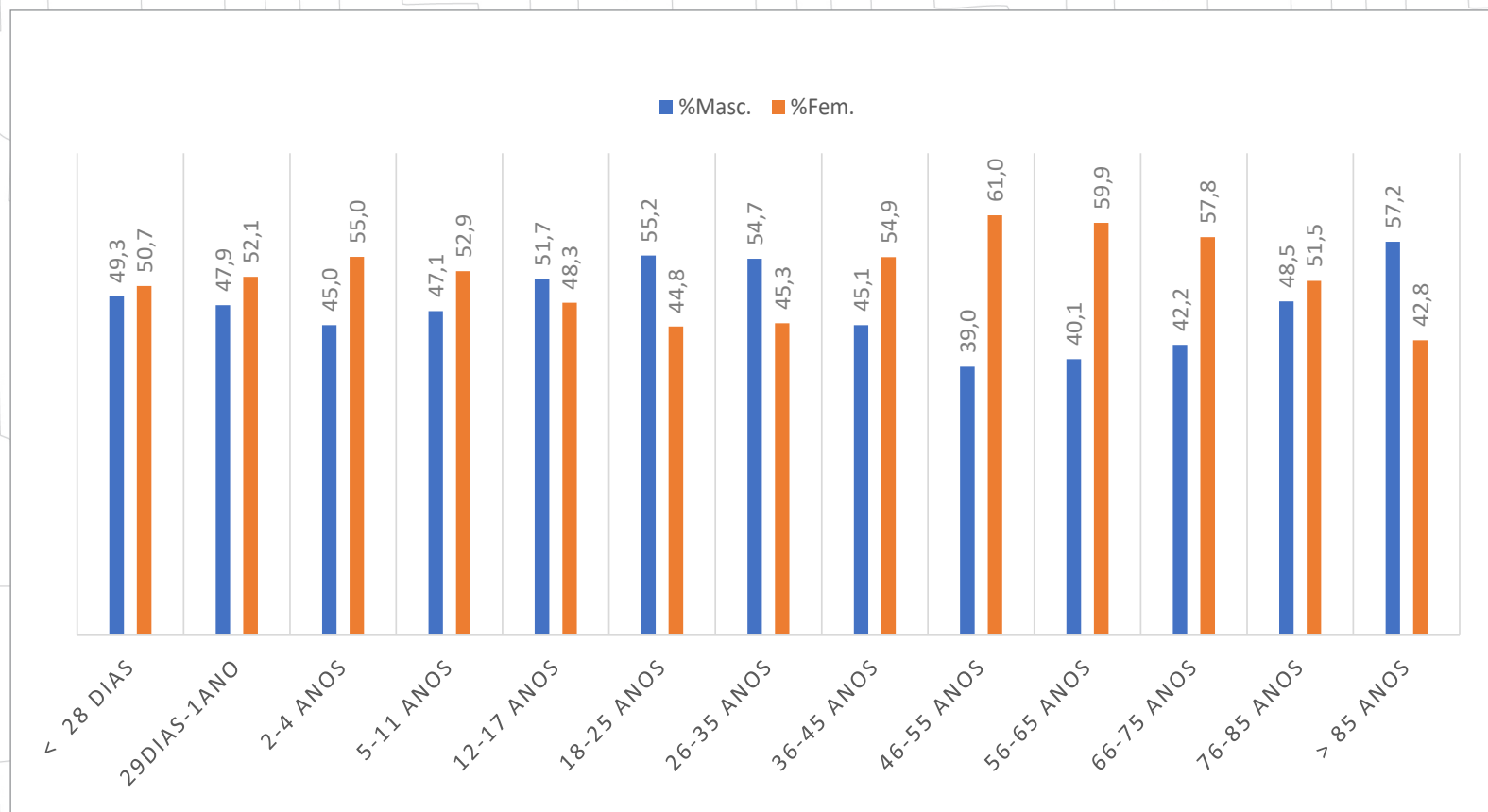
Tabela 10 - Distribuição dos 35751 eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, conforme faixa etária, cor, raça e sexo do paciente. Ref.: 2021.

| 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.

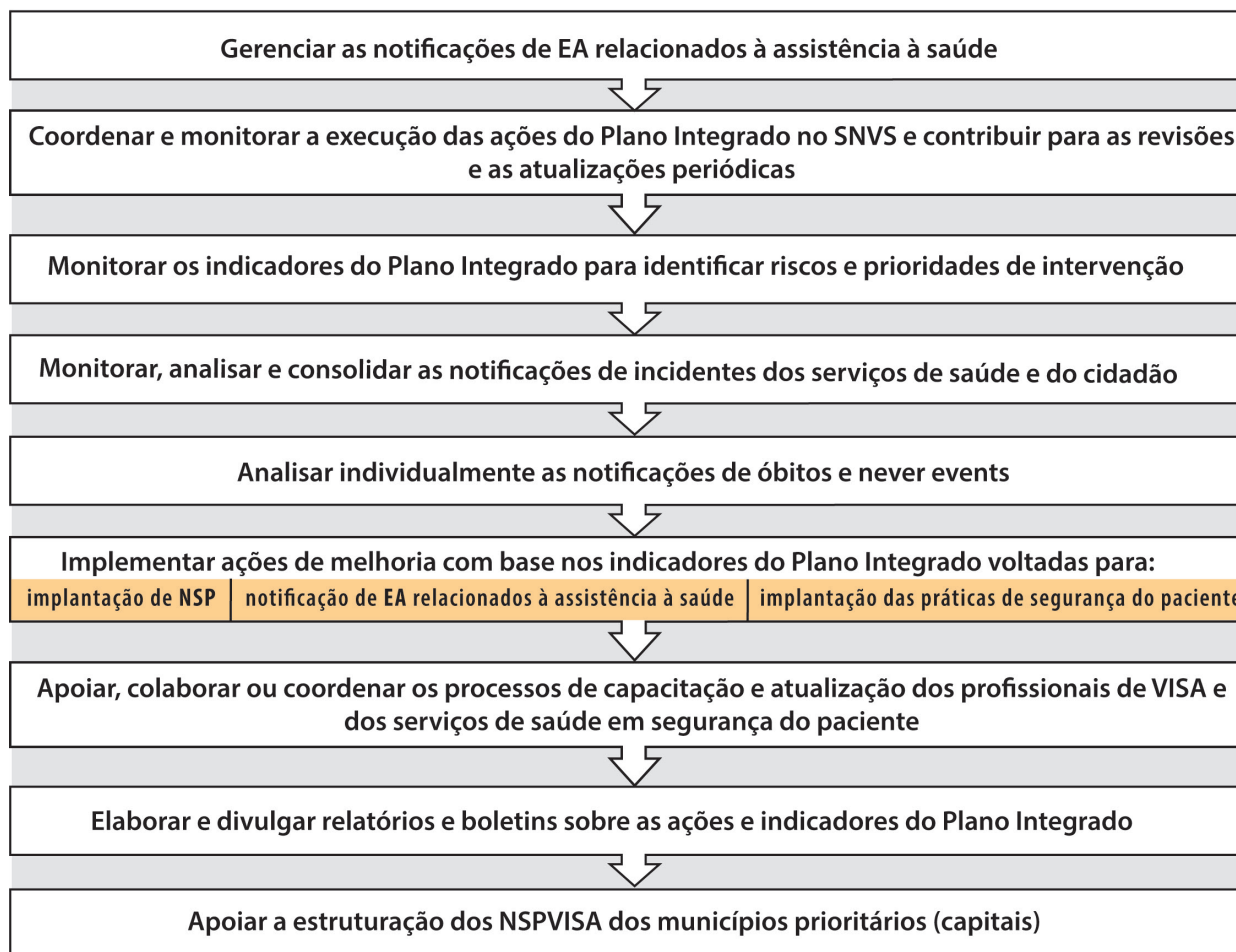
Gráfico 19 - Comparativo dos 35751 eventos adversos notificados no NOTIVISA 2.0, conforme sexo e faixa etária. Ref.: 2021.



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

Salienta-se que cabe a Vigilância 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.

Nível Estadual - RESPONSABILIDADES



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 O2 ou outros gases medicinais |
| Contaminação durante administração de O2 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. 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.

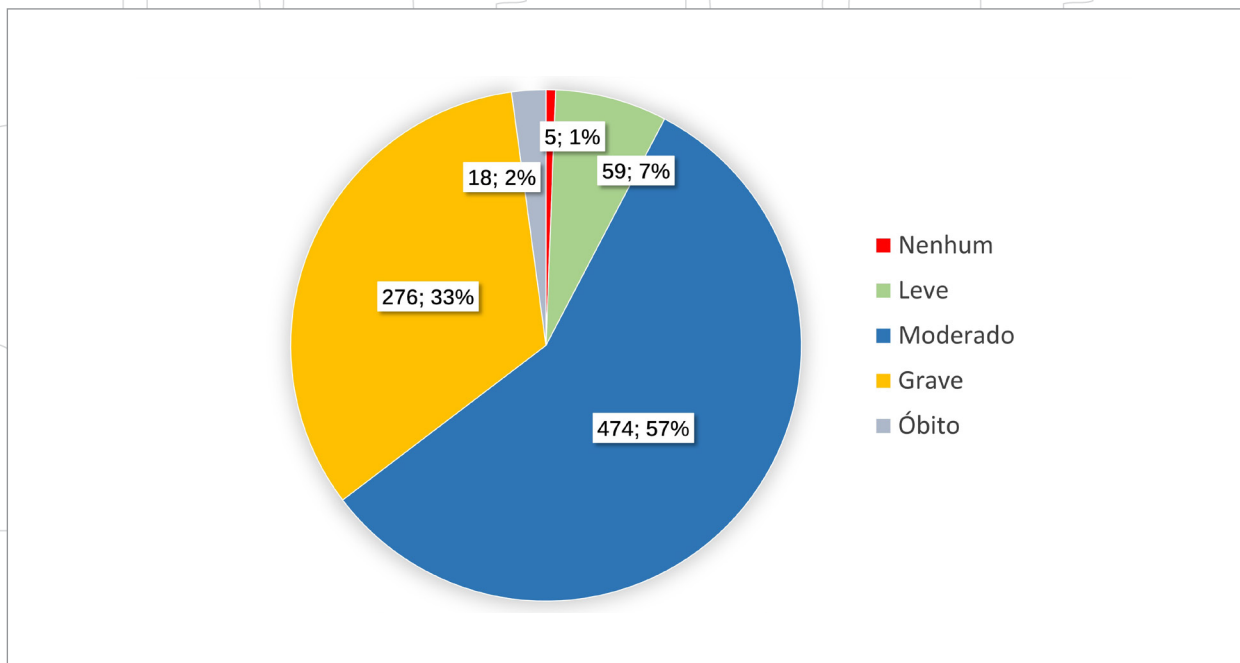
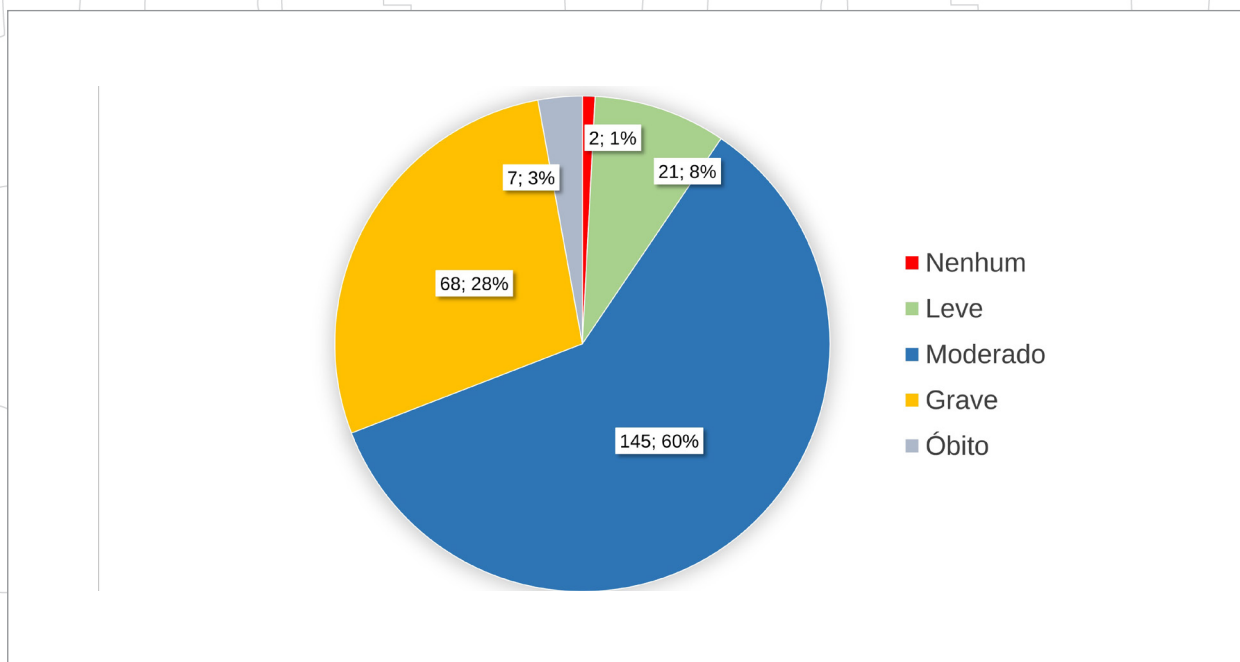


Gráfico 20b - Distribuição dos NE Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme grau de dano. NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

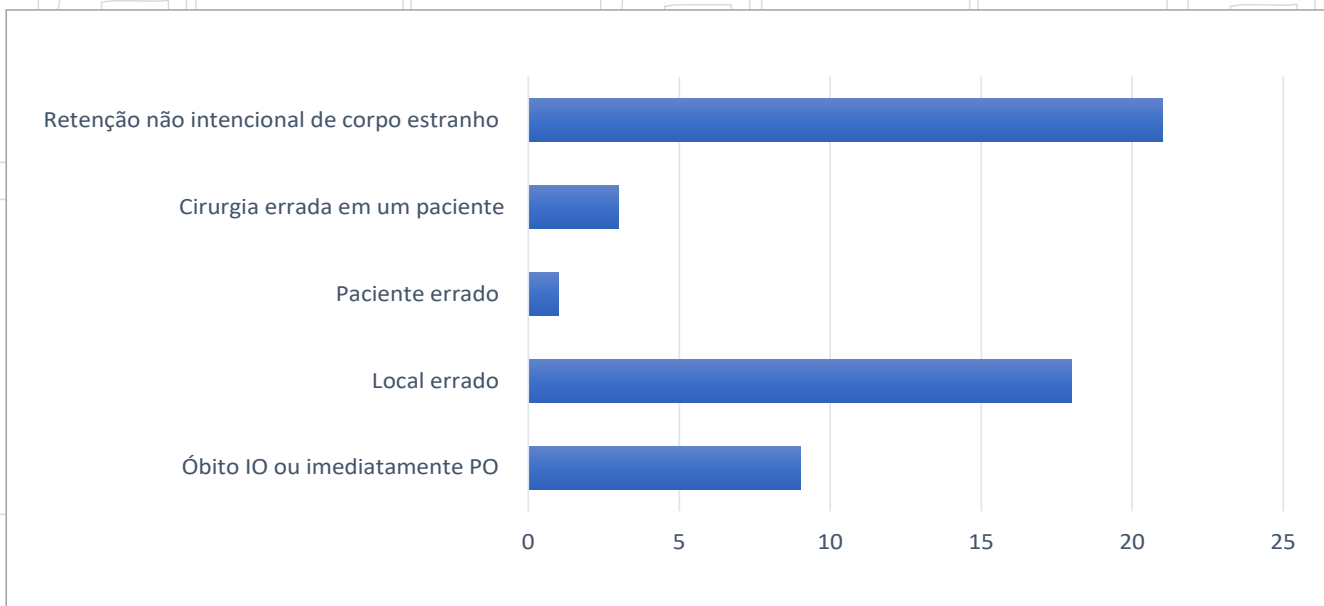
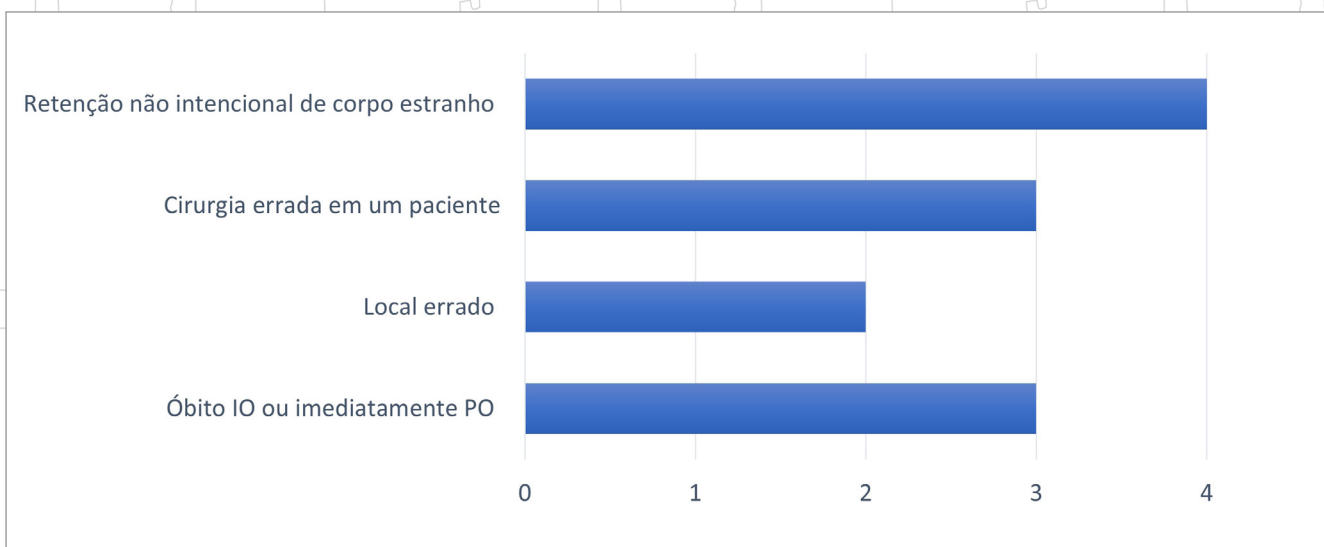


Gráfico 21b - *Never Events* notificados por conta de falhas durante o procedimento cirúrgico. NOTIVISA 2.0. Ref.: Jan - Mai/2022.



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 associado 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.

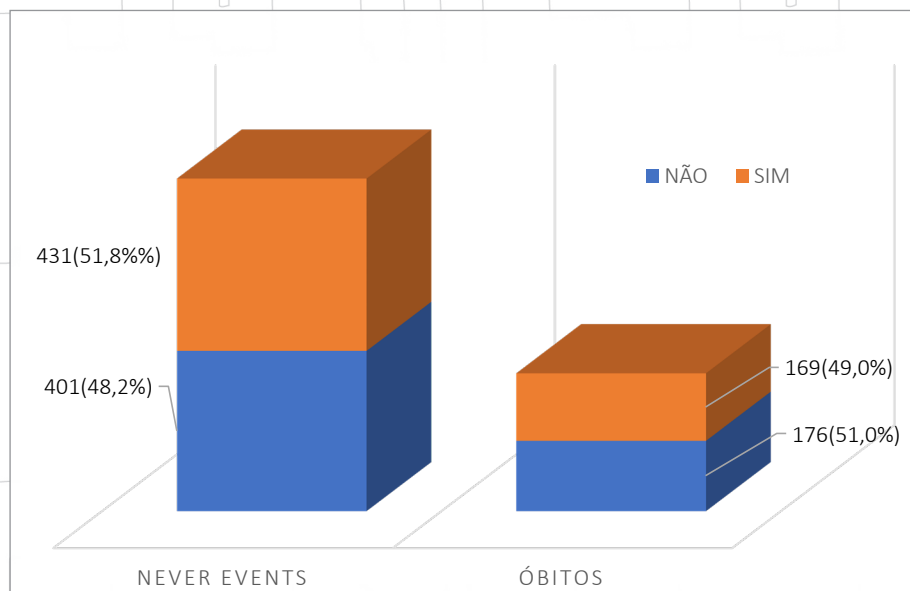
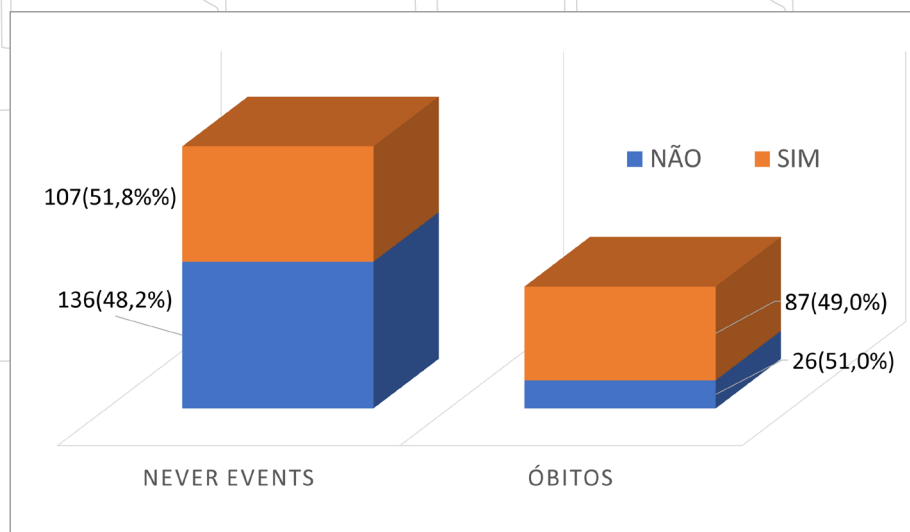


Gráfico 22b - Entrega de Planos de Ação junto ao NOTIVISA 2.0 para tratativa e redução dos *Never Events* e Óbitos - Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

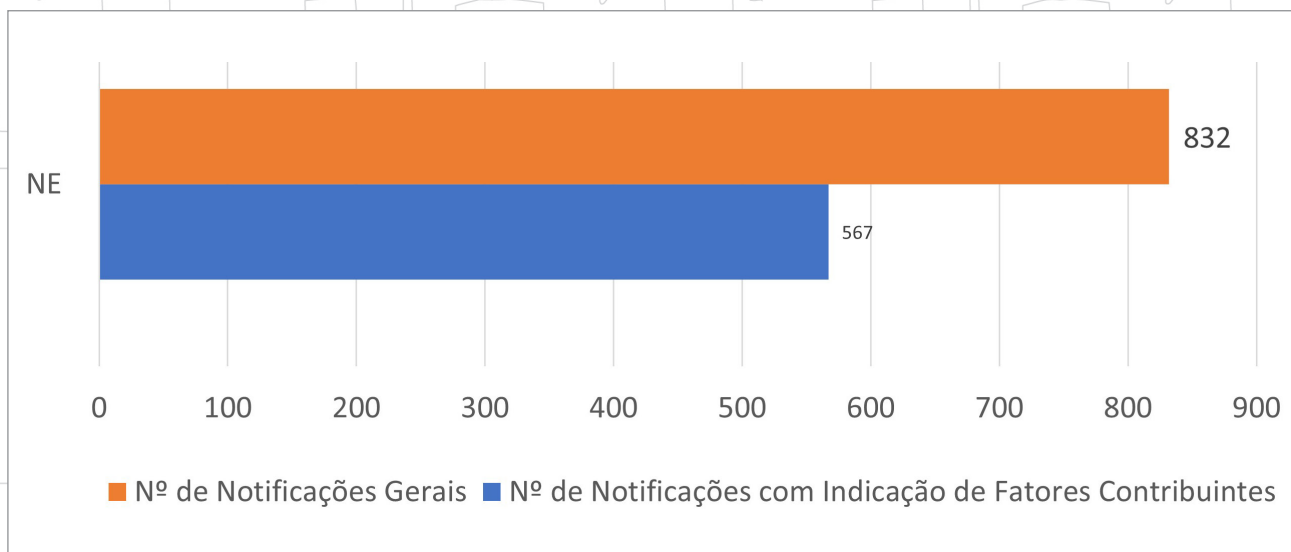
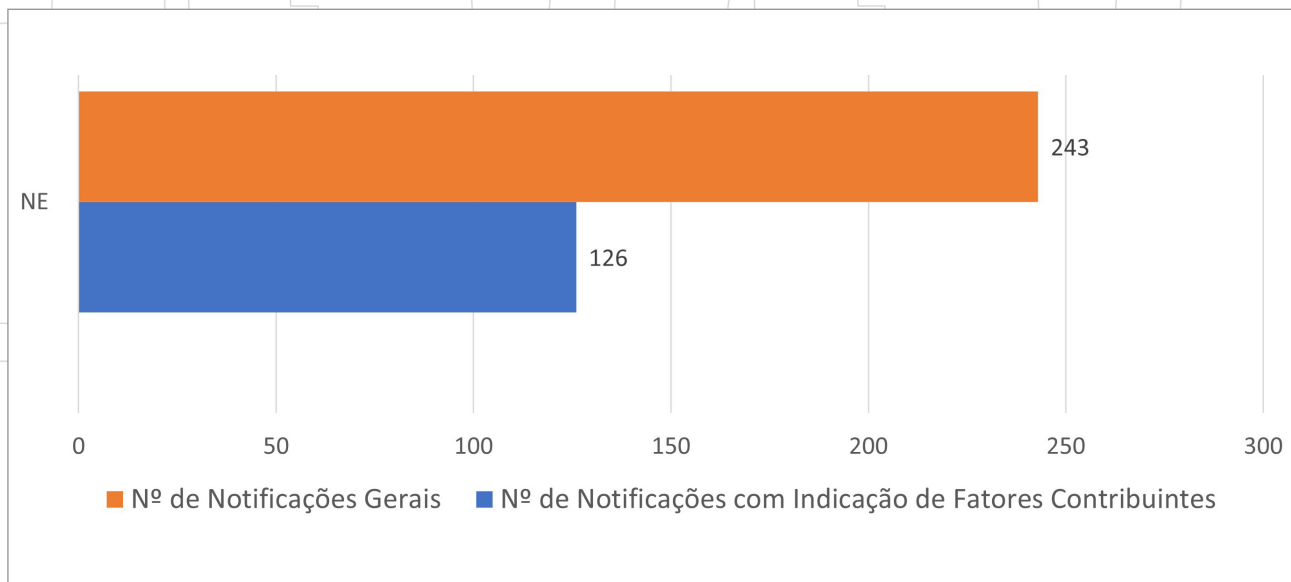
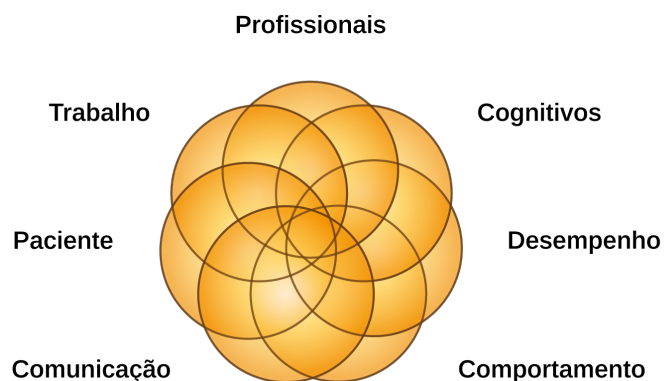


Gráfico 23b - Distribuição das notificações de NE conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

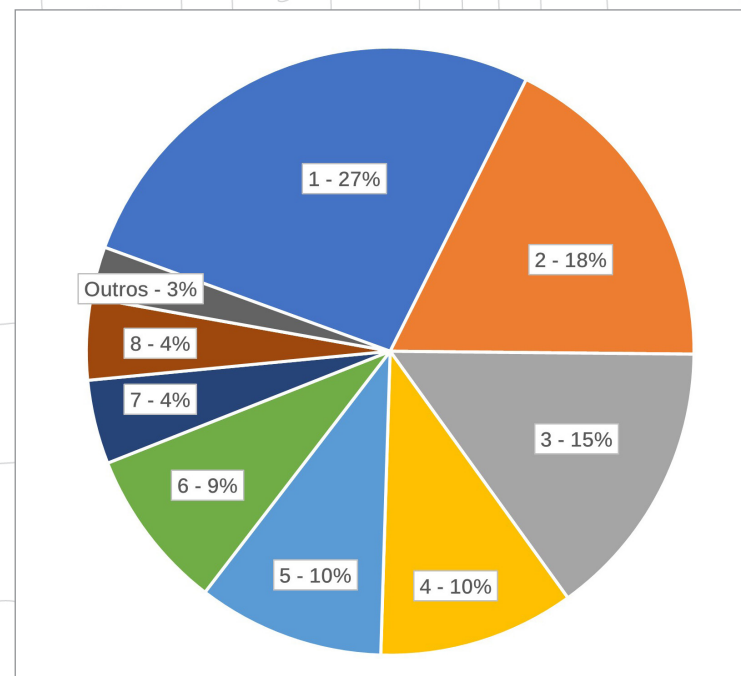


Tabela 16b – Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

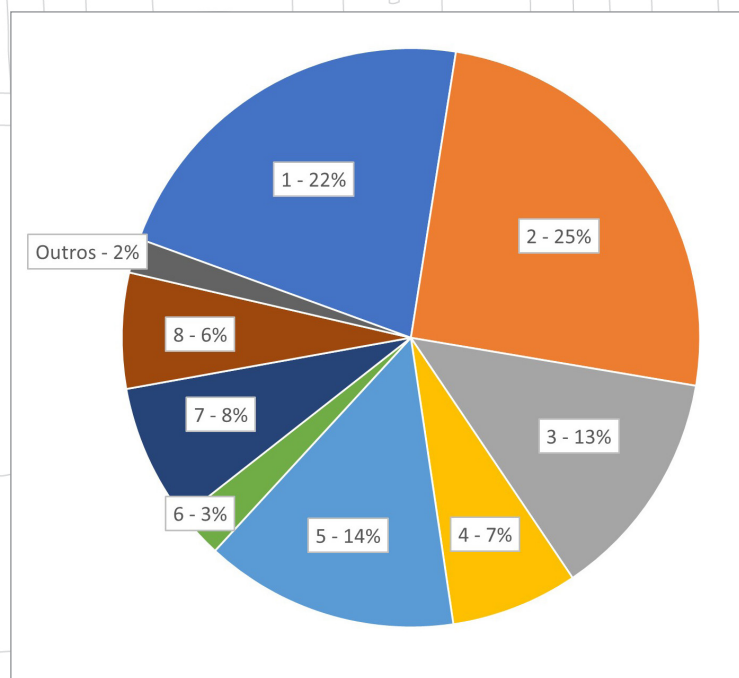


Tabela 17a - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

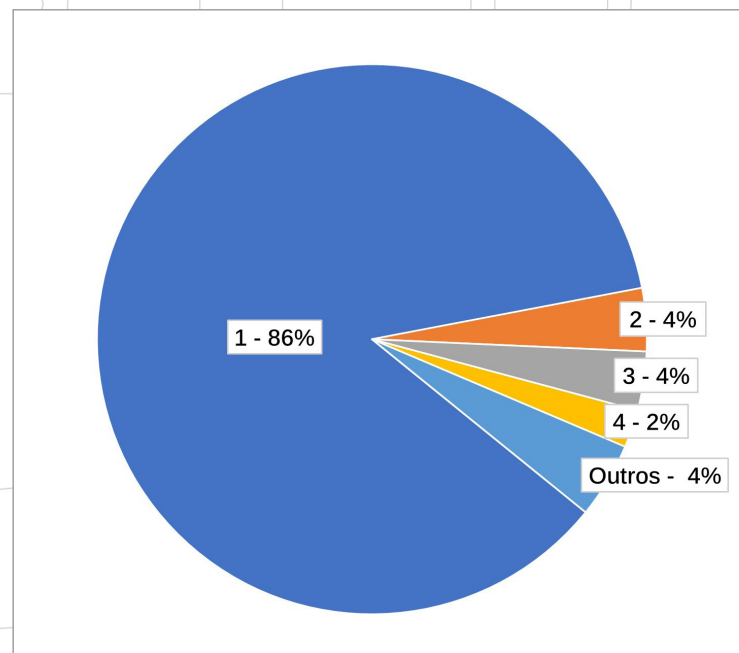


Tabela 17b - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

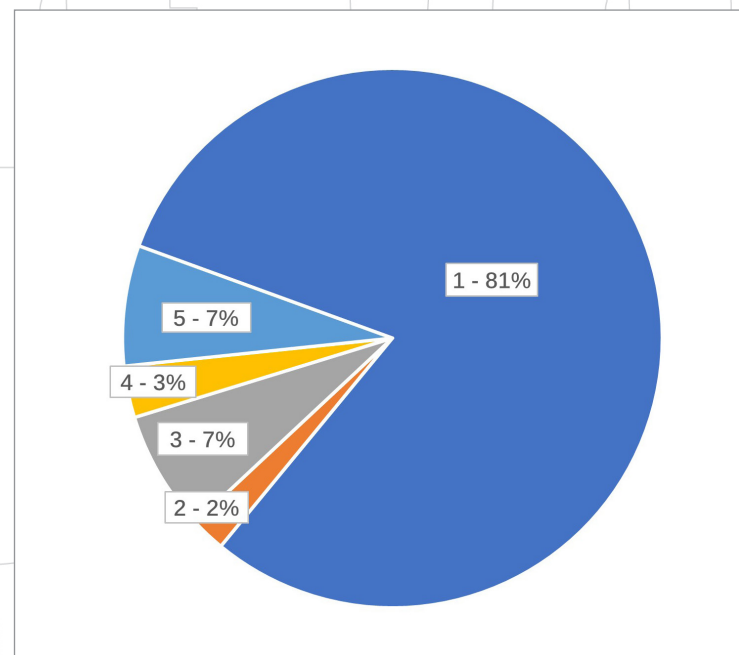


Tabela 18a - Distribuição dos fatores de desempenho conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

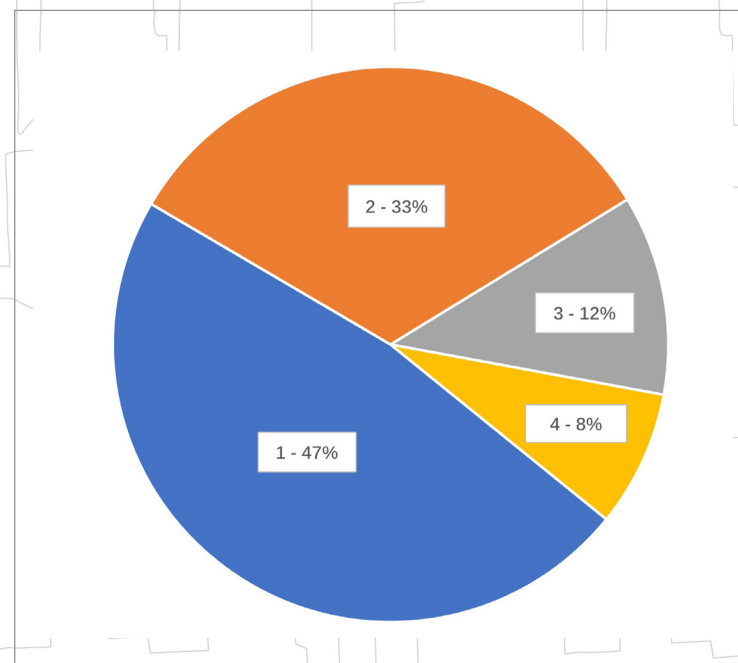


Tabela 18b - Distribuição dos fatores de desempenho conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

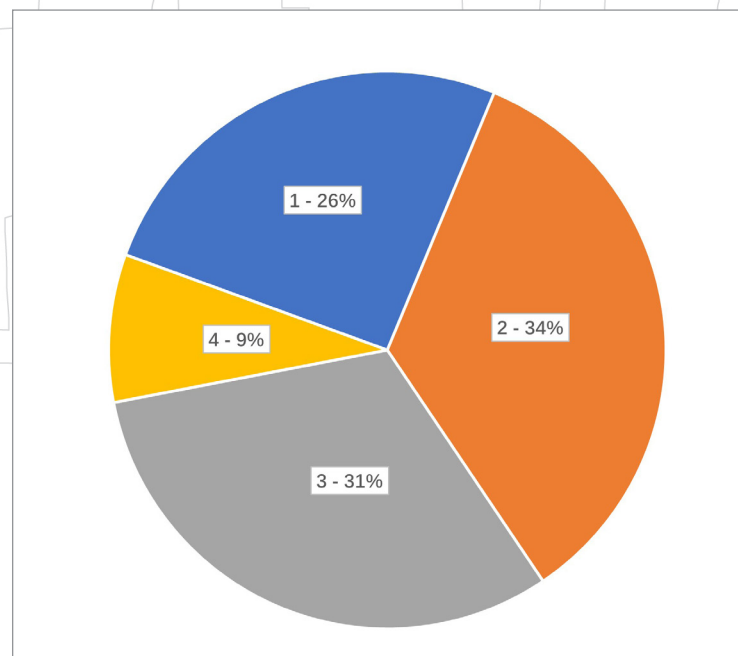


Tabela 19a - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

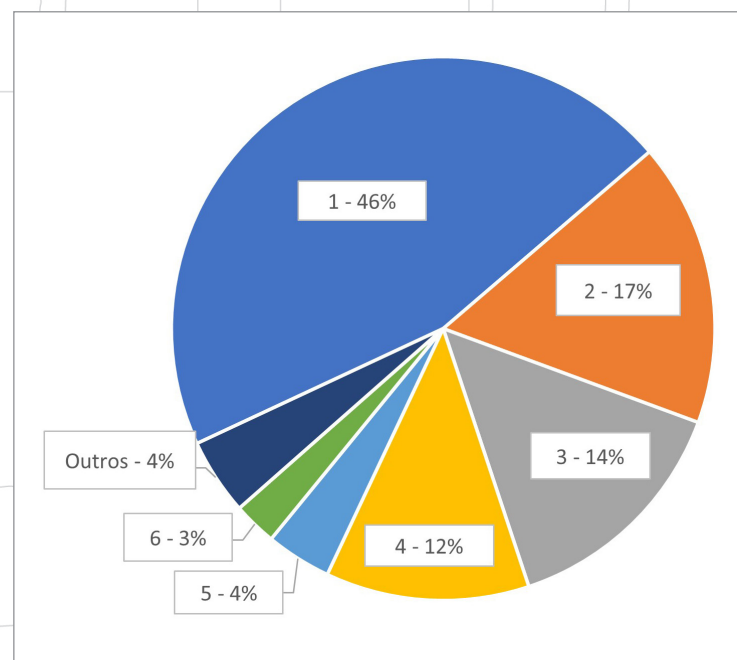


Tabela 19b - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

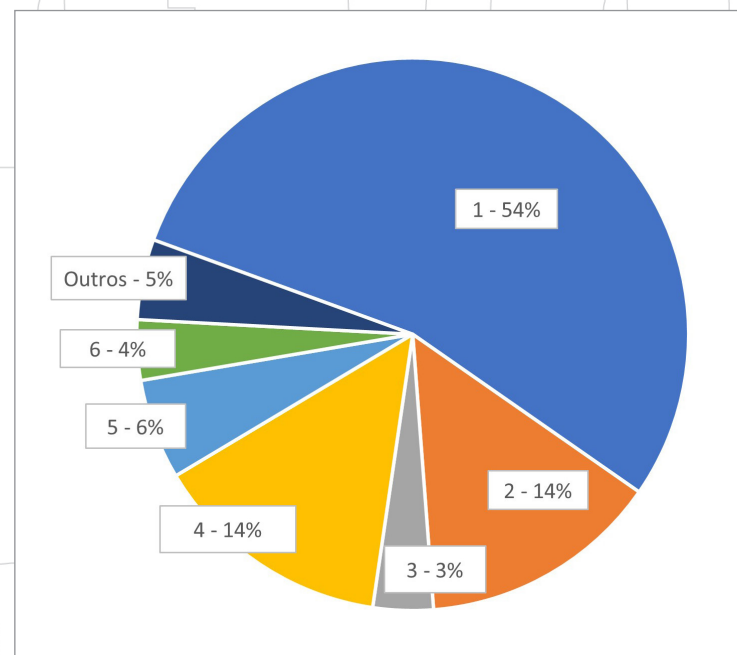


Tabela 20a - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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 e seus Subtipos. Ref.: 2021.

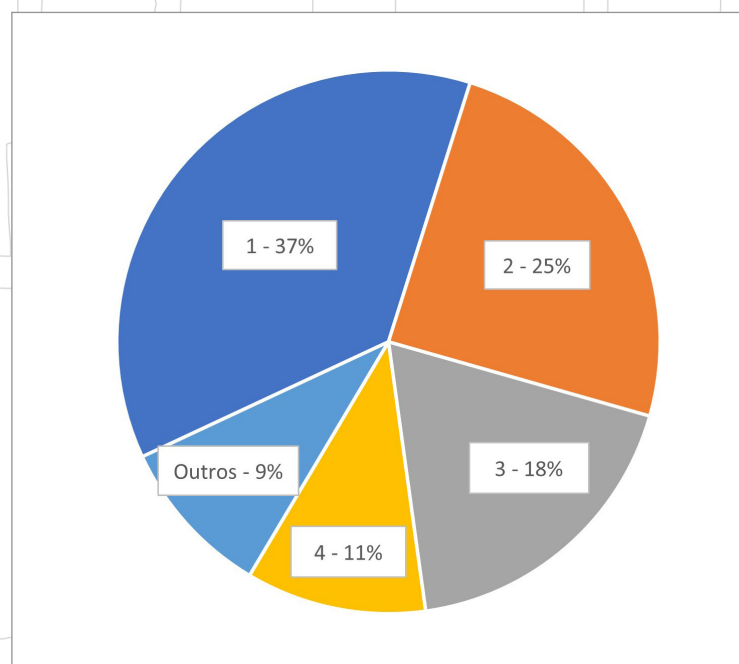


Tabela 20b - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

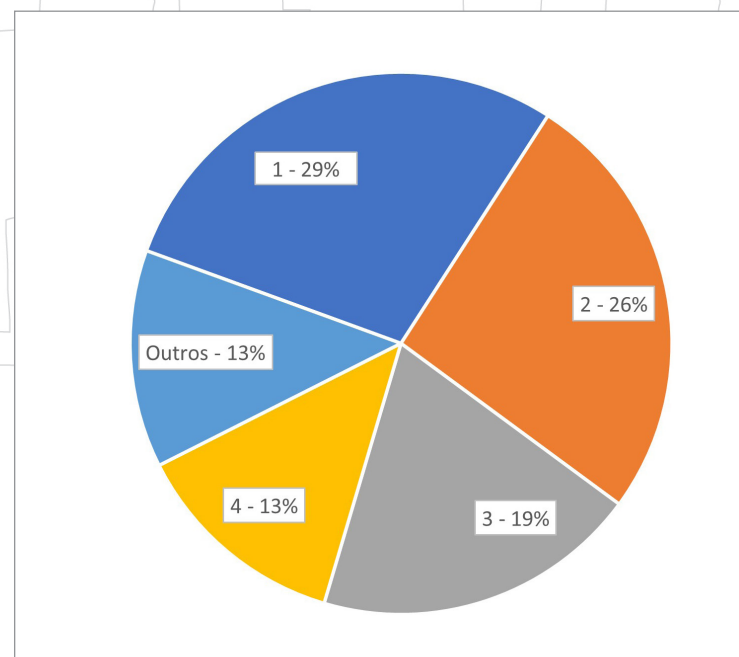


Tabela 21a - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

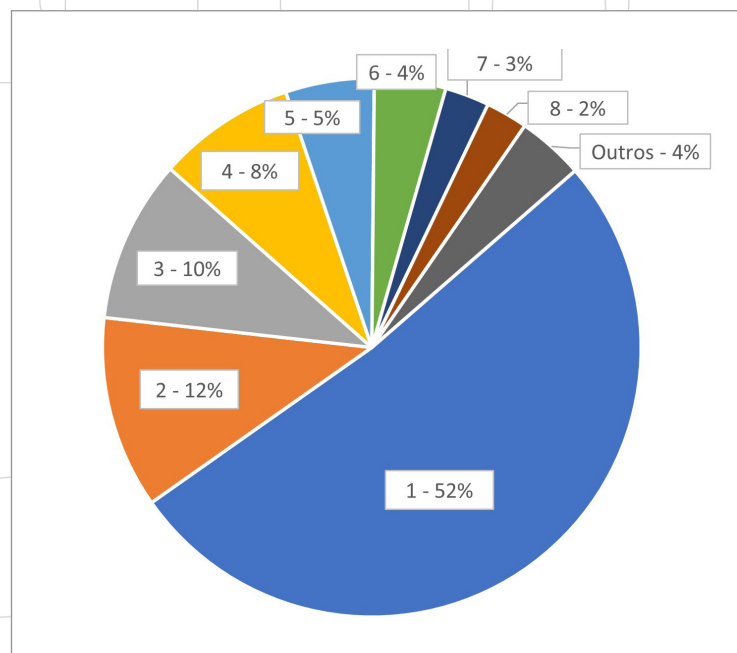


Tabela 21b - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan-Mai/2022.

| 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.

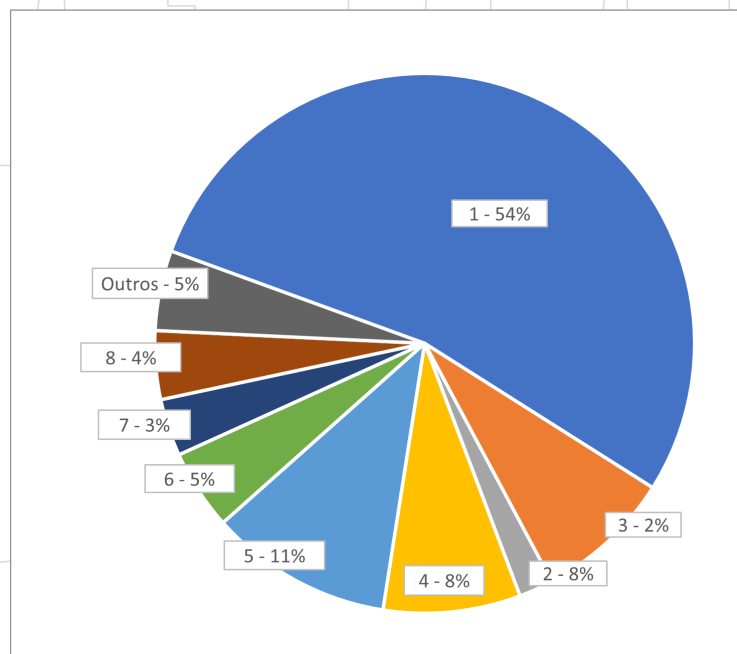


Tabela 22a - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

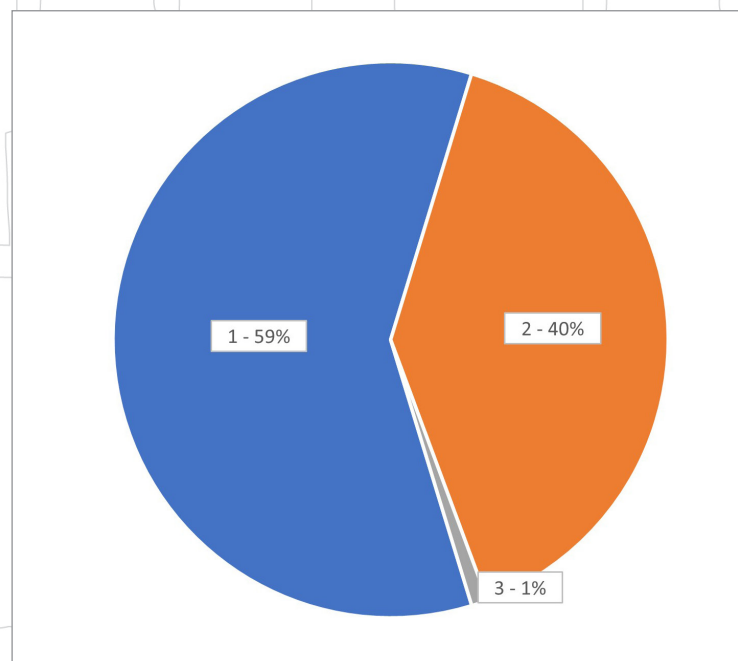


Tabela 22b - Distribuição dos fatores do trabalho conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

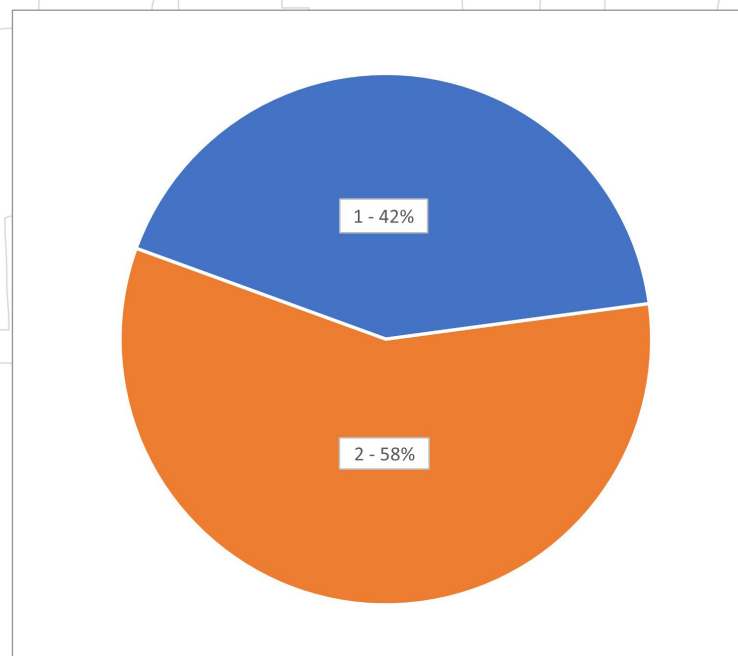


Tabela 23a - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 567 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

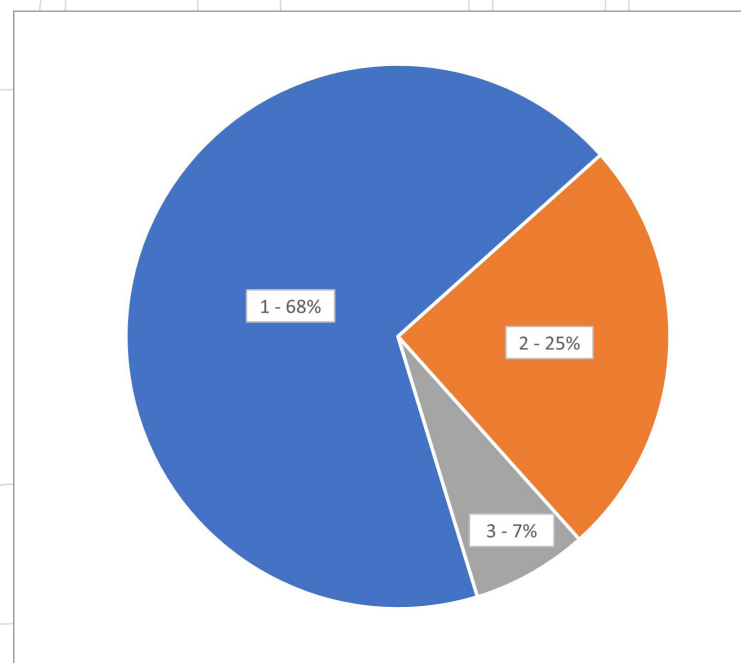
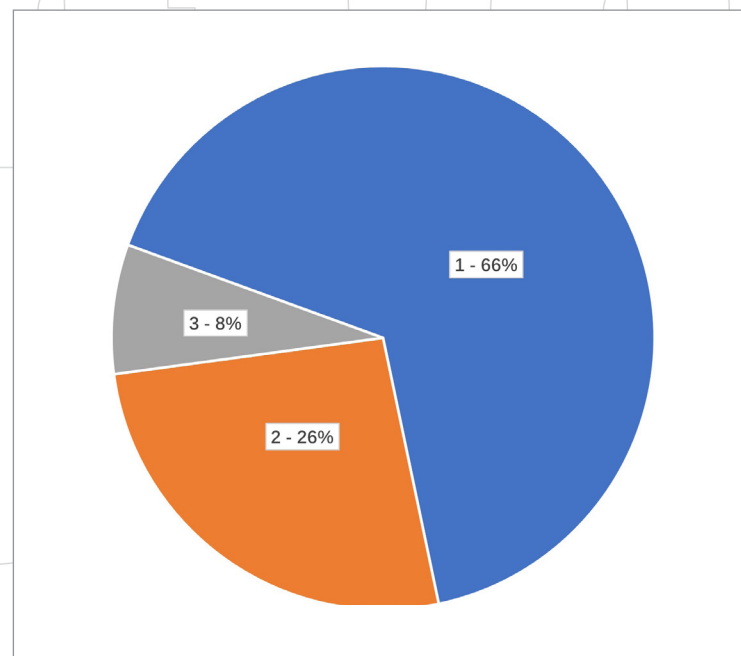


Tabela 23b - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 126 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

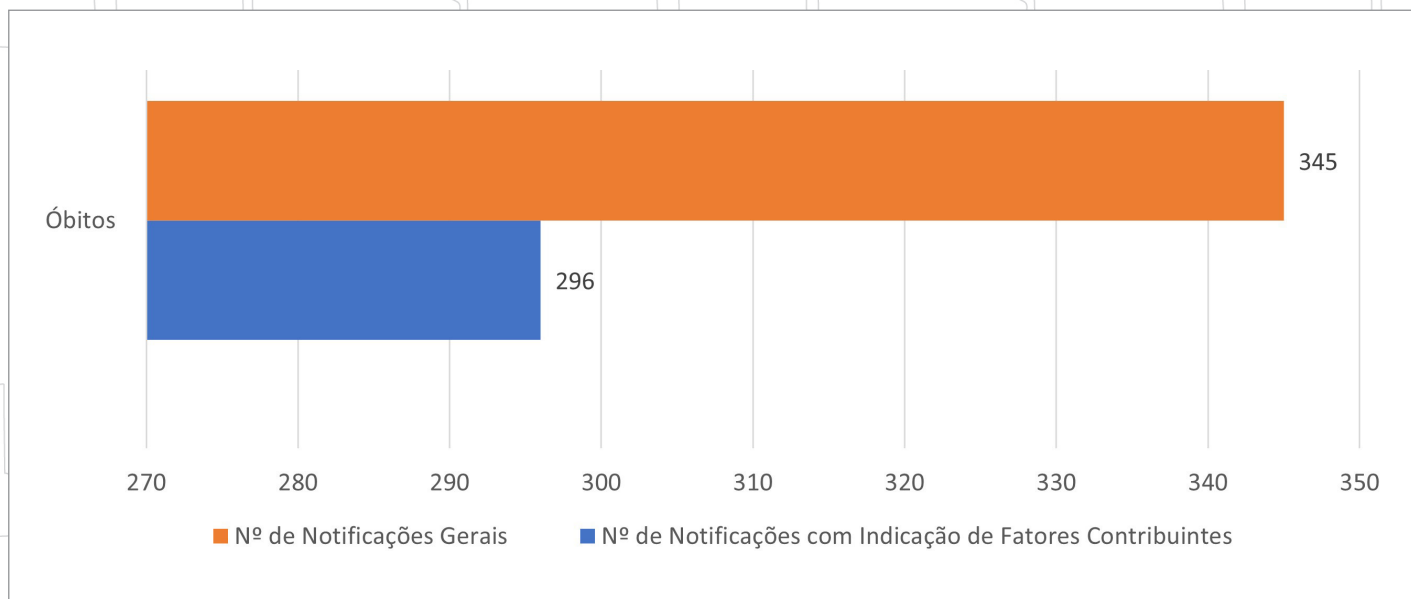
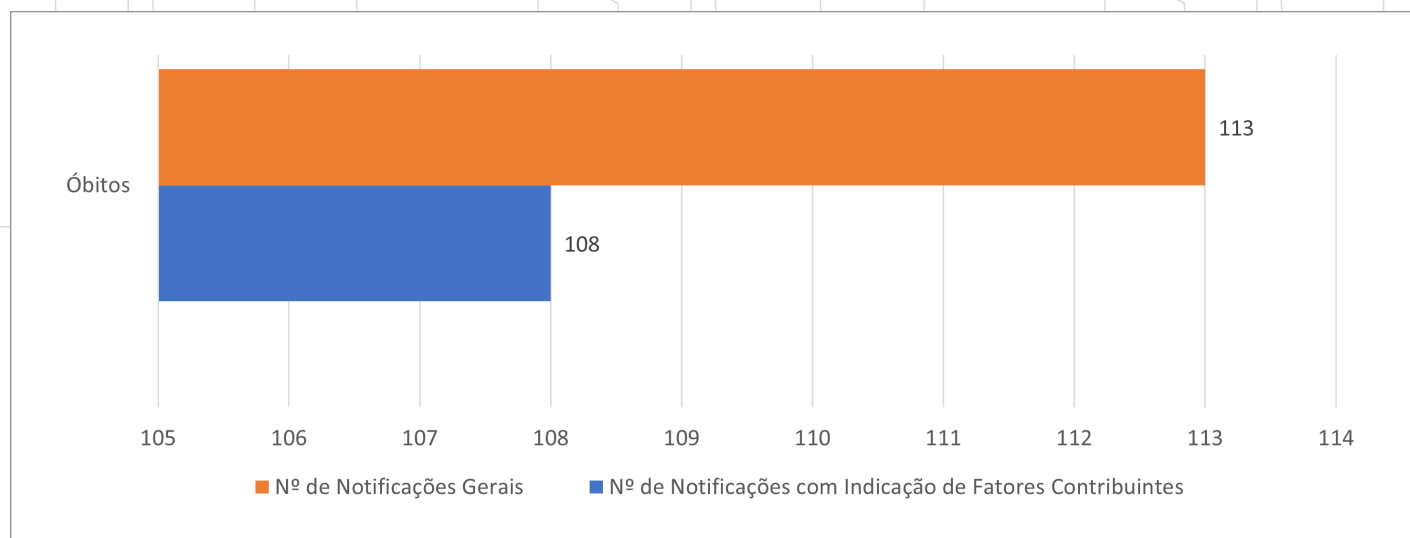


Gráfico 32b - Distribuição das notificações de óbitos conforme indicação de fatores contribuintes. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

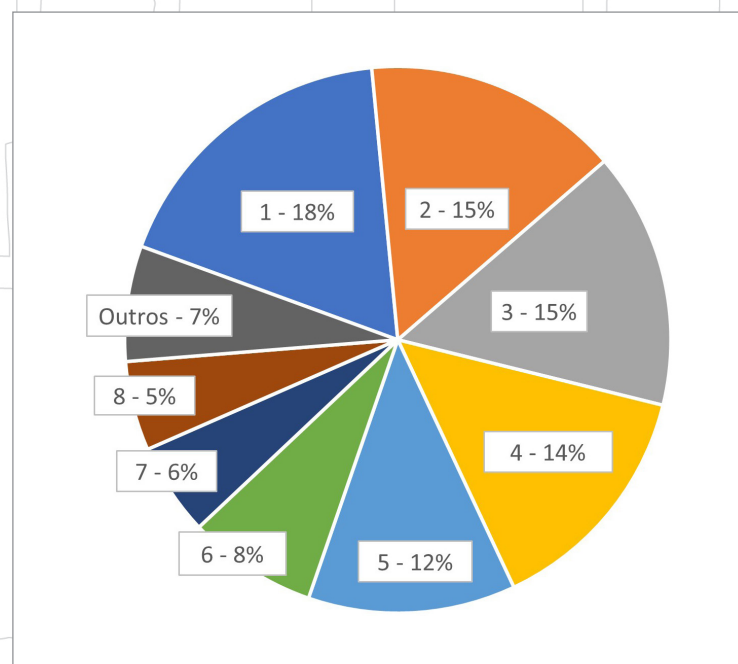


Tabela 25b - Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

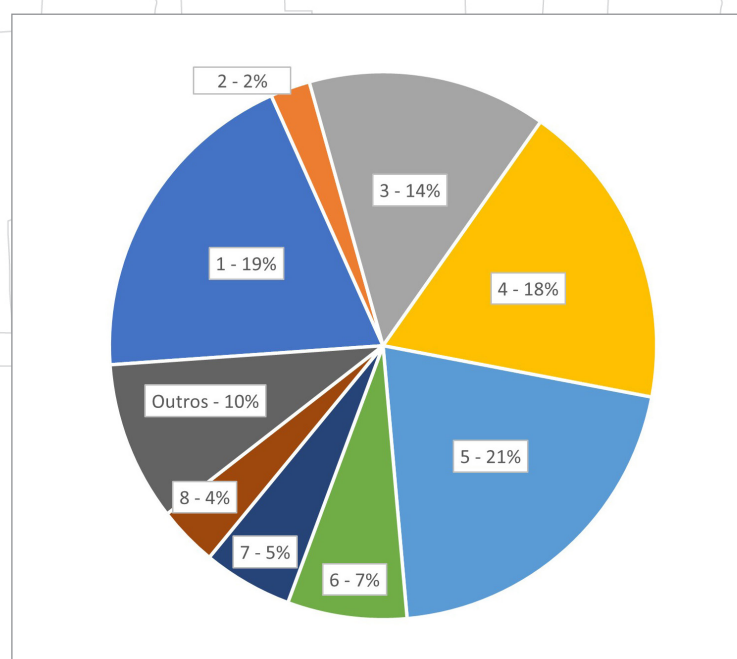


Tabela 26a - Distribuição dos fatores cognitivos, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

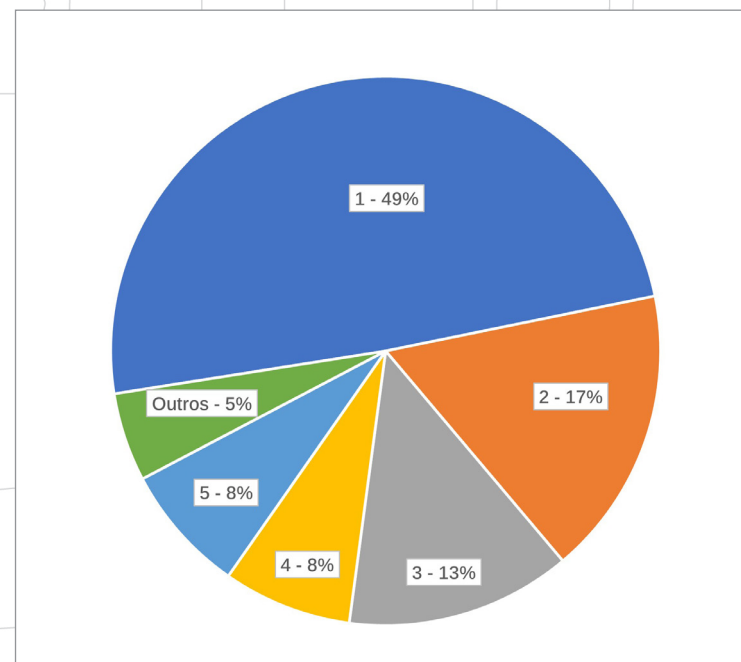


Tabela 26b - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

| 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.

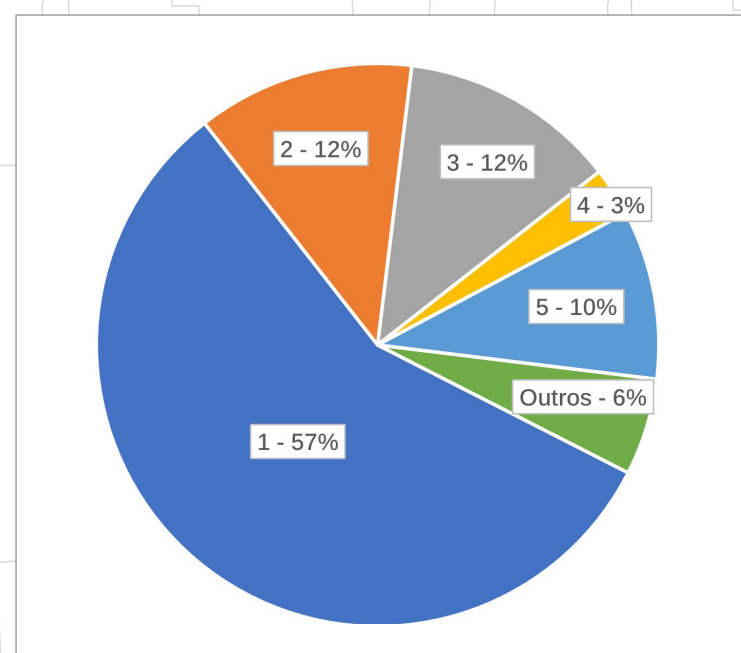


Tabela 27a - Distribuição dos fatores de desempenho, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

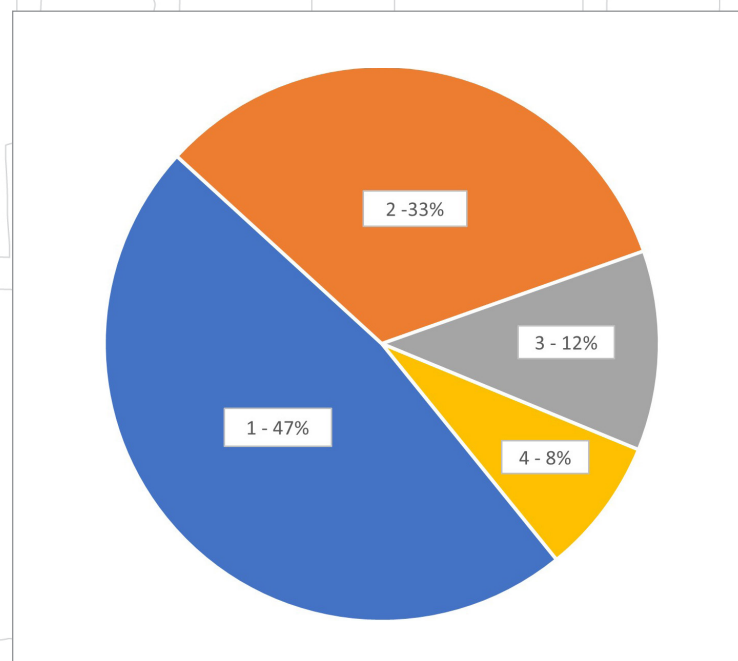


Tabela 27b - Distribuição dos fatores de desempenho cognitivos conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

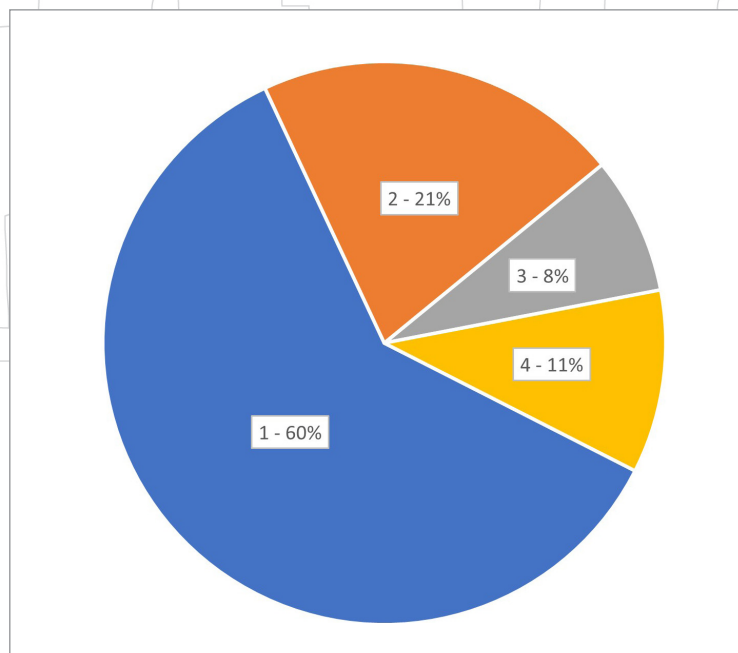


Tabela 28a - Distribuição dos fatores de comportamento, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

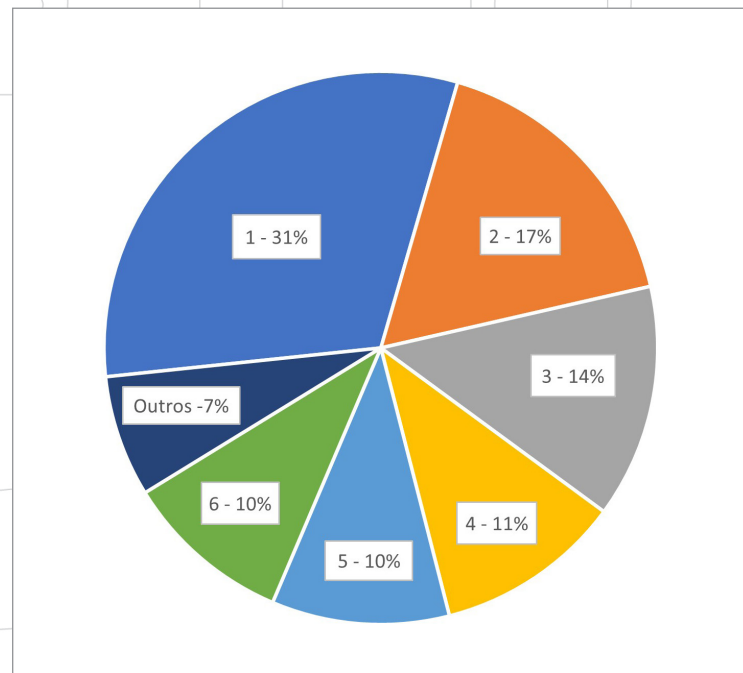


Tabela 28b - Distribuição dos fatores de comportamento, conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

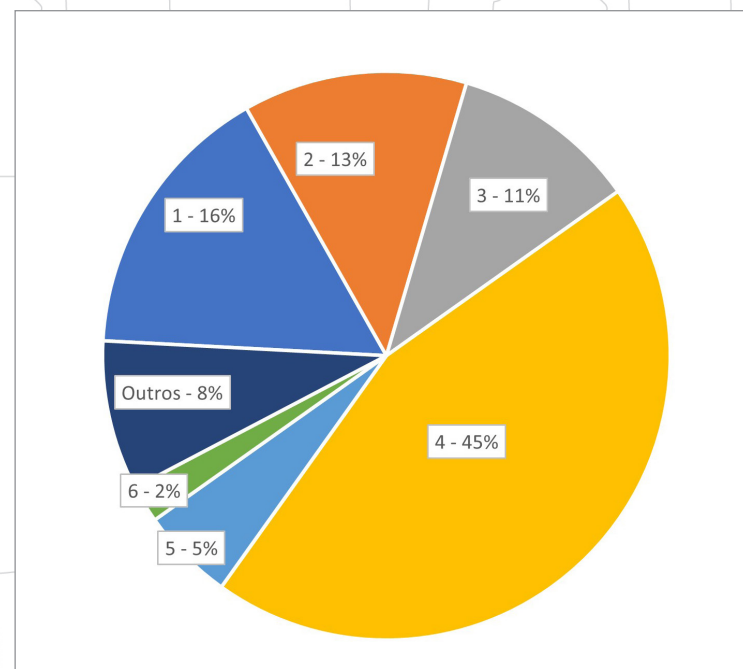


Tabela 29a - Distribuição dos fatores de comunicação, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

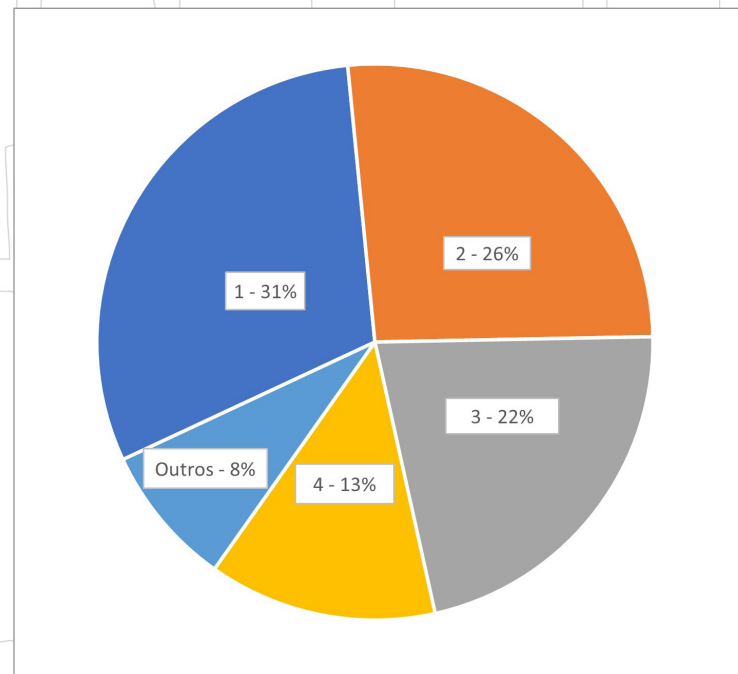


Tabela 29b - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

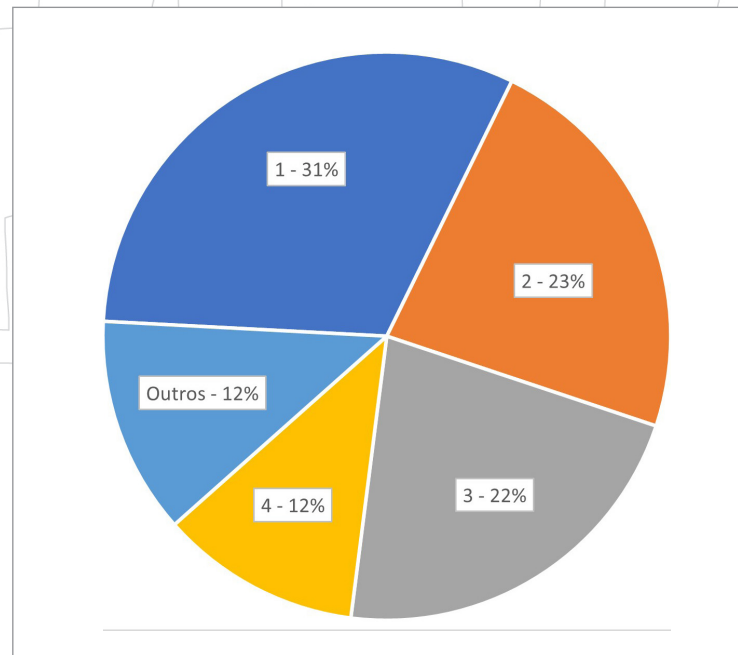


Tabela 30a - Distribuição dos fatores do paciente, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

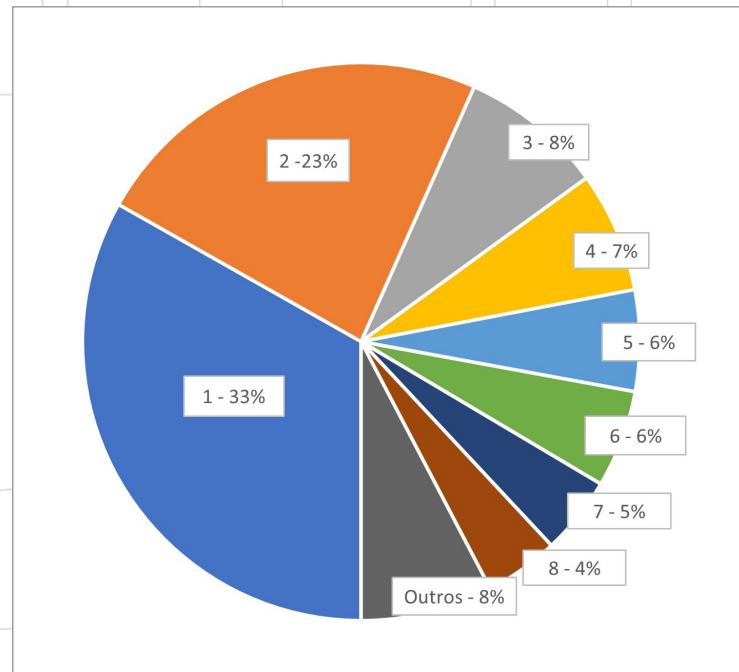


Tabela 30b - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan-Mai/2022.

| 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.

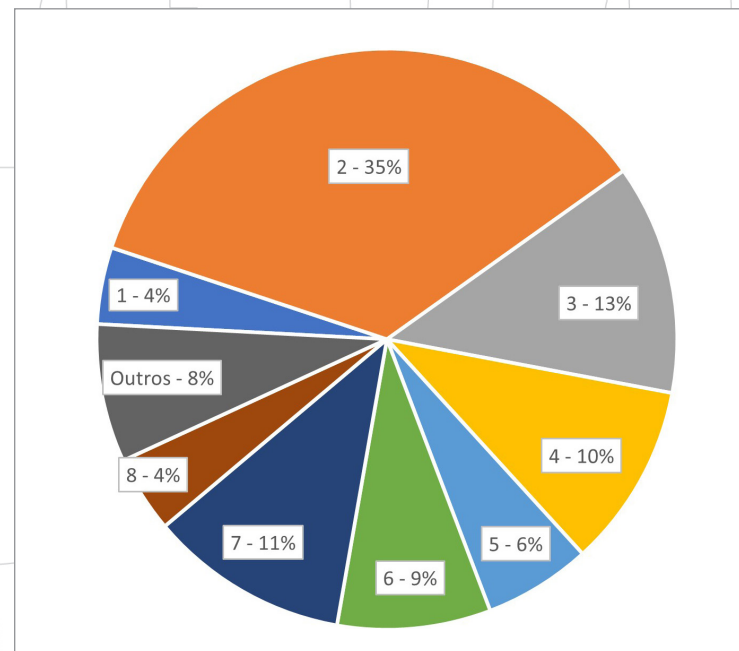


Tabela 31a - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

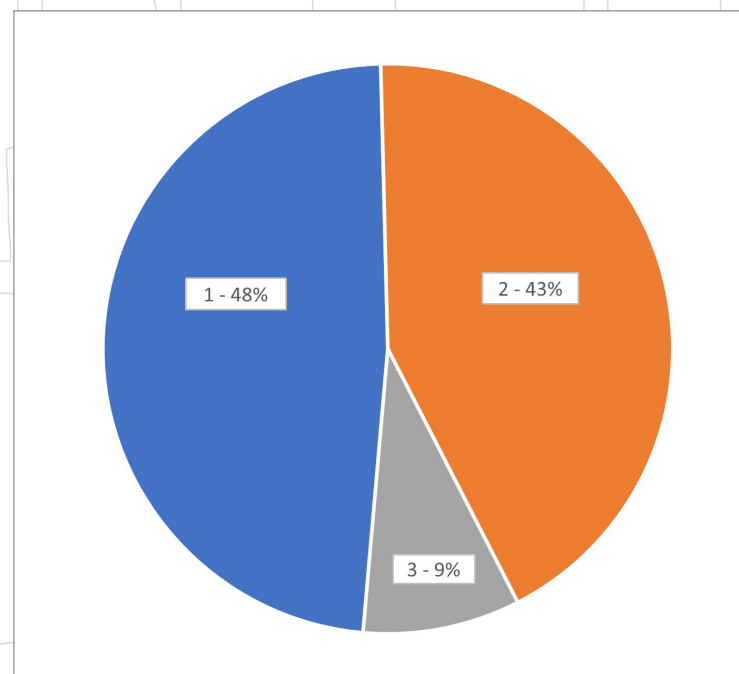


Tabela 31b - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

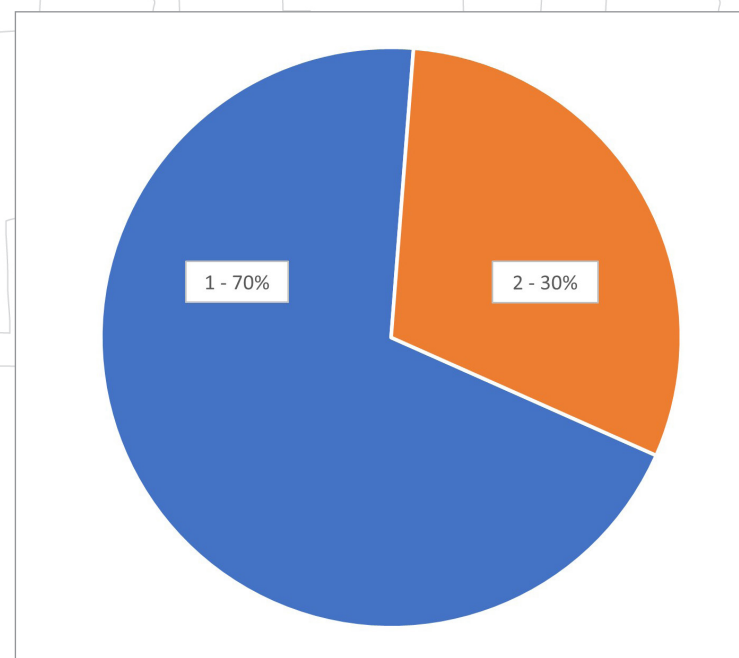


Tabela 32a - Distribuição dos fatores organizacionais, conforme subtipo nas 296 notificações de óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

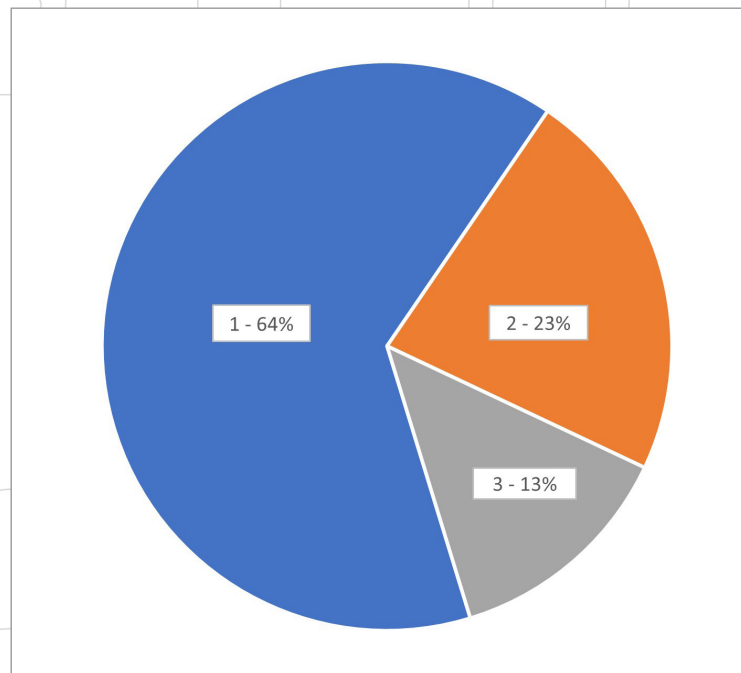
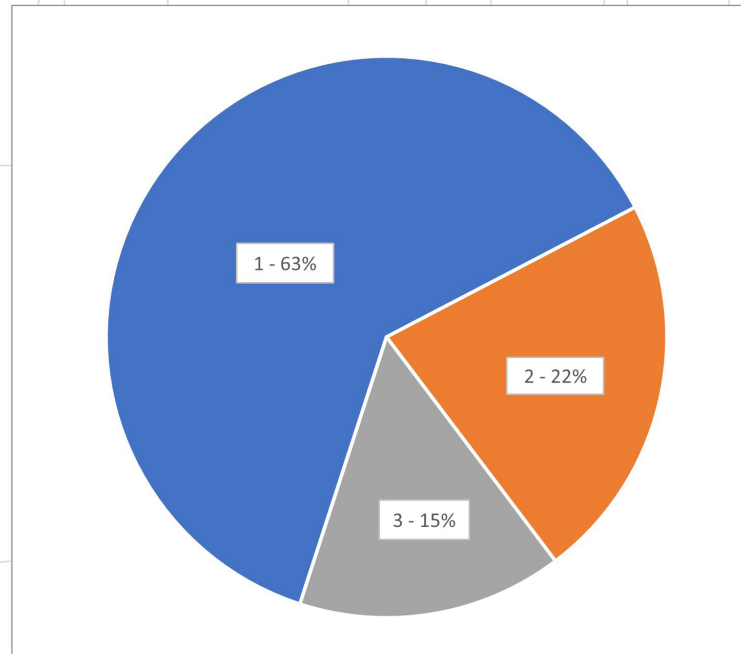


Tabela 32b - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 108 notificações de óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

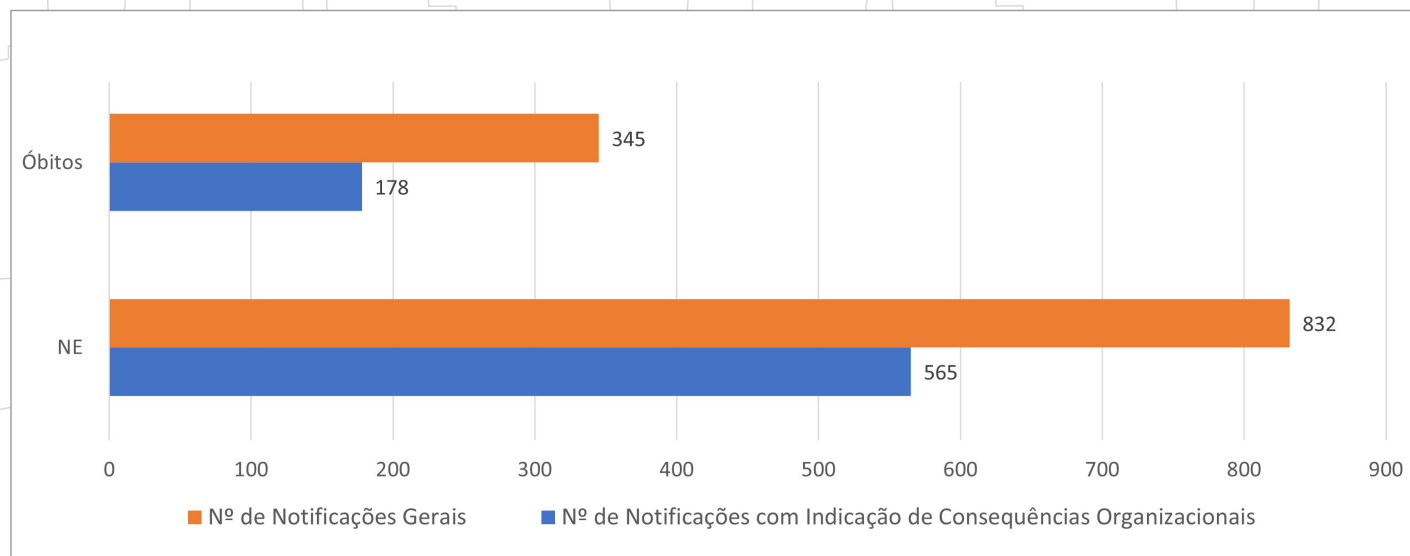
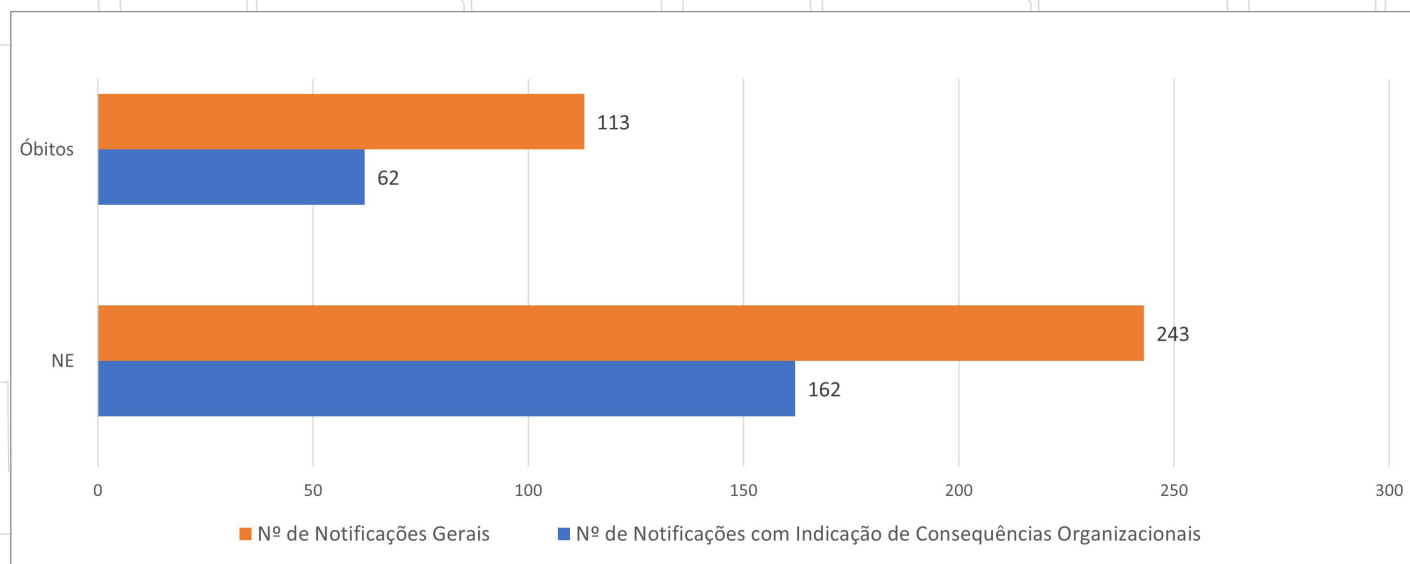


Gráfico 41b - Notificações de NE e Óbitos conforme indicação das Consequências Organizacionais. Ref.: Jan - Mai/2022.



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 denegrida | 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.

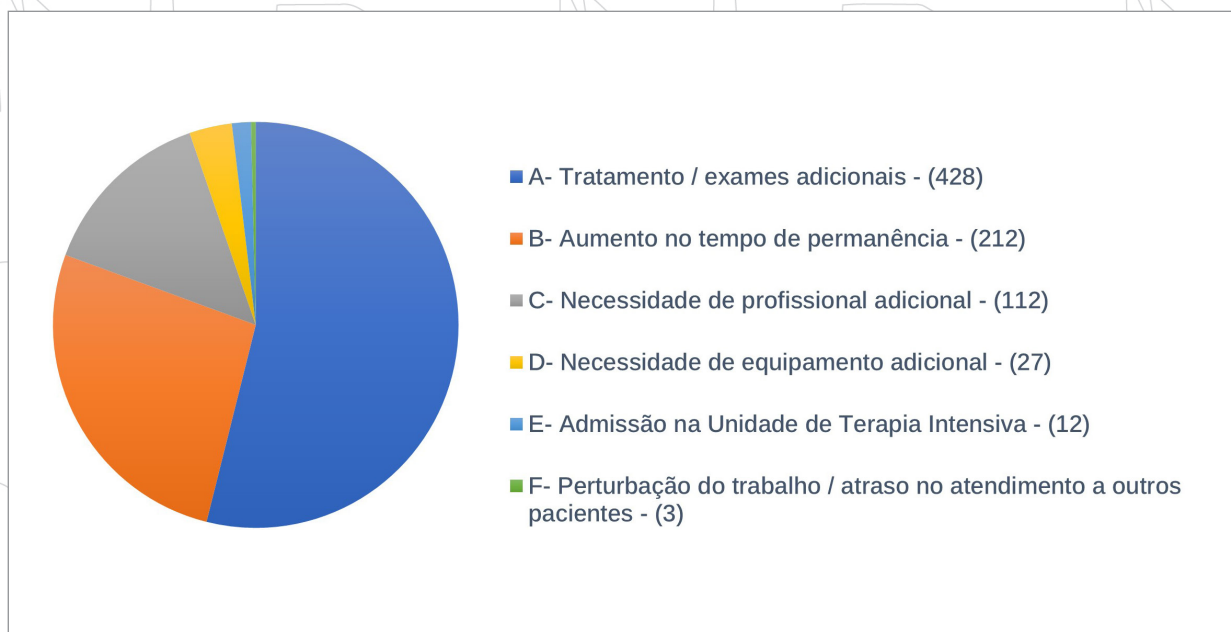


Tabela 33b - Distribuição das 162 notificações de never events que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

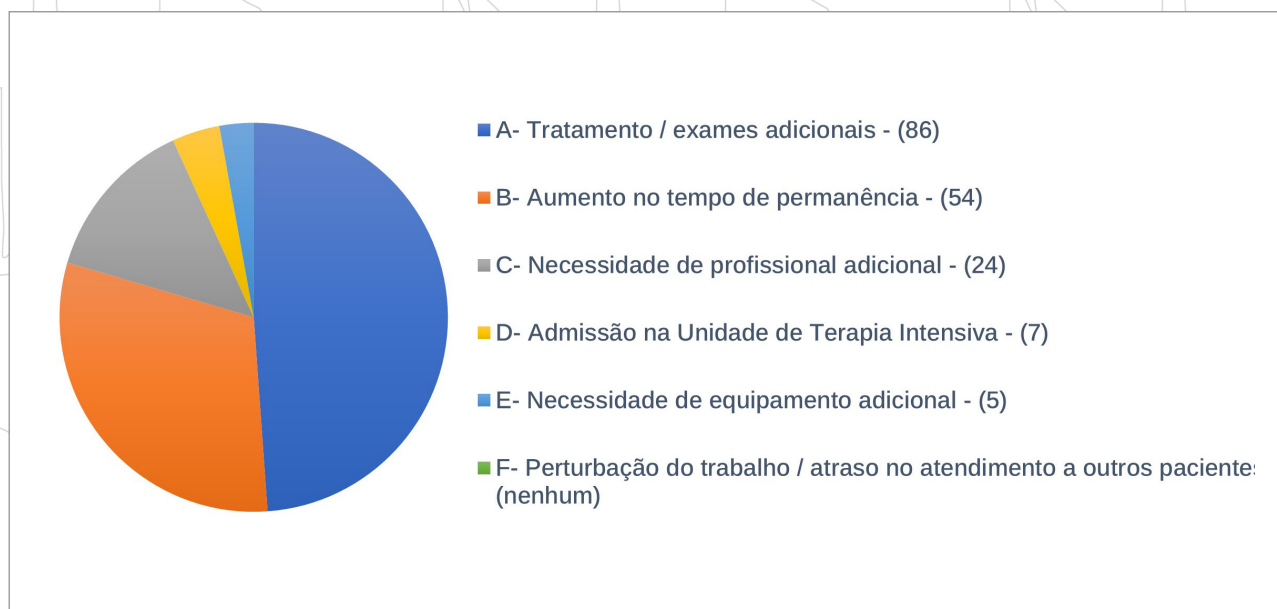


Tabela 34a - Distribuição das 178 notificações de óbitos que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref.: 2021.

| 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.

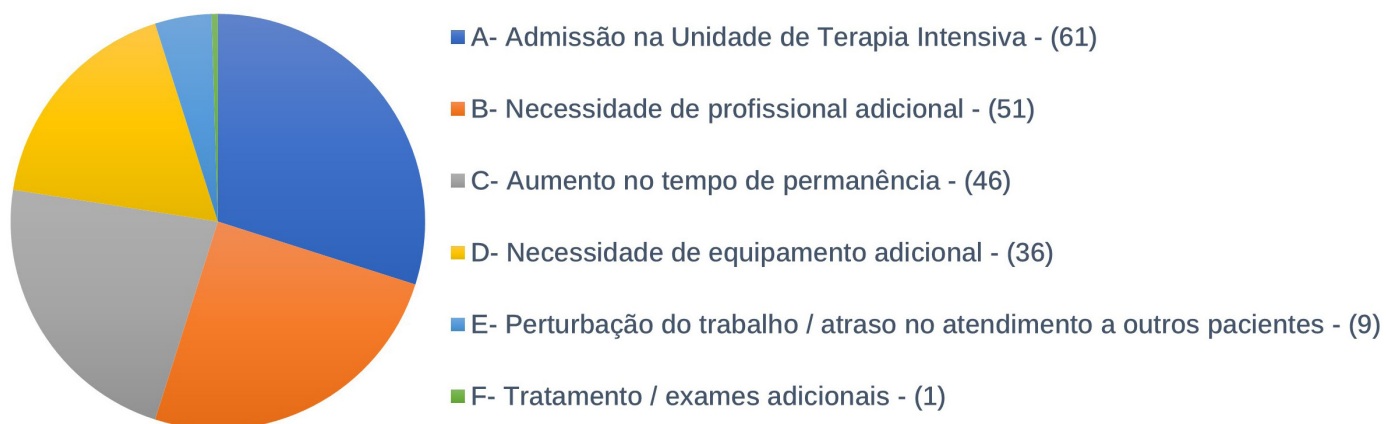
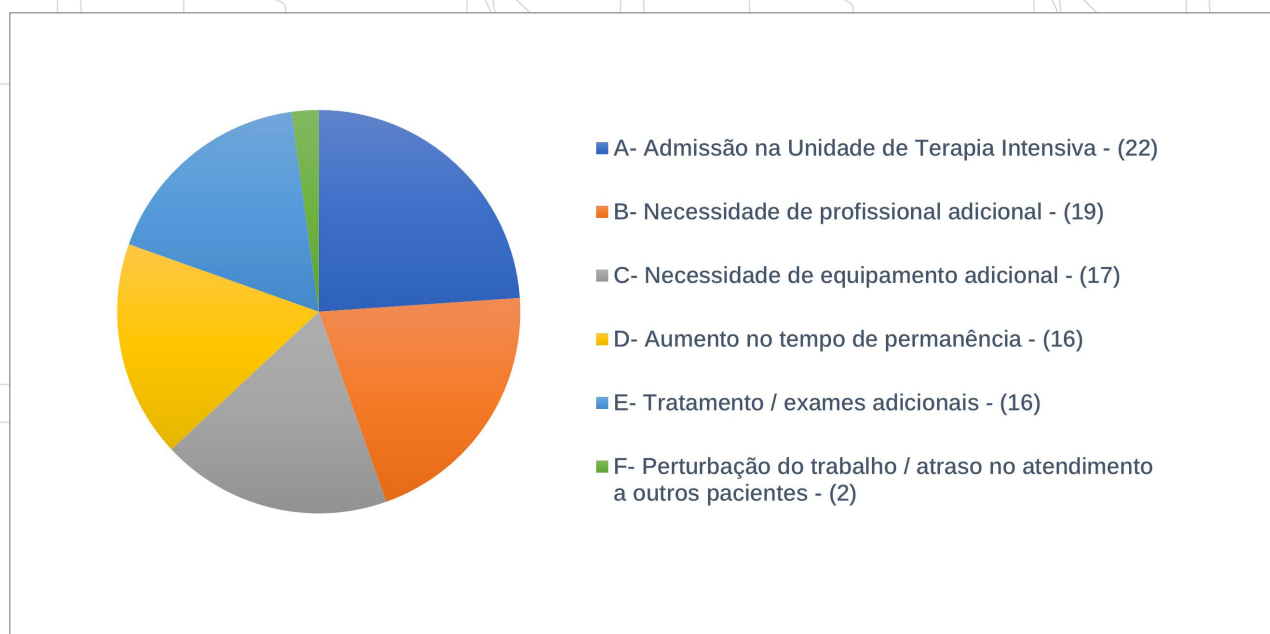


Tabela 34b - Distribuição das 162 notificações de never events que tiveram a identificação de consequências organizacionais apontadas. Ref. Jan - Mai/2022.

| 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.

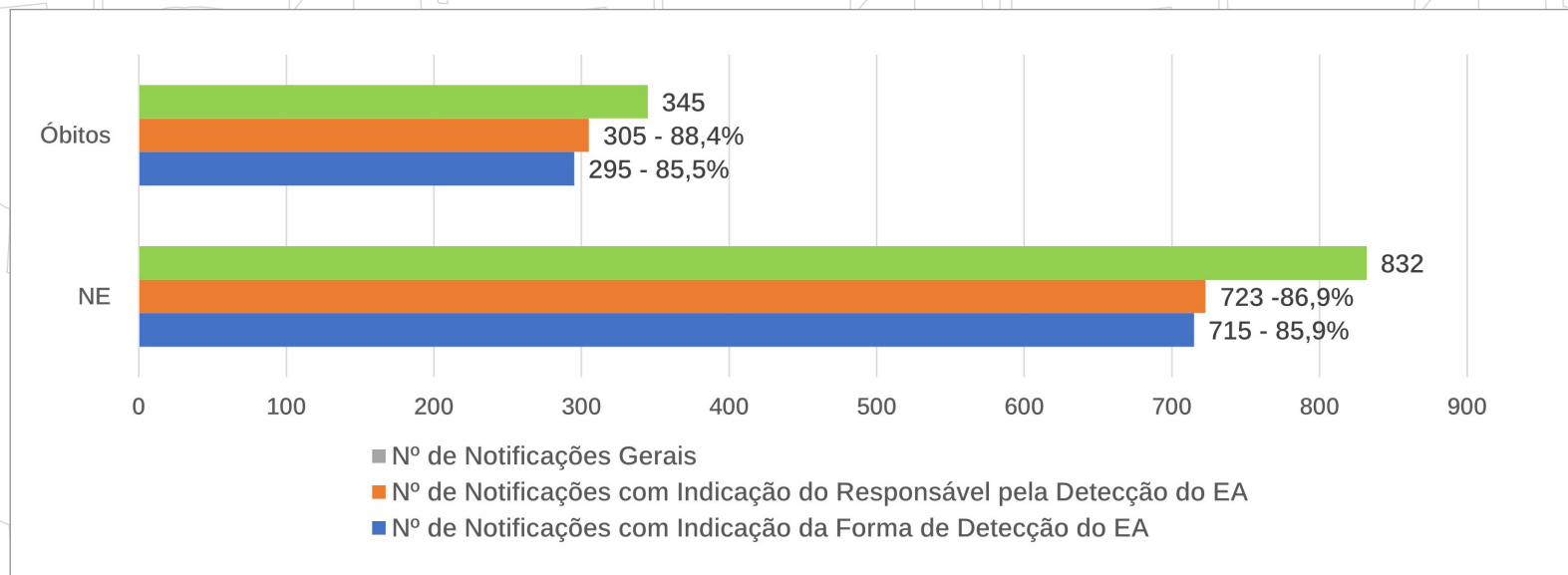
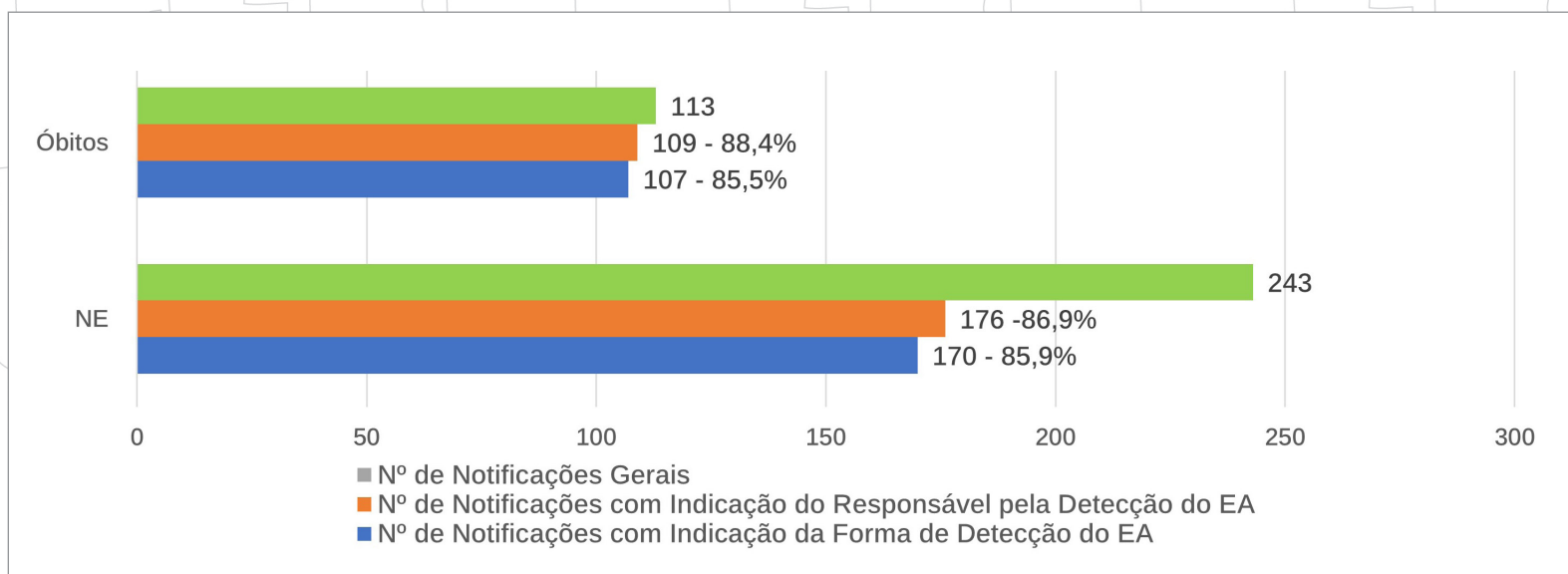


Gráfico 44b - Notificações de NE e Óbitos conforme forma e responsável pela detecção do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



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 se pode ter mais de um tipo de forma de detecção e de responsável, porém o cálculo percentual é feito diante 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.

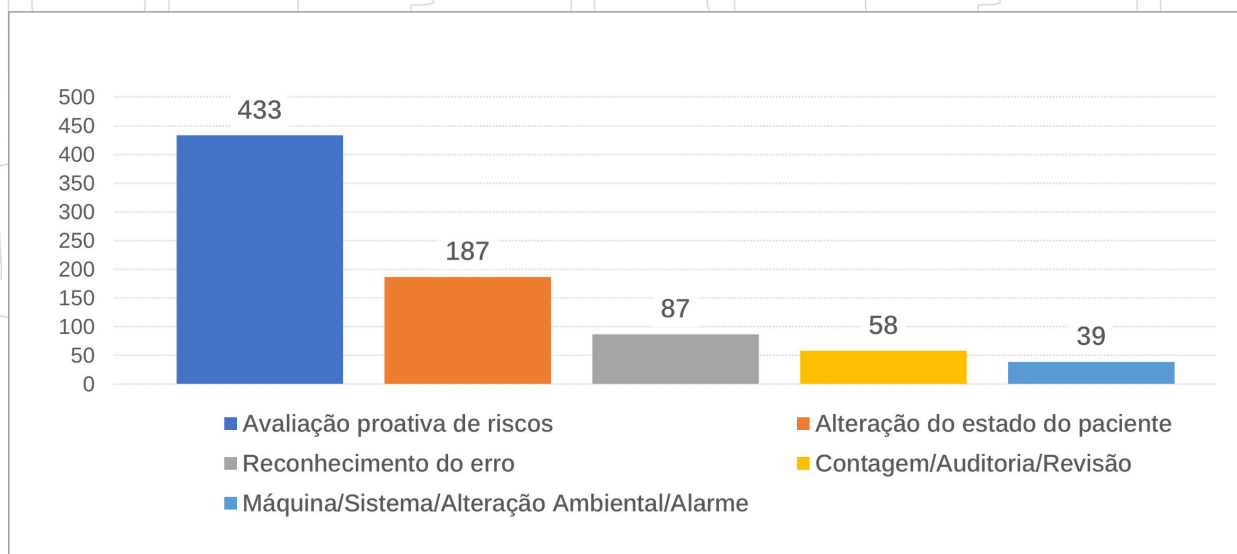


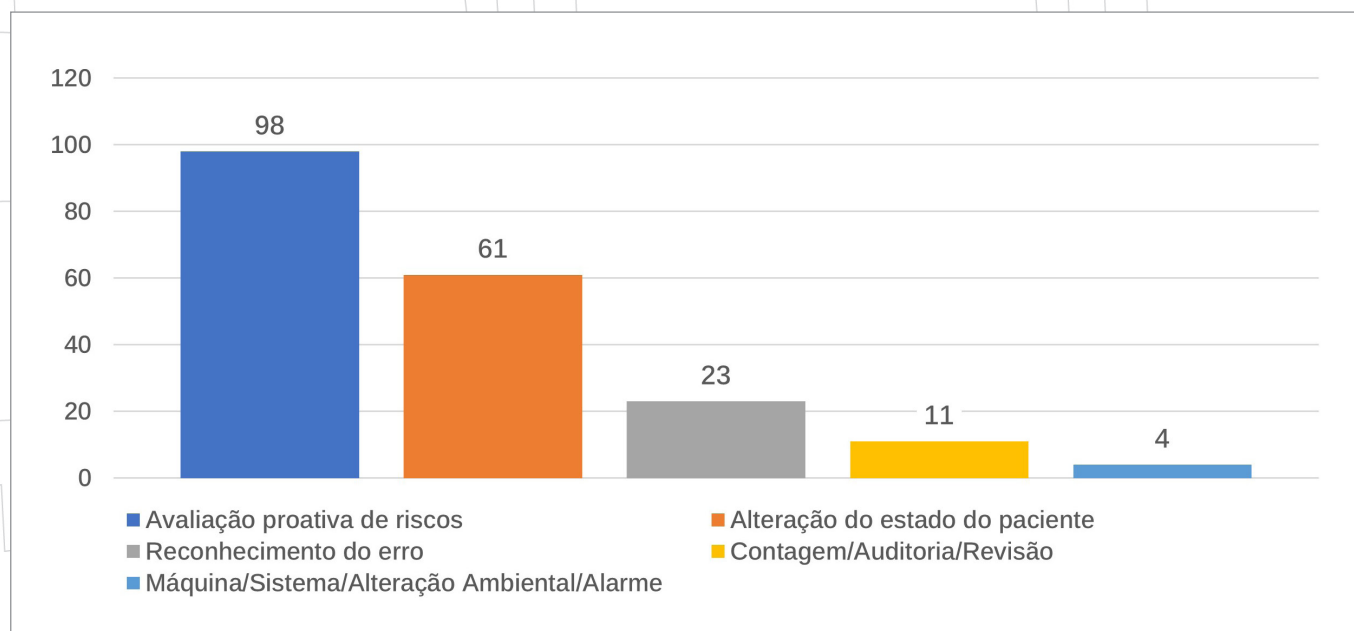
Tabela 35b - Distribuição das 170 notificações de NE com indicação da forma da detecção do EA. Ref. Jan - Mai/2022.

| 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 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 |
| Voluntário | 0 | 0,0 |
| Total | 723 | 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.

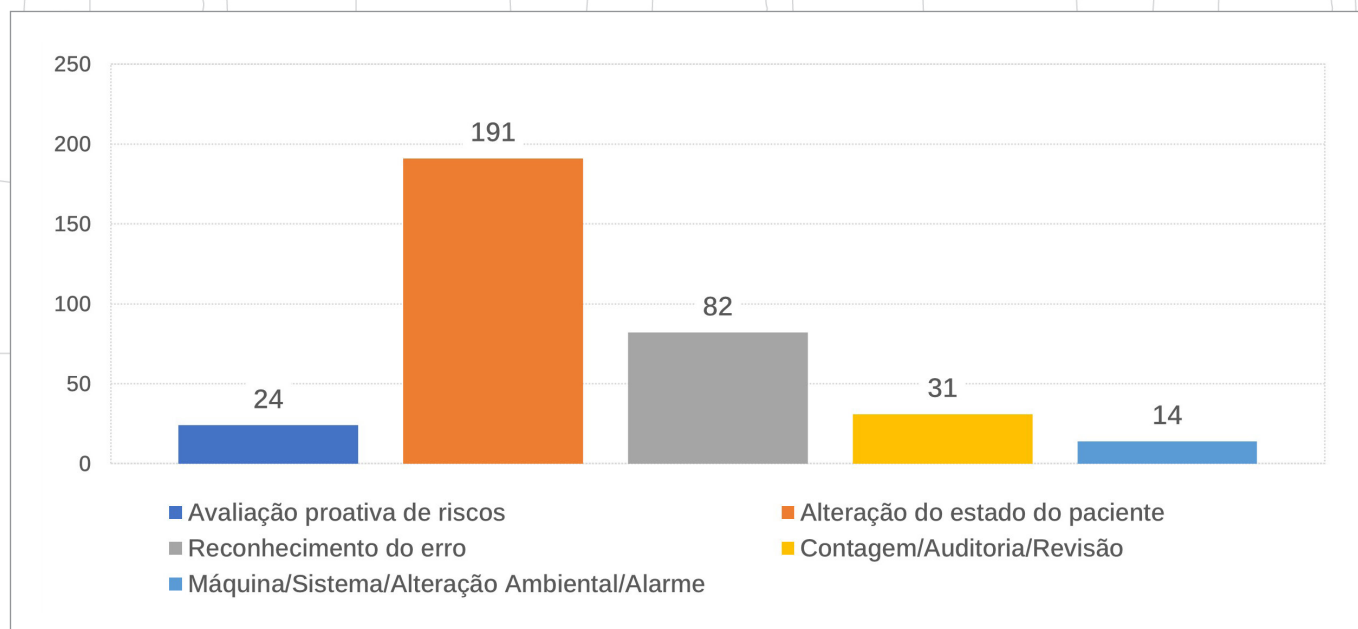


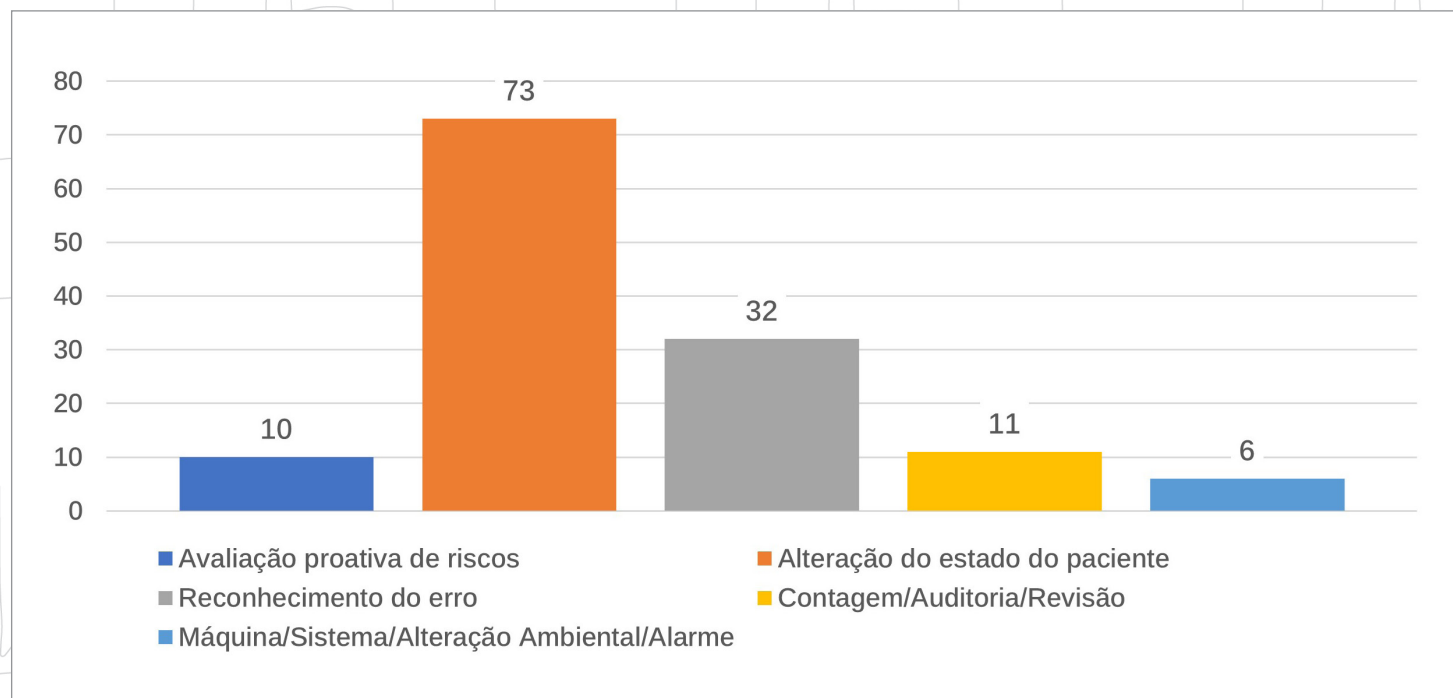
Tabela 37b - Distribuição das 107 notificações de óbitos com indicação da forma da detecção do EA. Ref.:Jan - Mai/2022.

| 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 e 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.

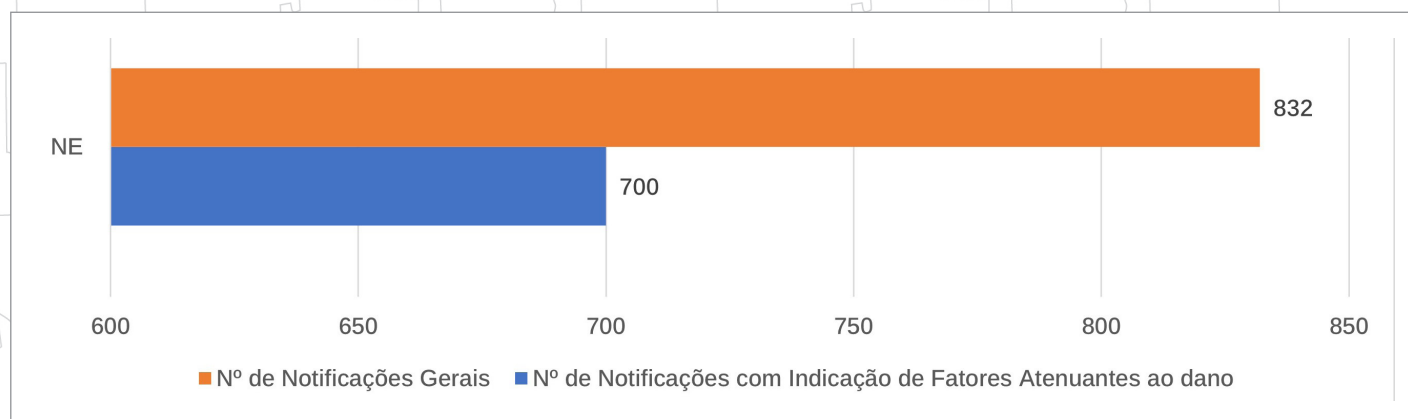
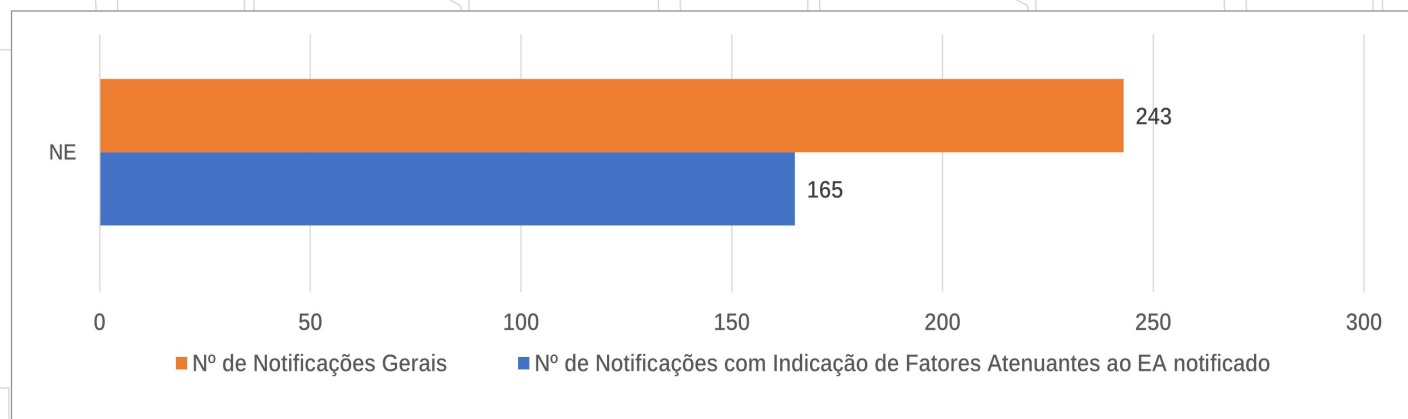


Gráfico 47b - Indicação nas notificações de NE dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

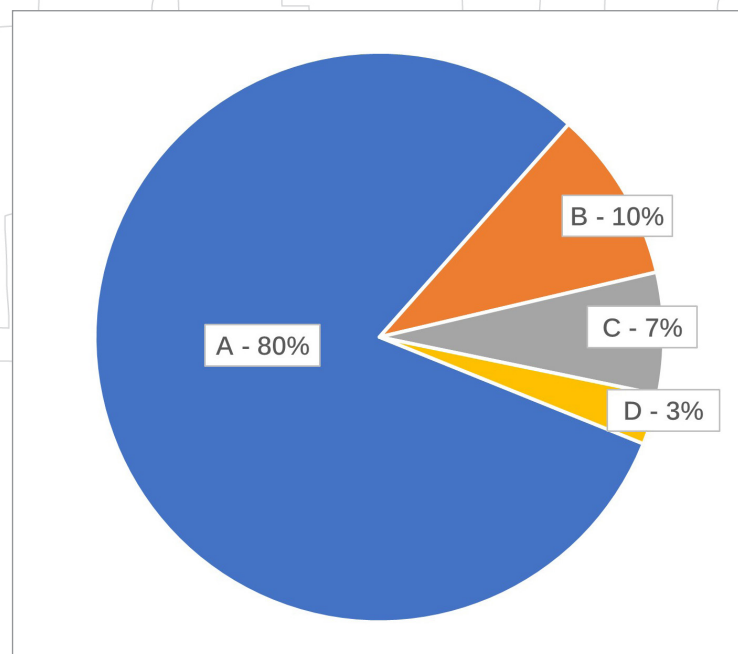


Tabela 40b - Distribuição dos fatores de atenuantes ao dano dirigidos ao paciente conforme subtipo nas 108 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

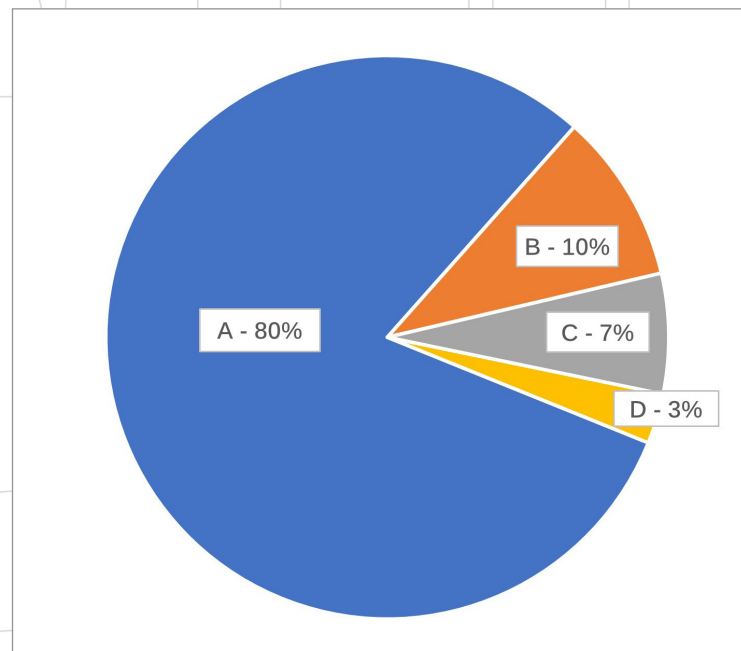


Tabela 41a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

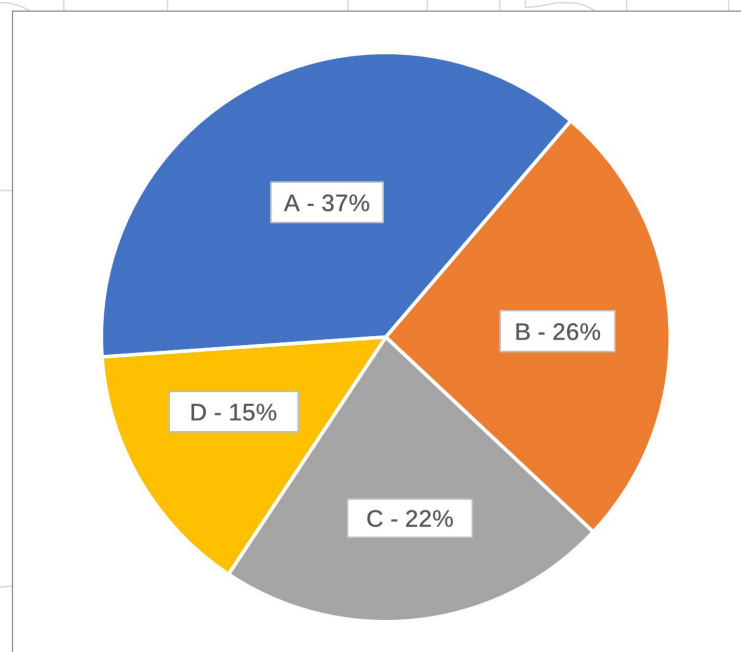


Tabela 41b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 165 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| | 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.

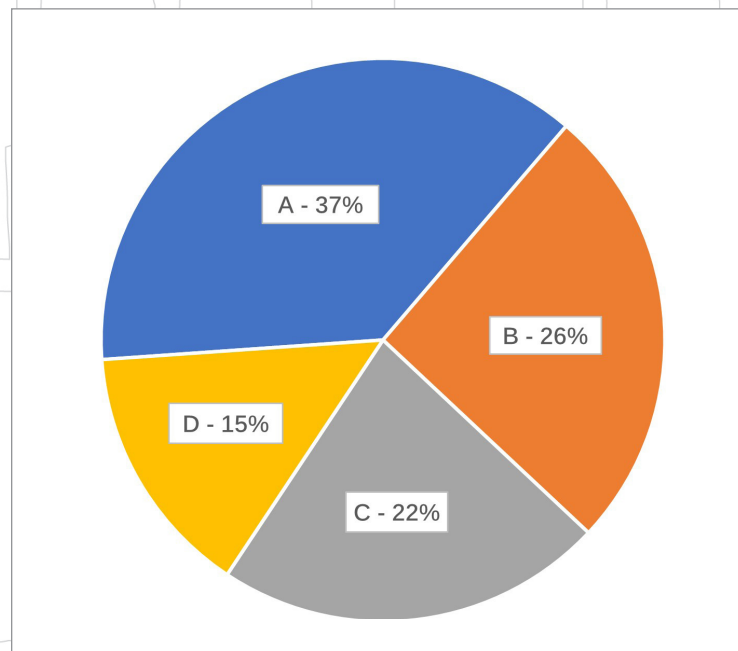


Tabela 42a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

| | 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.

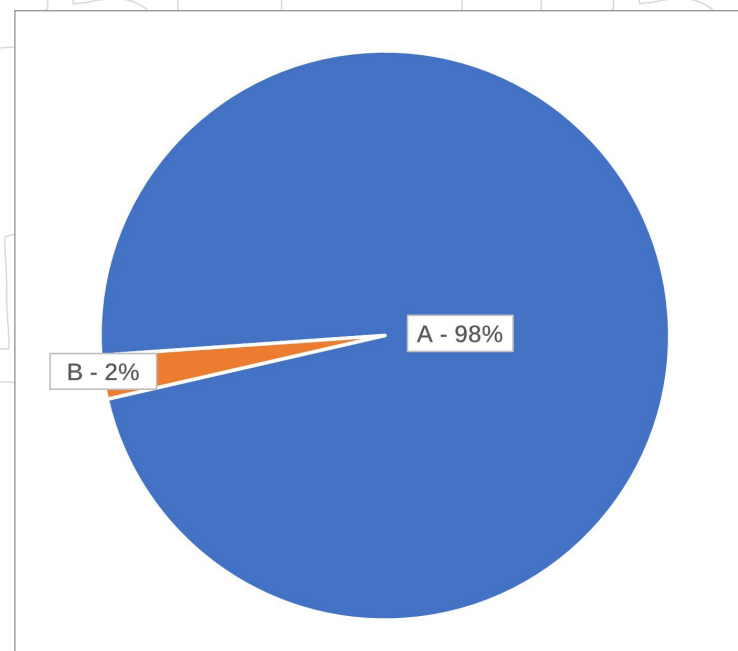


Tabela 42b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 165 notificações de NE Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

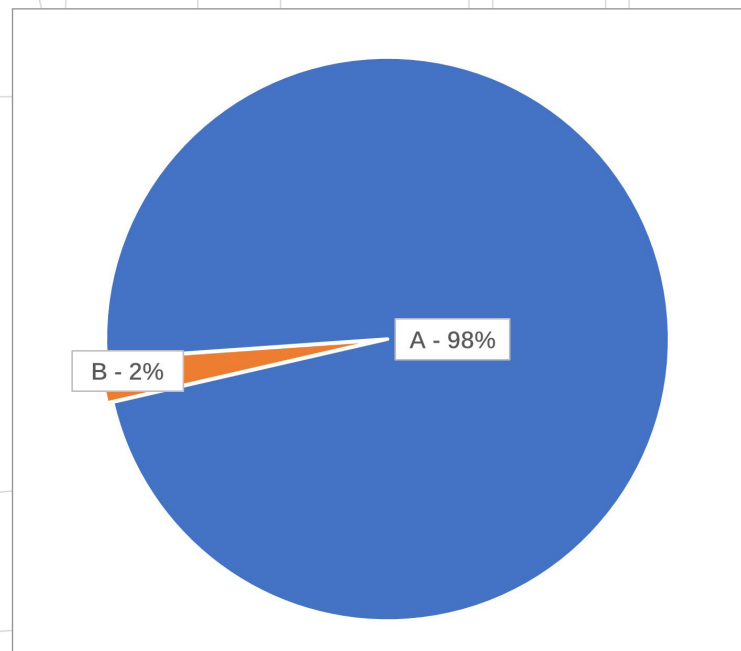


Tabela 43a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 700 notificações de NE. Ref.: 2021.

| 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.

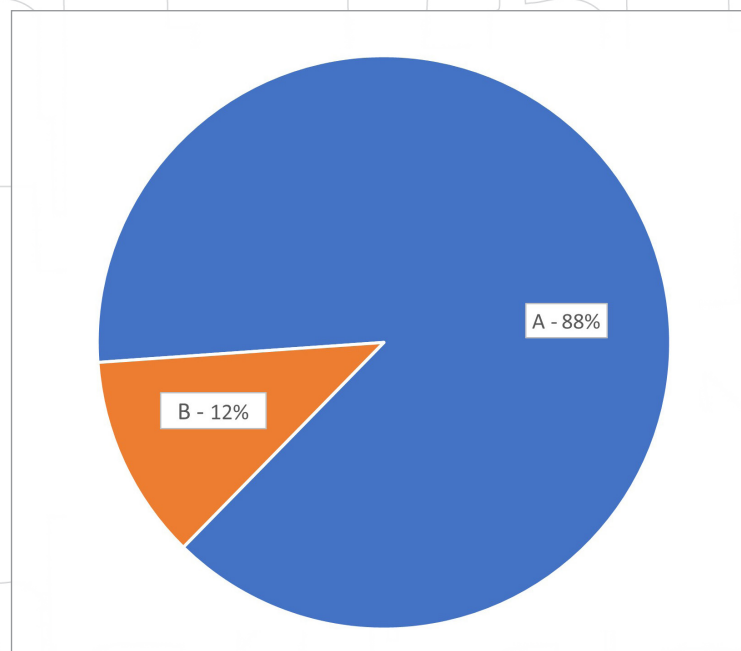
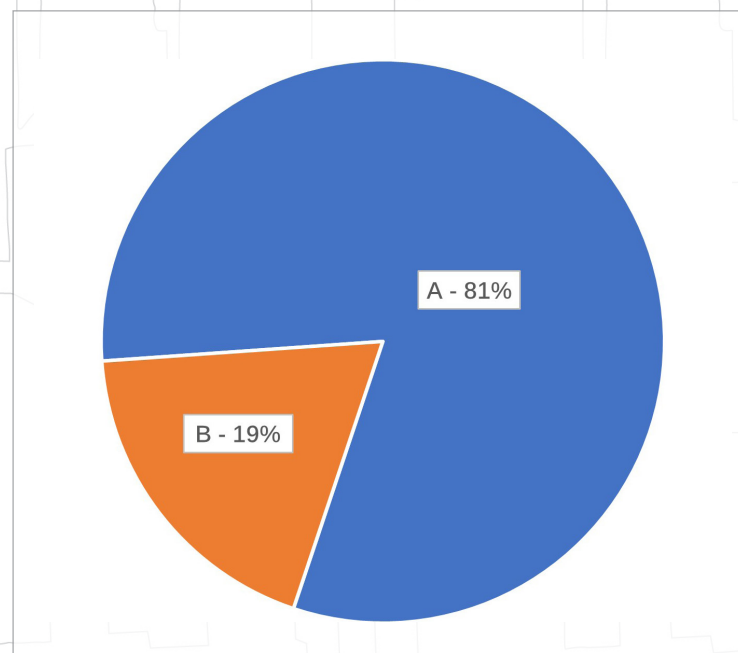


Tabela 43b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 165 notificações de NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

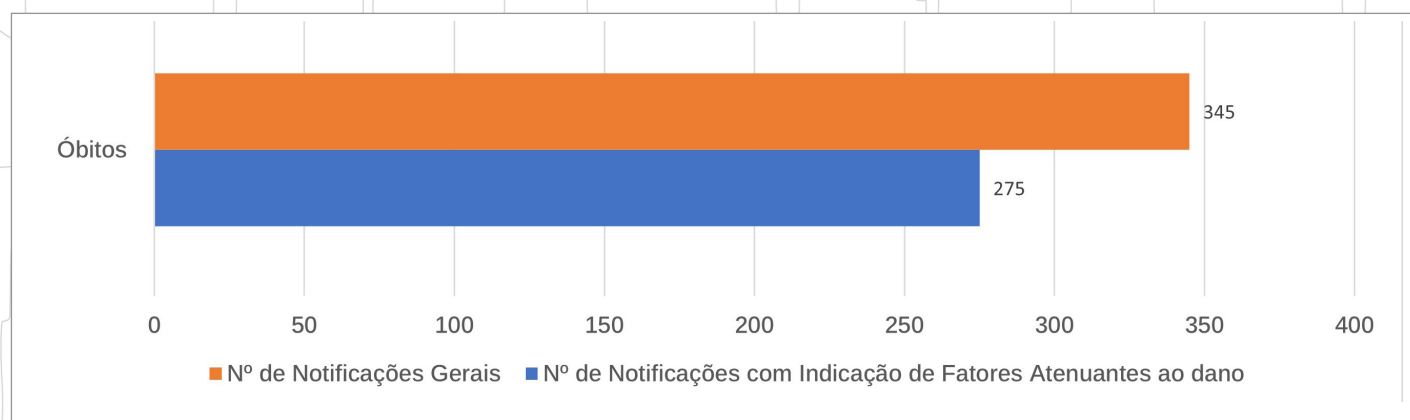
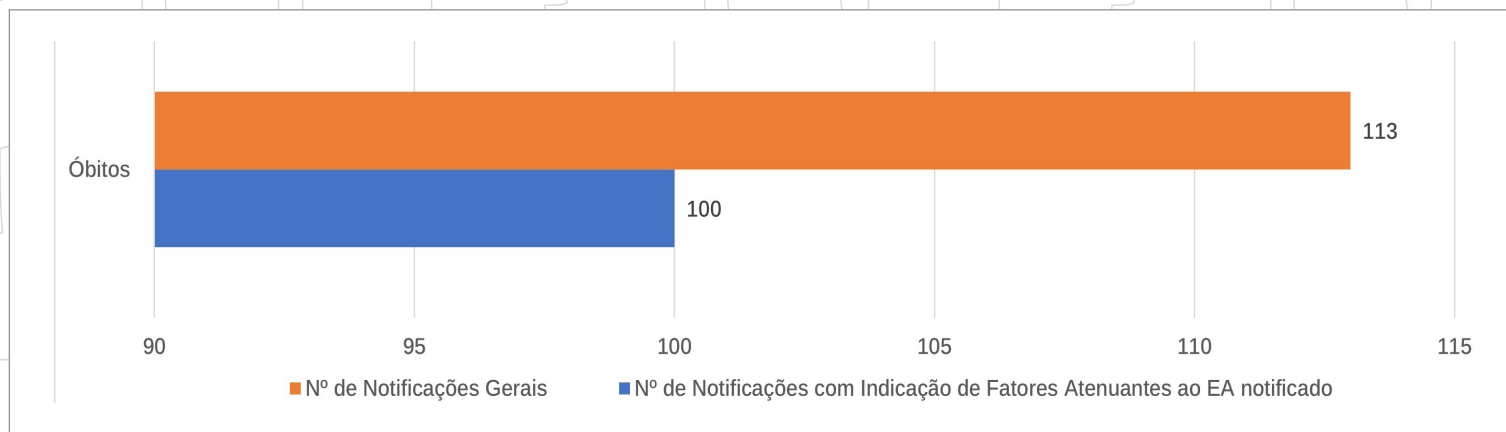


Gráfico 52b – Indicação nas notificações de Óbitos dos fatores atenuantes ao dano. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

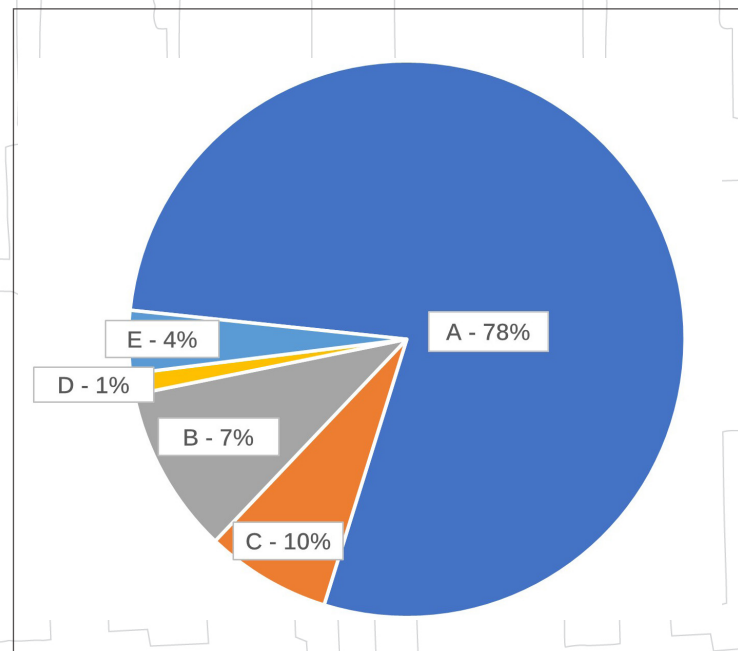


Tabela 45b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao paciente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

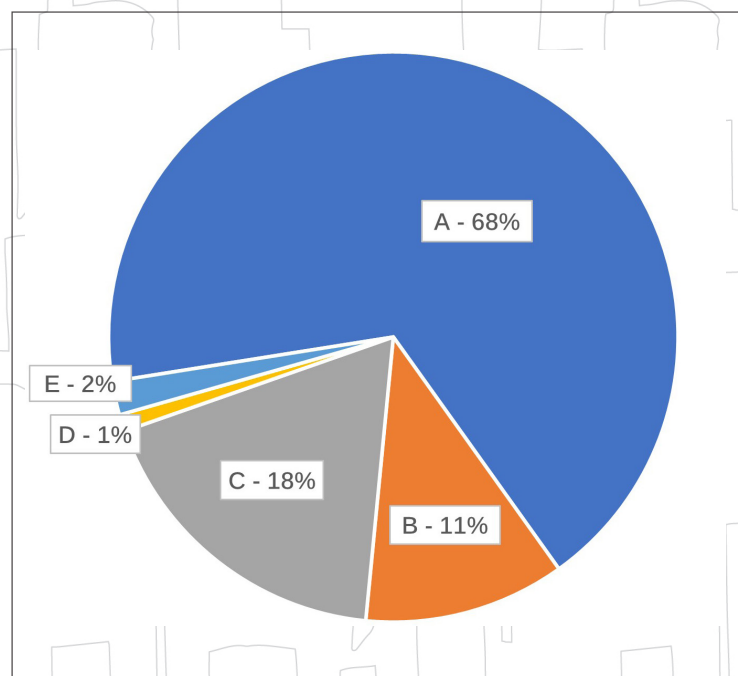


Tabela 46a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao profissional, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

| 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 Dirigidos ao Profissional e seus Subtipos - Óbitos. Ref.: 2021.

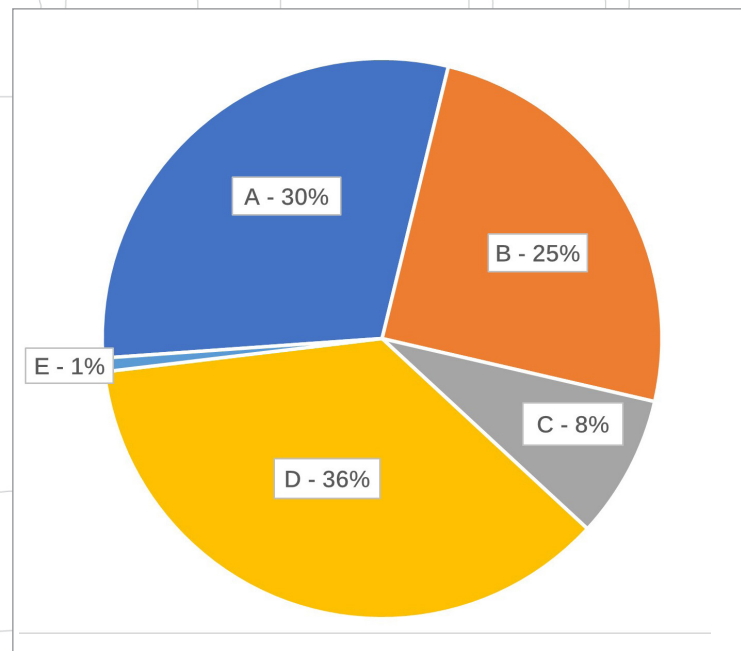


Tabela 46b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos ao paciente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

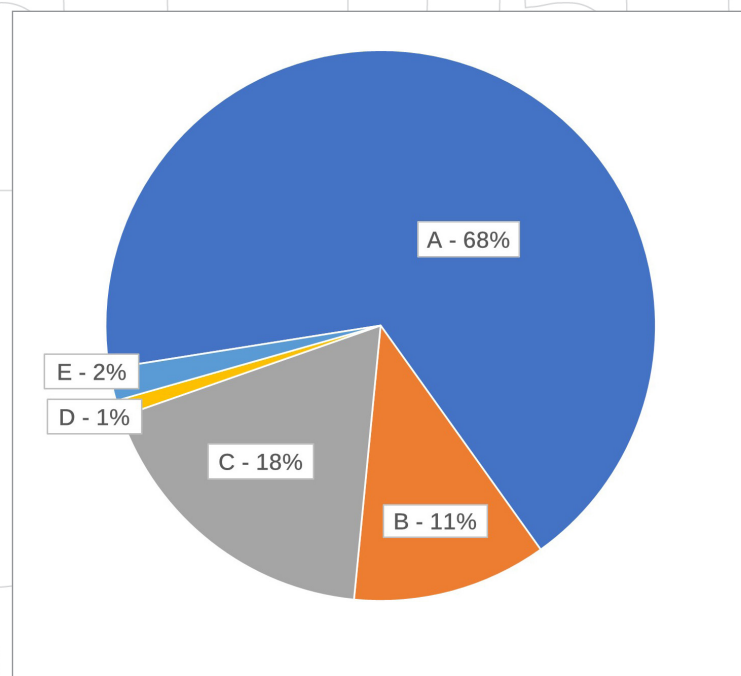


Tabela 47a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

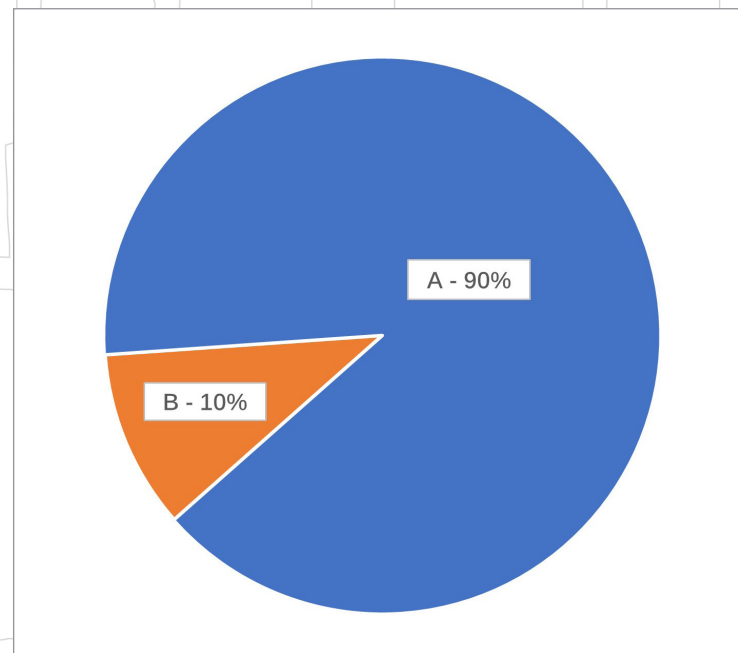


Tabela 47b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à organização, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

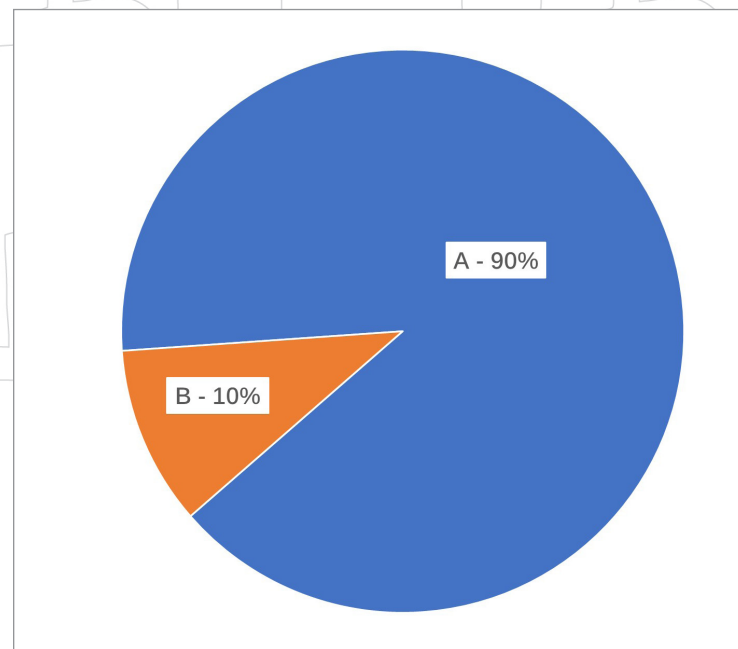


Tabela 48a - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 275 notificações de Óbitos. Ref.: 2021.

| 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.

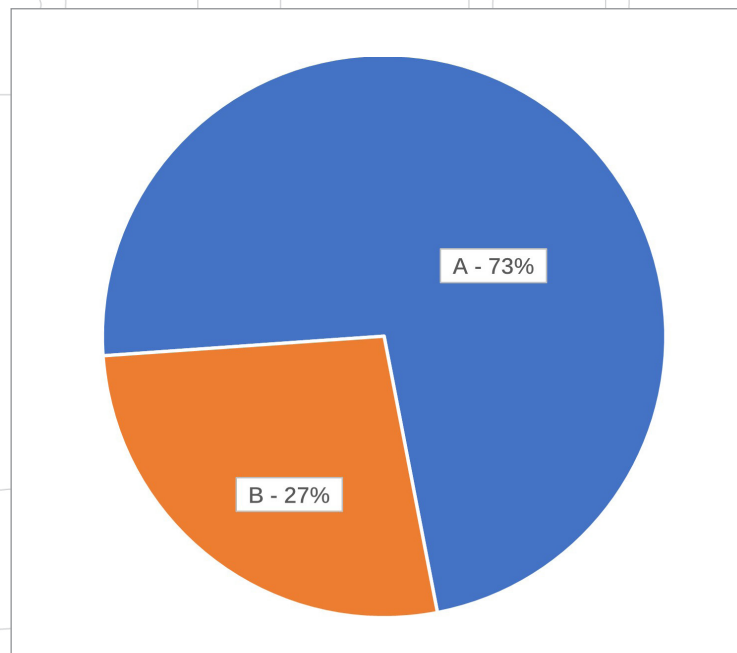
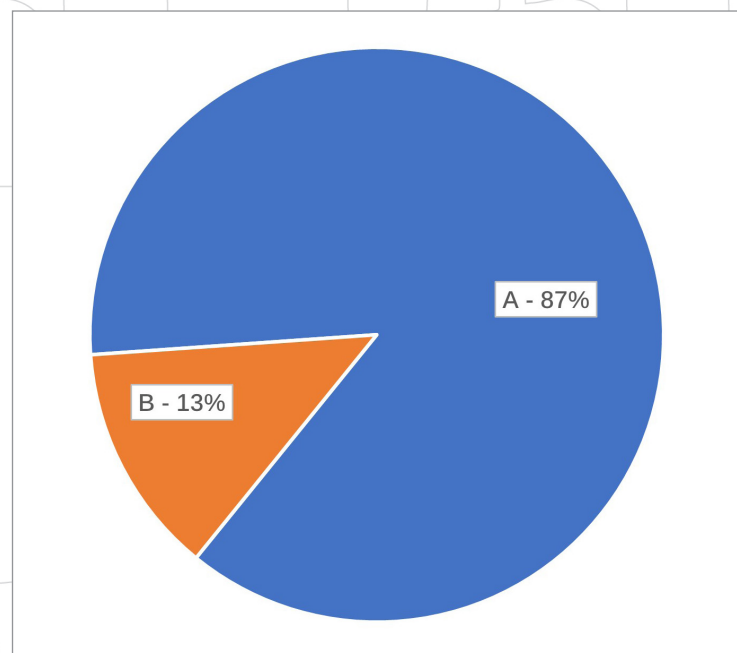


Tabela 48b - Distribuição dos fatores atenuantes dirigidos à um agente, conforme subtipo nas 100 notificações de Óbitos. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 tomadas 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.

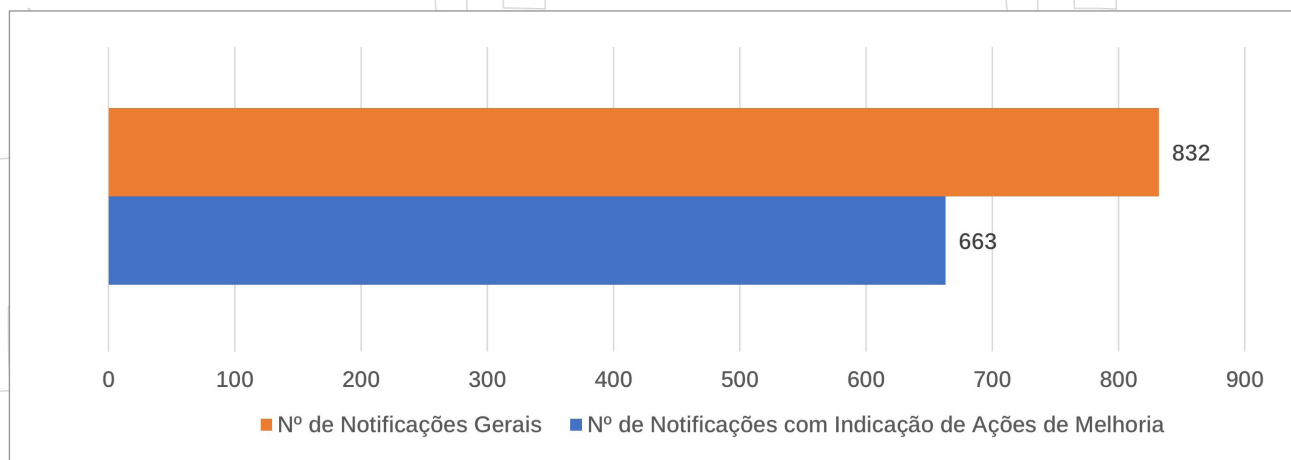
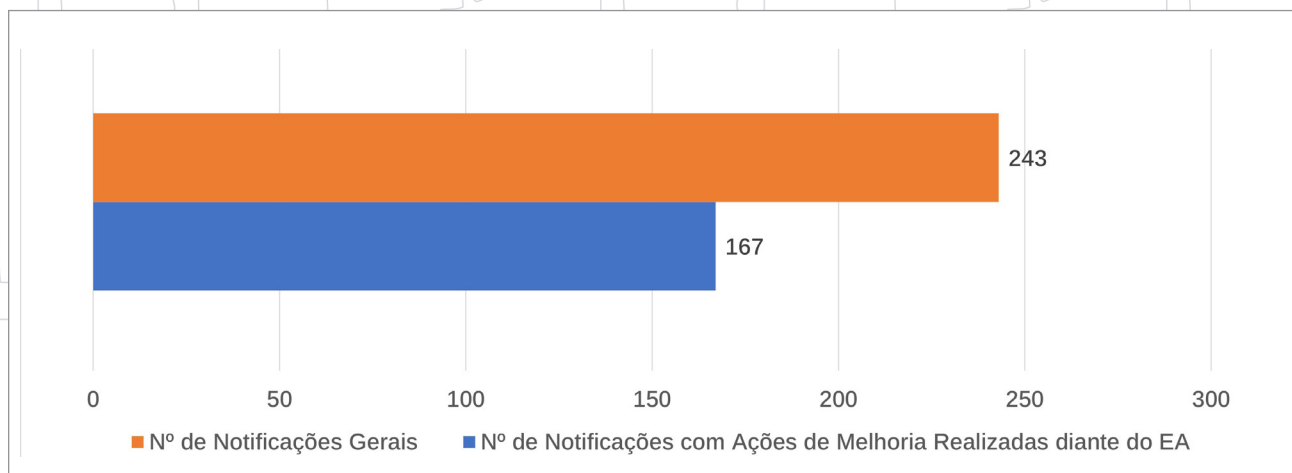


Gráfico 57b - Indicação nas notificações de NE de ações de melhoria diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



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 em 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.

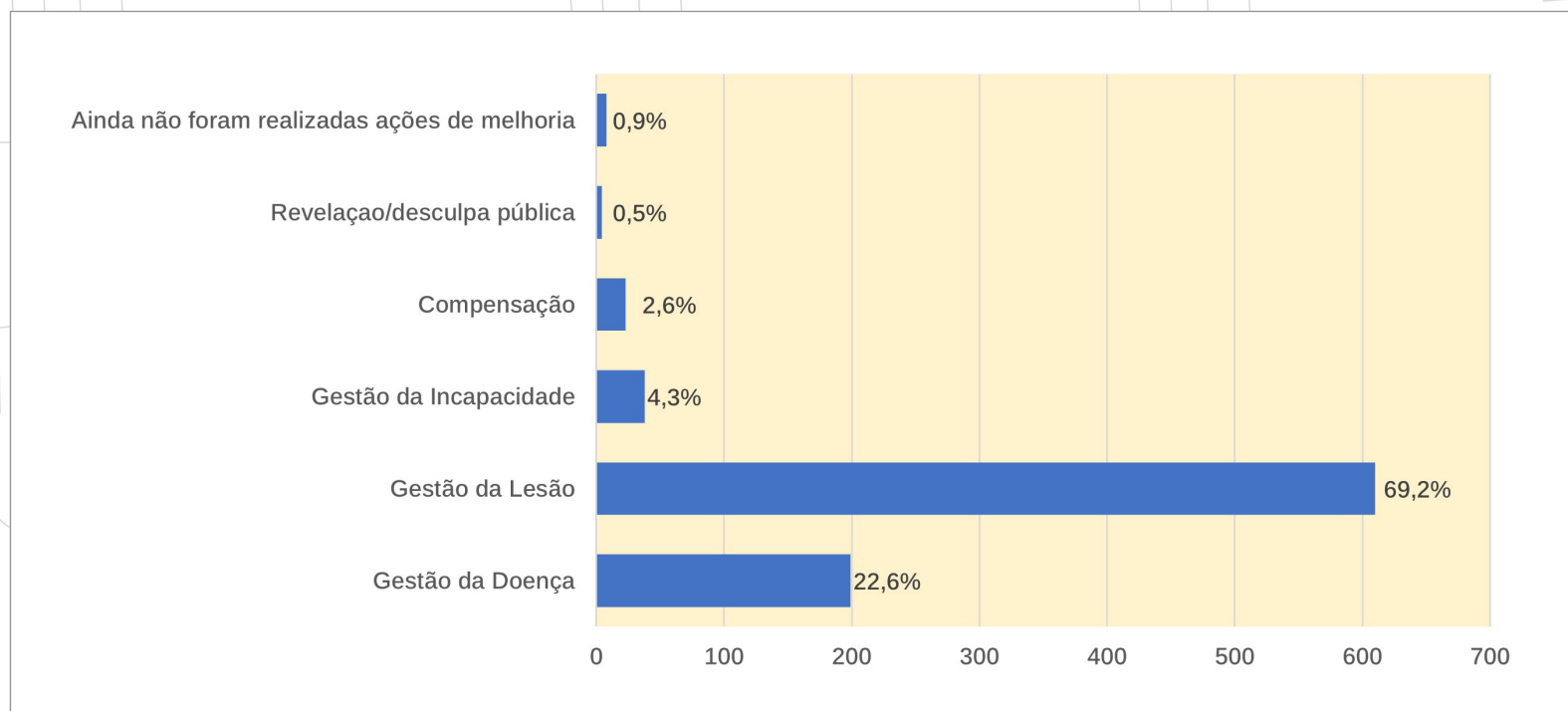


Tabela 51a - Distribuição das 663 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização.
Ref.: 2021.

| 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 psicólogo 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.

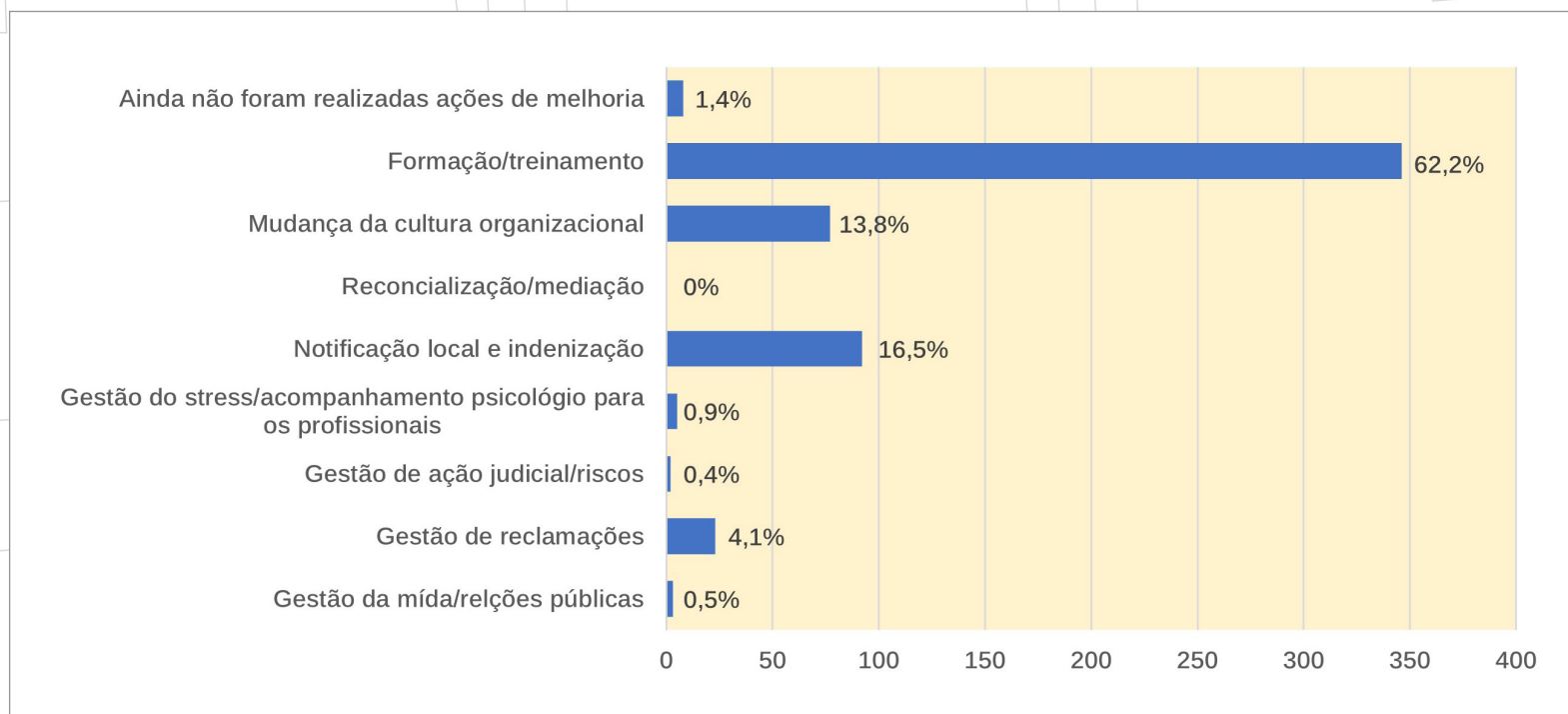


Tabela 49b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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.

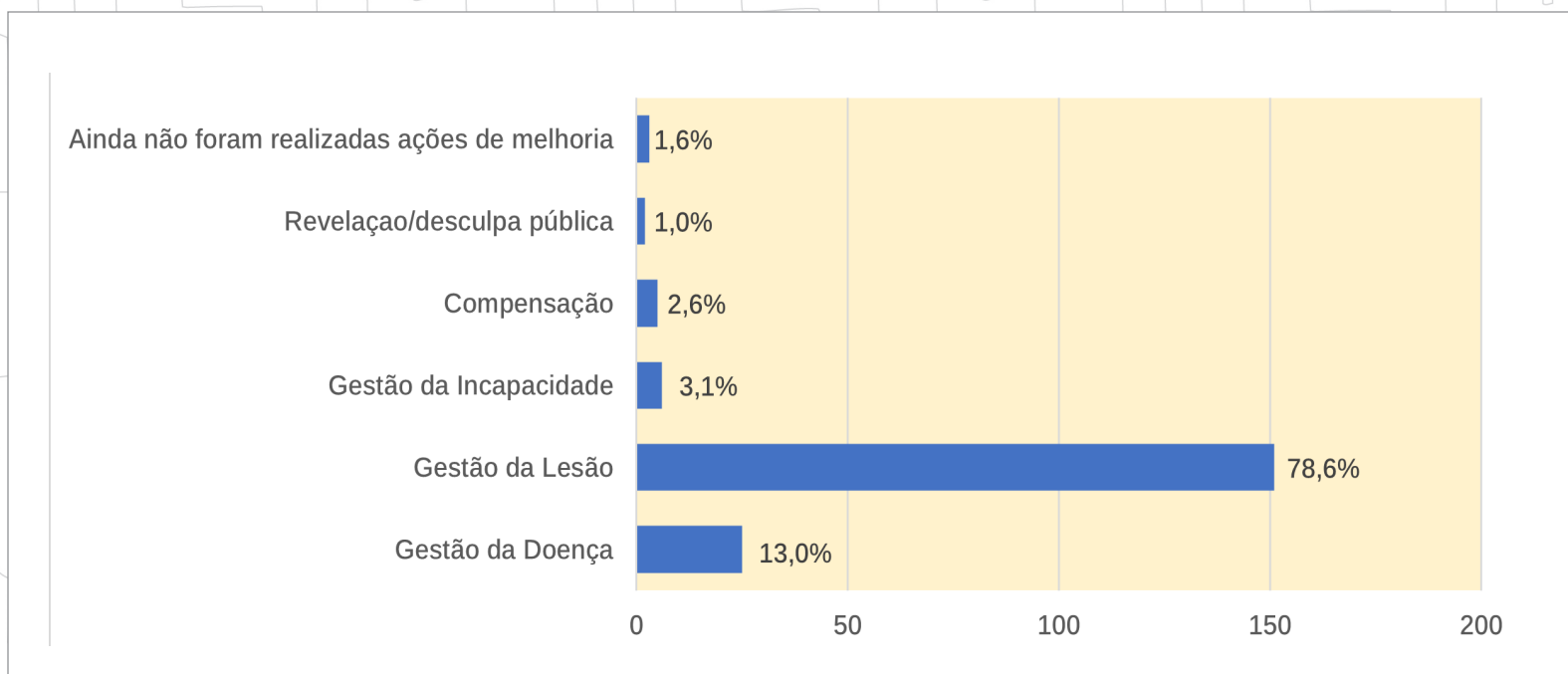
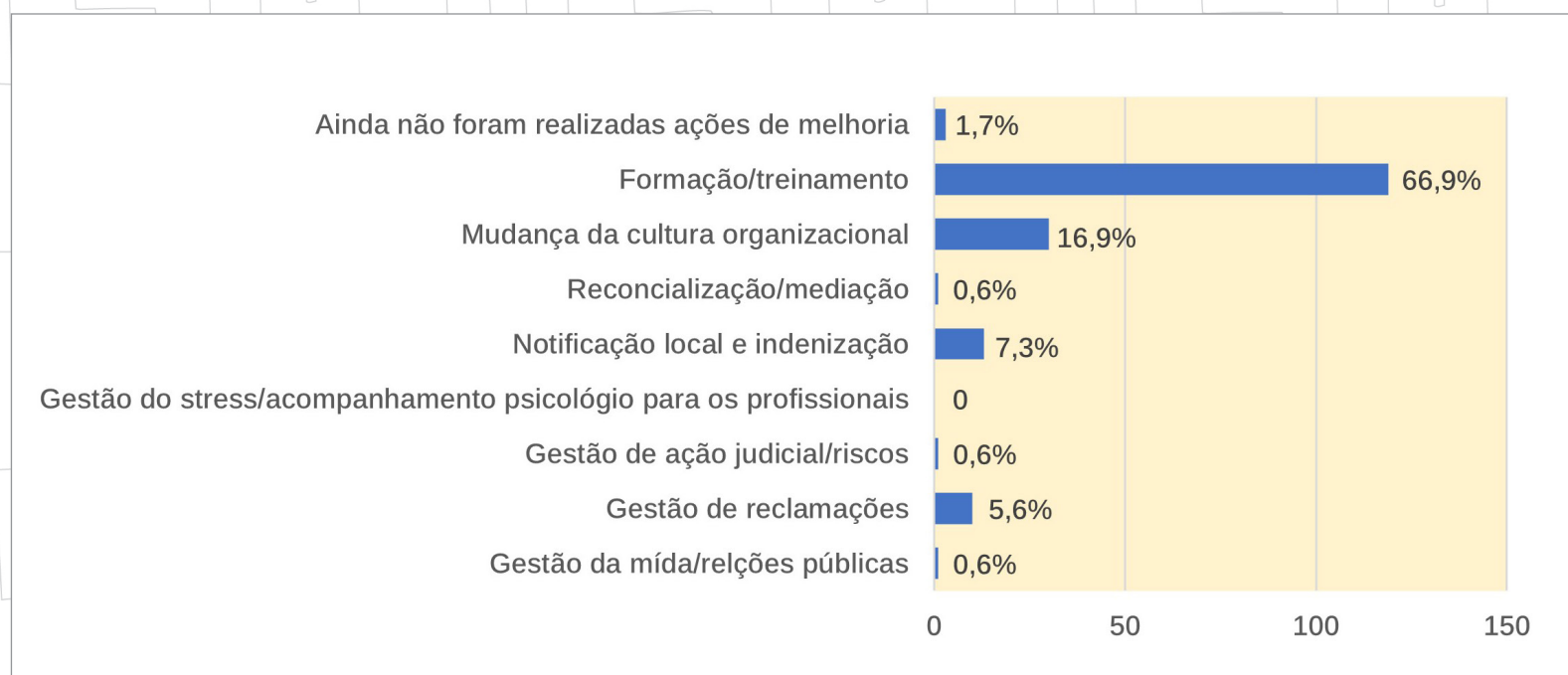


Tabela 51b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 2- Relacionadas à organização | Identificação | |
|---|---------------|--------------|
| | F | F% |
| Gestão da mída/relções públicas | 1 | 0,6 |
| Gestão de reclamações | 10 | 5,6 |
| Gestão de ação judicial/riscos | 1 | 0,6 |
| Gestão do stress/acompanhamento psicólogo 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.

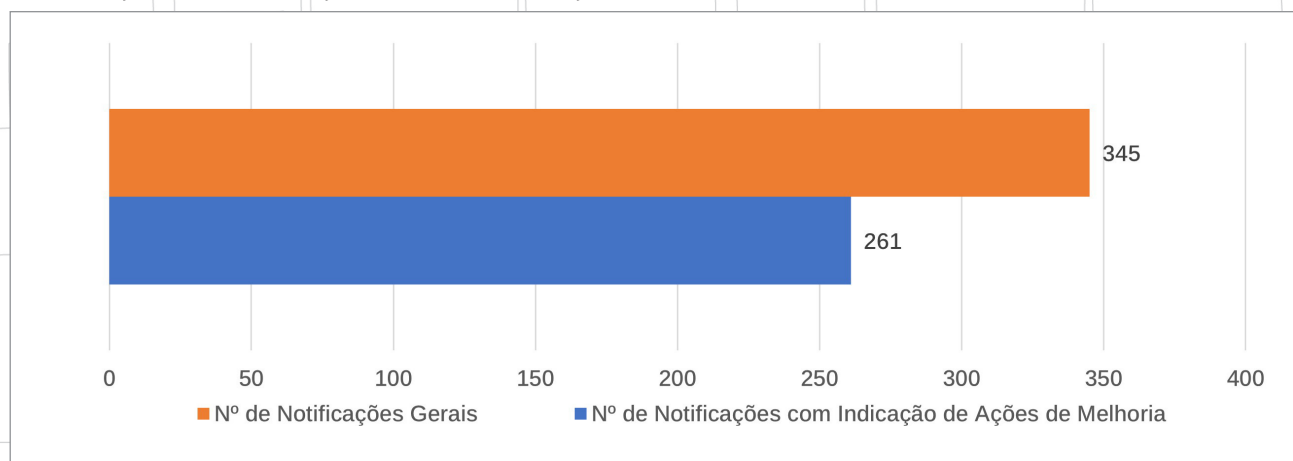
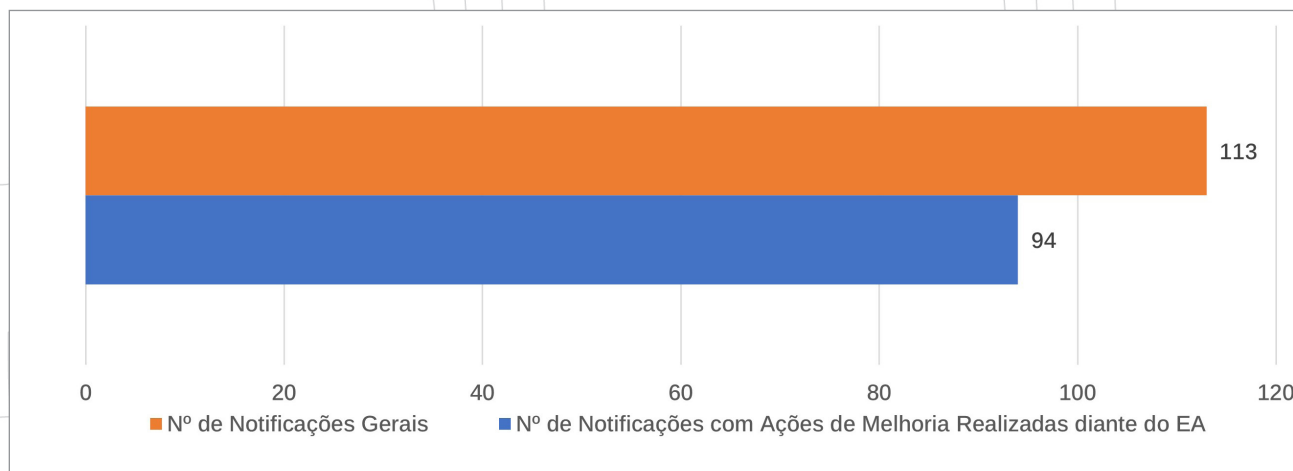


Gráfico 60b - Indicação nas notificações de Óbitos de ações de melhoria diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



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.

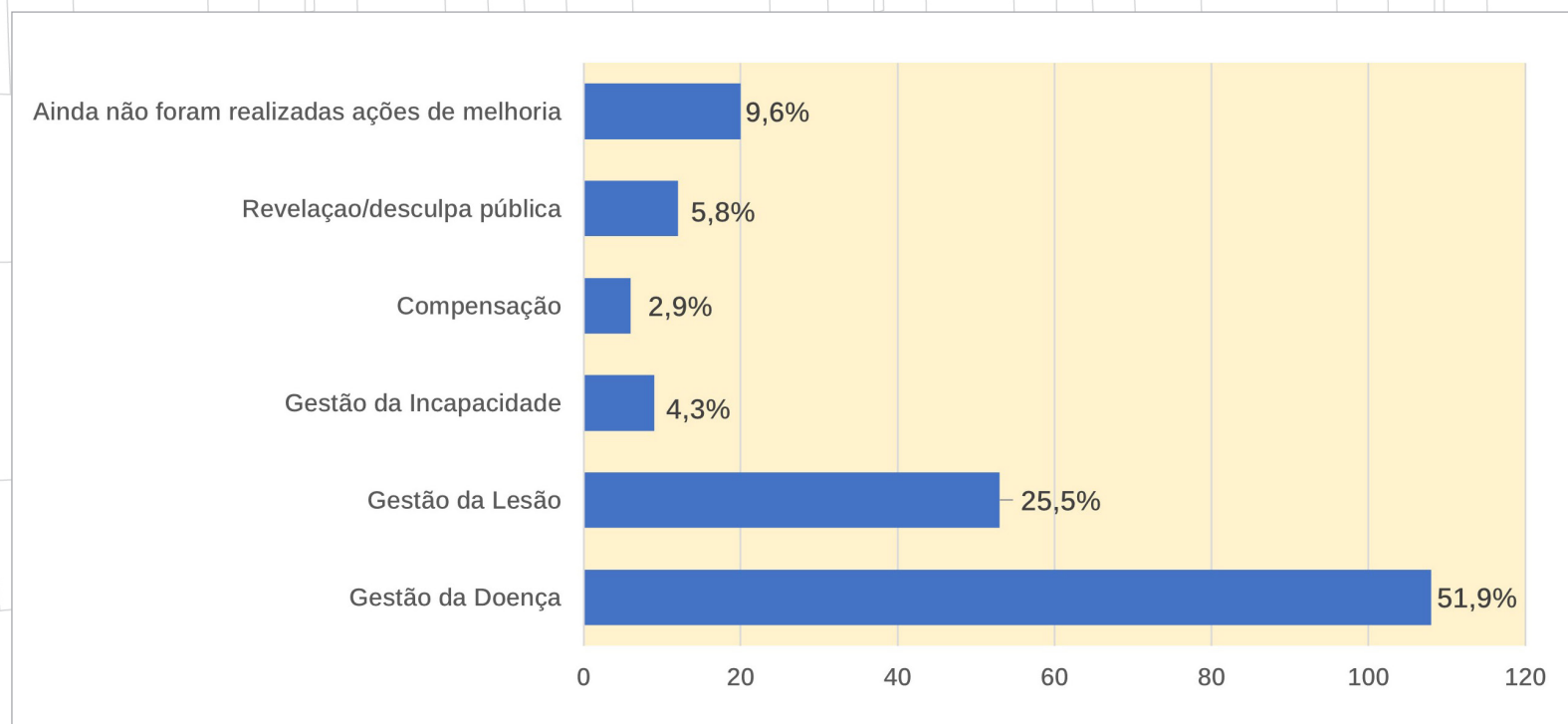


Tabela 62a - Distribuição das 261 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA. Ref.: 2021.

| 2- Relacionadas à organização | Identificação | |
|---|---------------|--------------|
| | F | F% |
| Gestão da mída/releções públicas | 4 | 1,0 |
| Gestão de reclamações | 18 | 4,6 |
| Gestão de ação judicial/riscos | 11 | 2,8 |
| Gestão do stress/acompanhamento psicólogo 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.

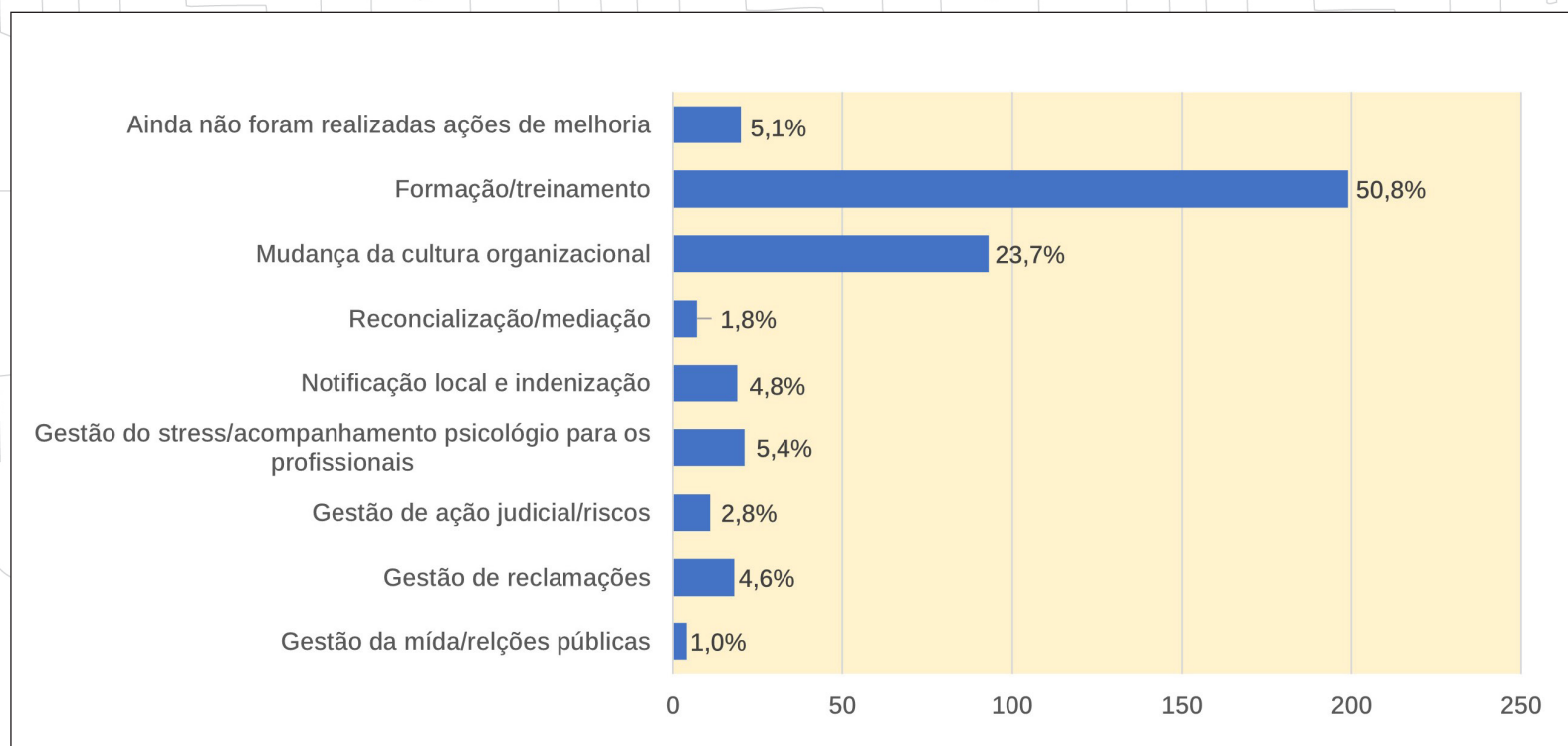


Tabela 60b - Distribuição das 94 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria realizadas diante do EA. Ref.: Jan-Mai/2022.

| 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.

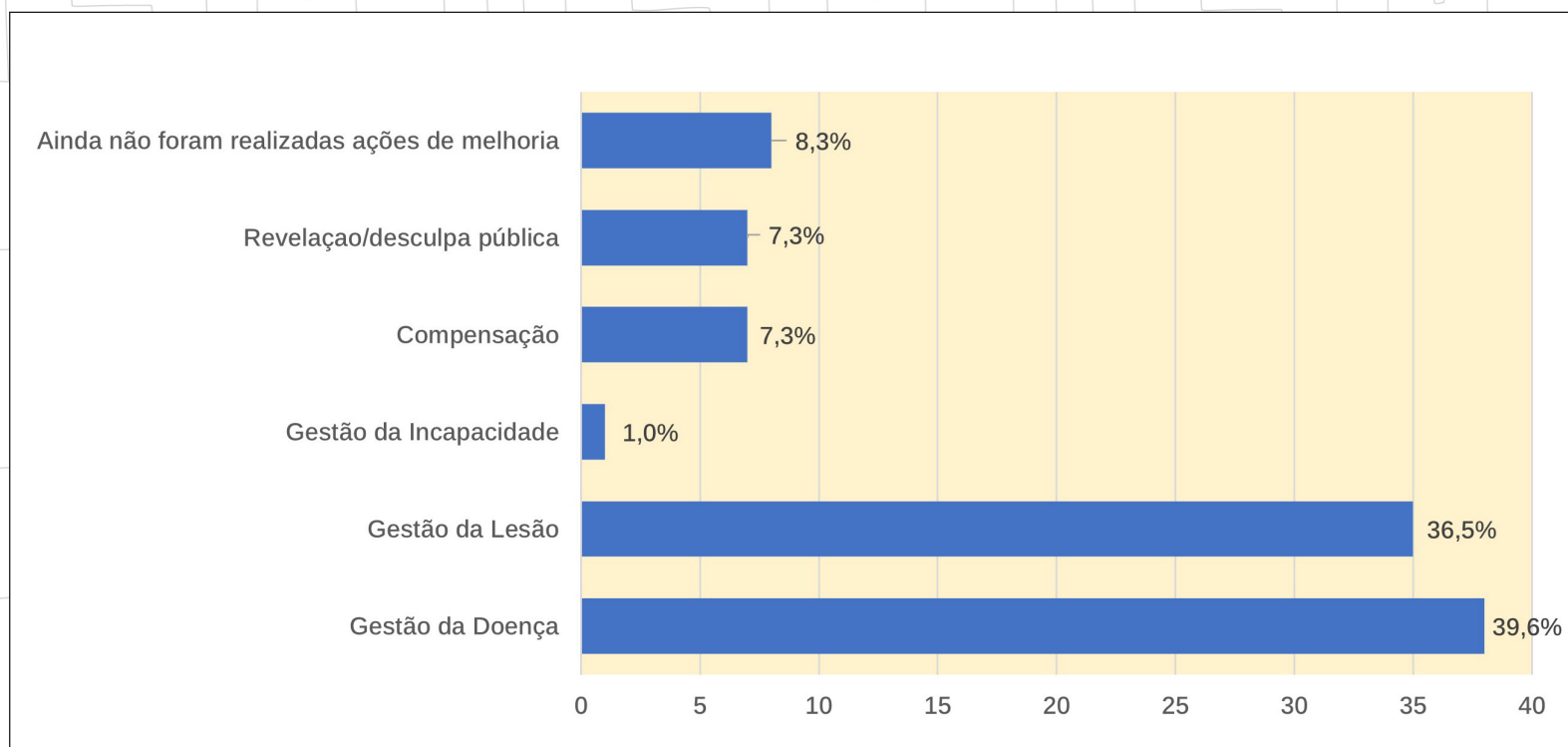
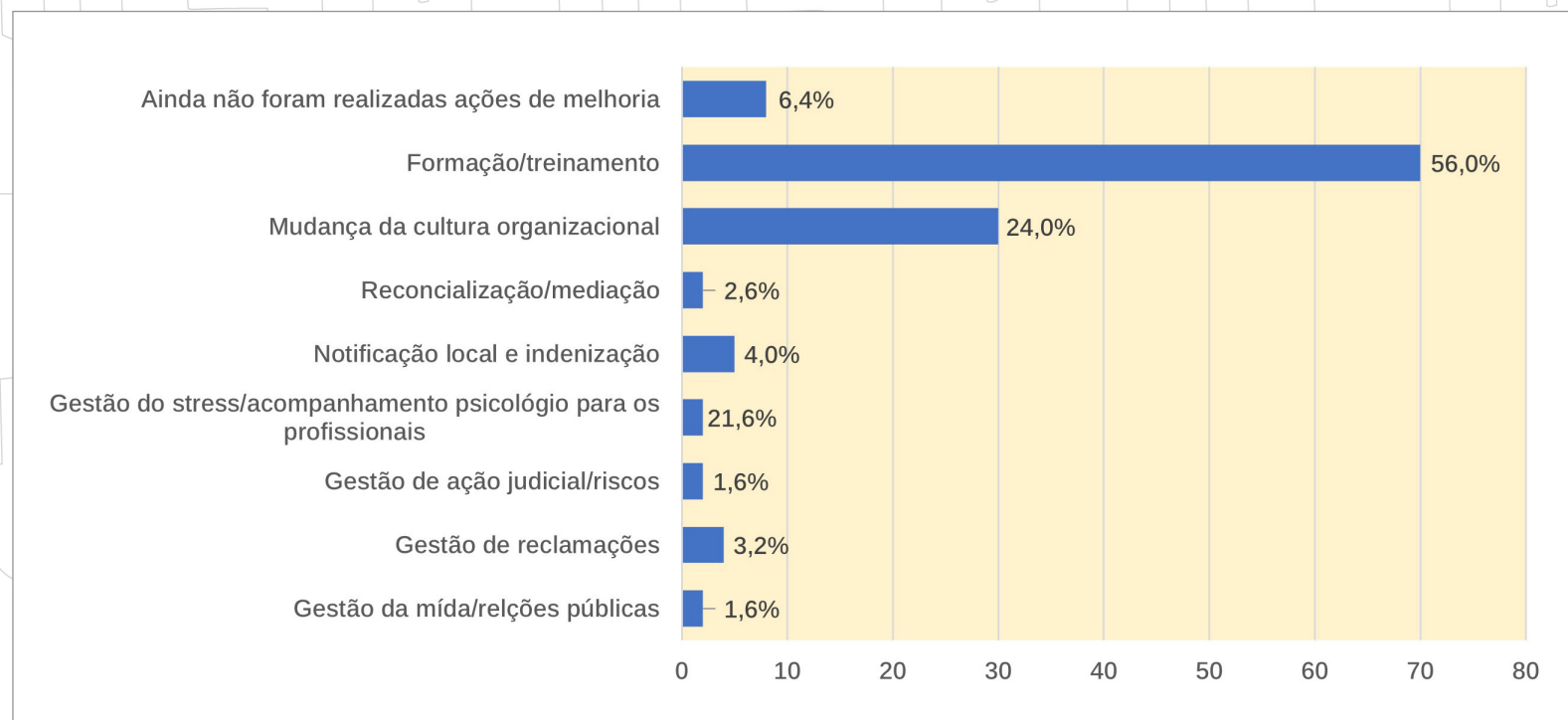


Tabela 62b - Distribuição das 94 notificações de Óbitos com identificação de ações de melhoria relacionadas à organização realizadas diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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/accompanhamento psicológico 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, 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-se 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.

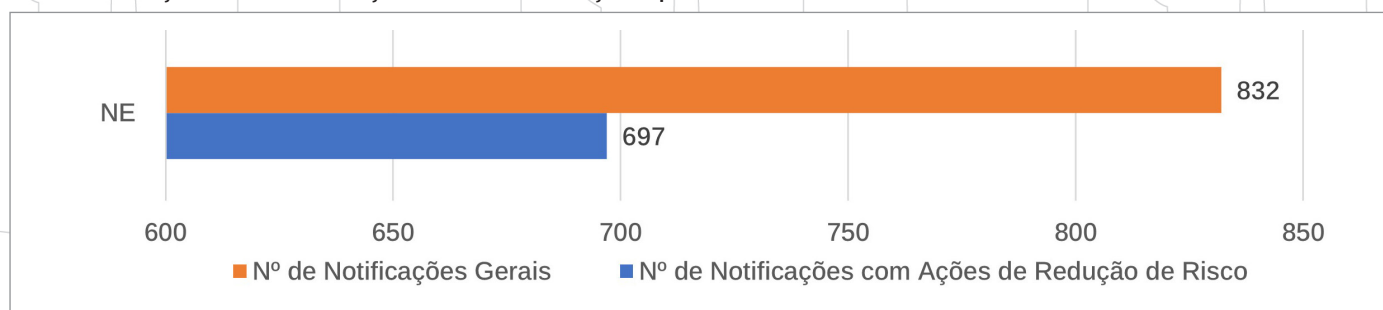
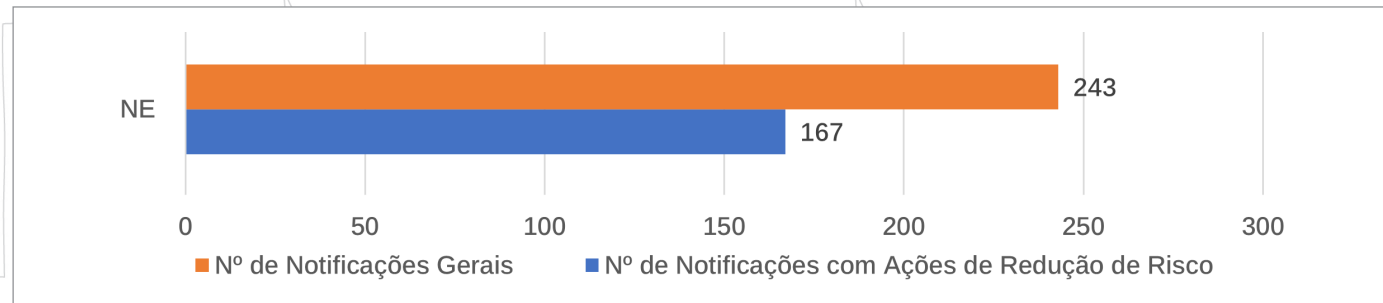


Gráfico 63b - Indicação das Notificações de NE das Ações para Reduzir o Risco diante do EA. Ref.: Jan - Mai/2022.



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 dos 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 de redução de 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - NE. Ref.: 2021.

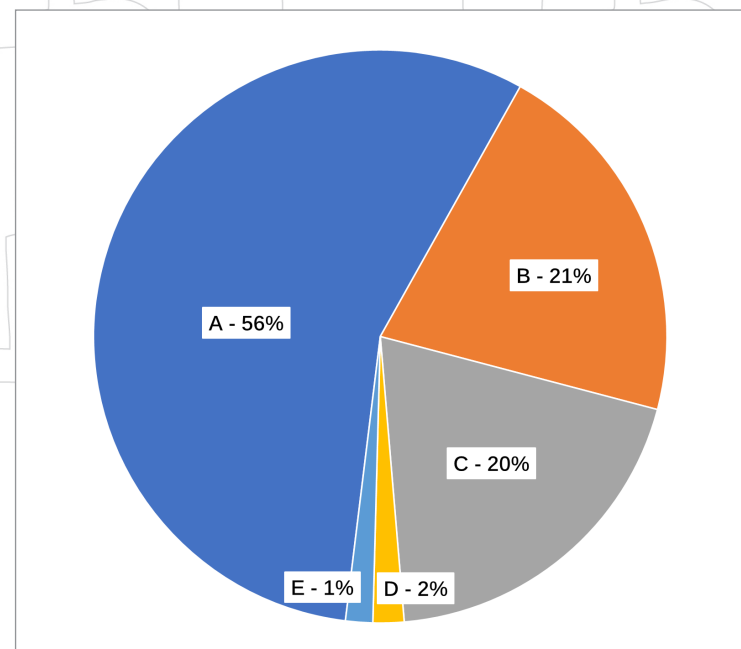


Tabela 64b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores do paciente como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - NE. Ref.: Jan - Mai/2022.

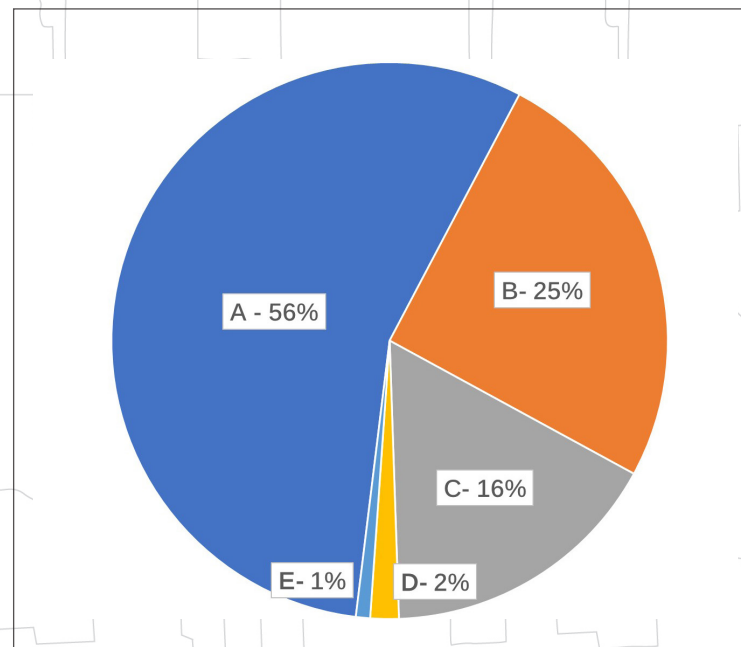


Tabela 65a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação dos fatores do profissional como ações de redução de risco. Ref.: 2021.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - NE. Ref.: 2021.

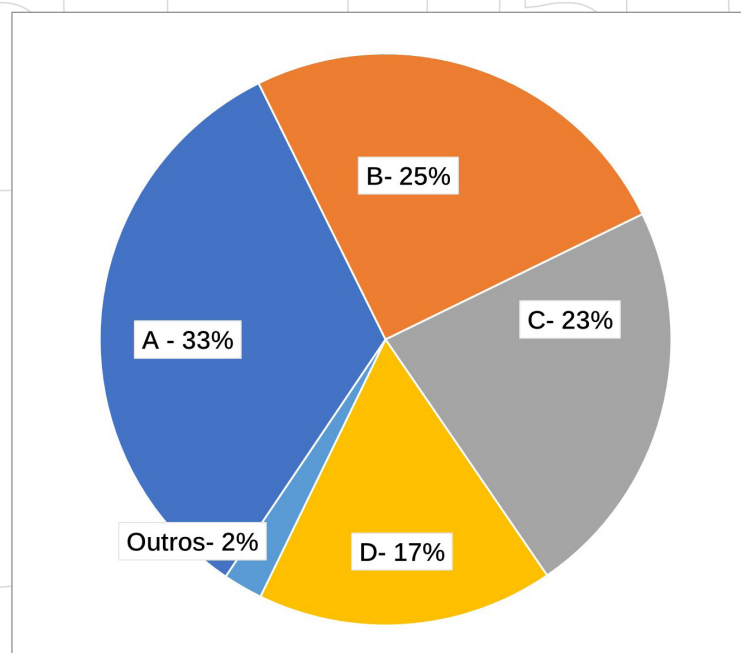


Tabela 65b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores do profissional como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 de redução de risco e seus subtipos. Ref.: Jan - Mai/2022.

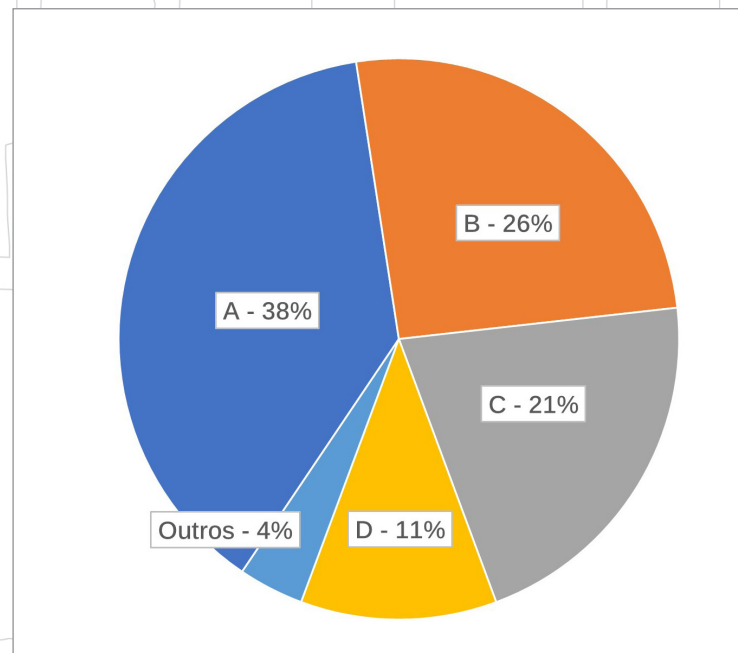


Tabela 66a - Distribuição das 697 notificações de NE com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações de redução de risco. Ref.: 2021.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - NE. Ref.: 2021.

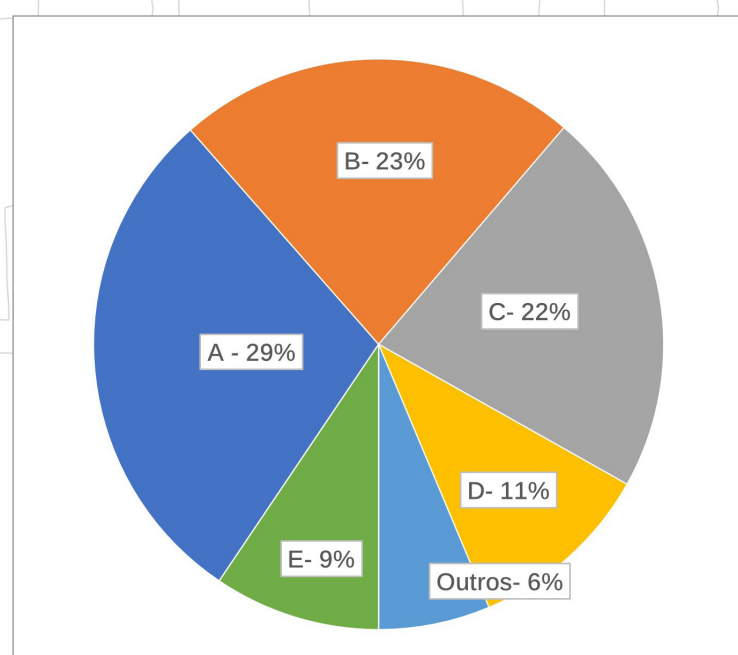
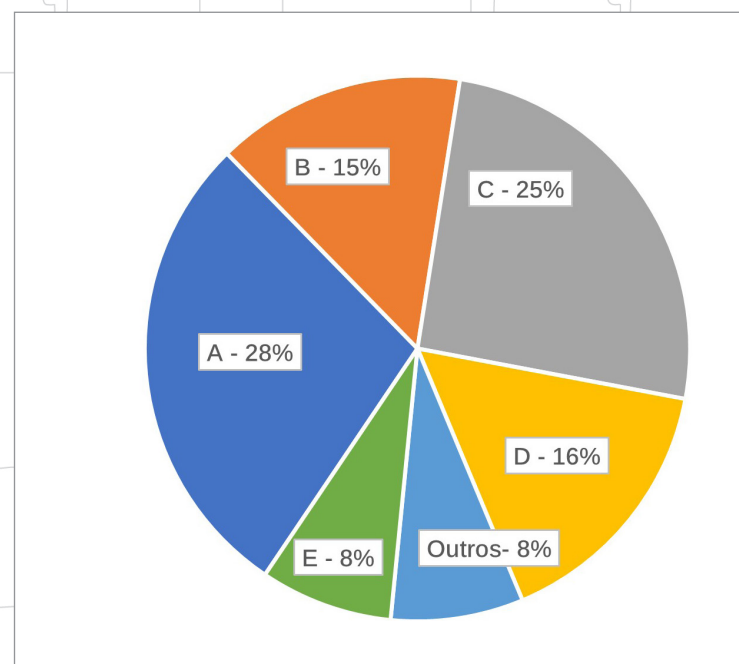


Tabela 66b - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 - Distribuição das 167 notificações de NE com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações de redução de risco. 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 que de 2021 e jan-maio/2022, respectivamente. (Gráficos 67a e 67b).

Gráfico 67a - Indicação das Notificações de Óbitos das Ações de Reduzir o Risco diante do EA. Ref.: 2021.

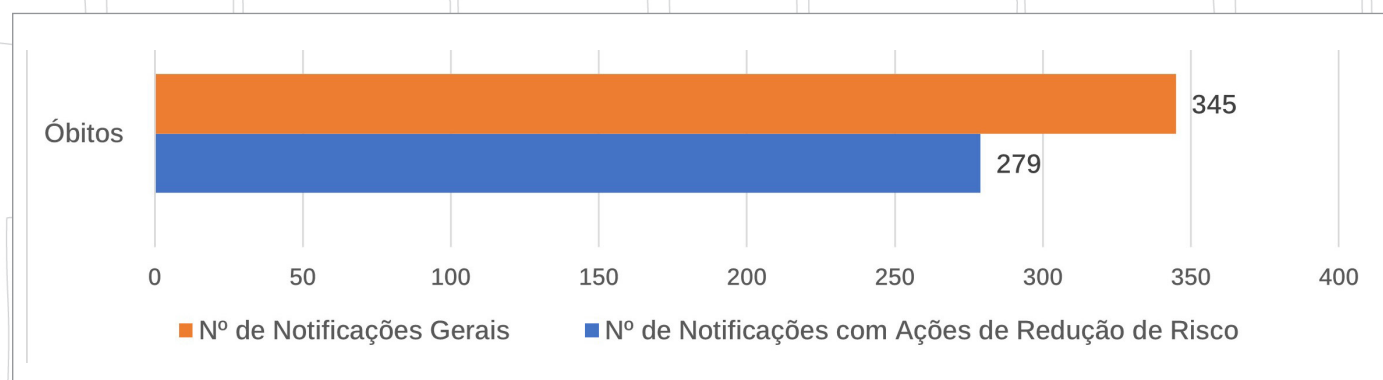
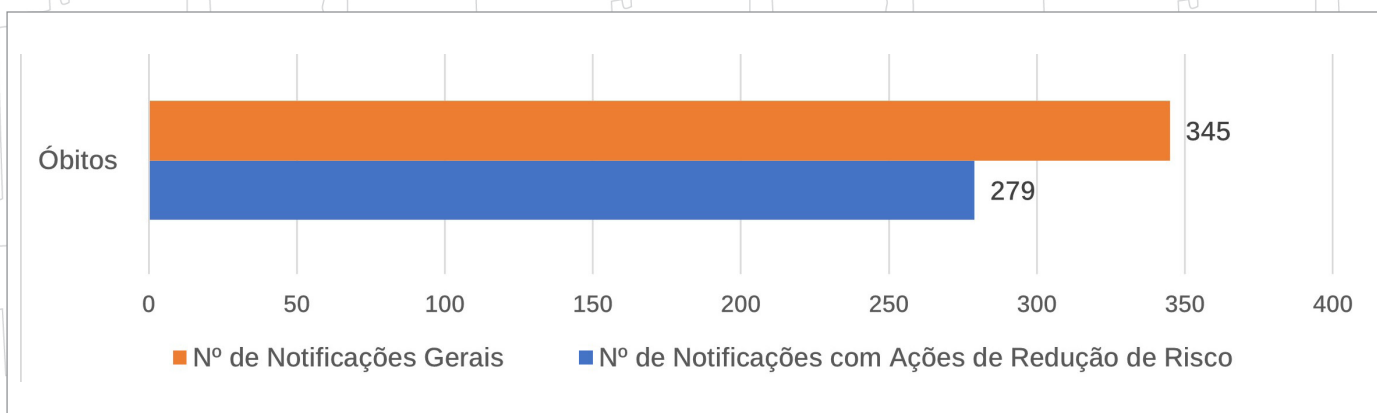


Gráfico 67b - Indicadores das Notificações das Ações de Reduzir o Risco diante do EA. Ref.: Jan-Mai/2022.



As mesmas tratativas para os óbitos foram realizadas, lembrando 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 dos dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de redução ao 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 dos fatores do profissional como ações de redução de 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 de redução de risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

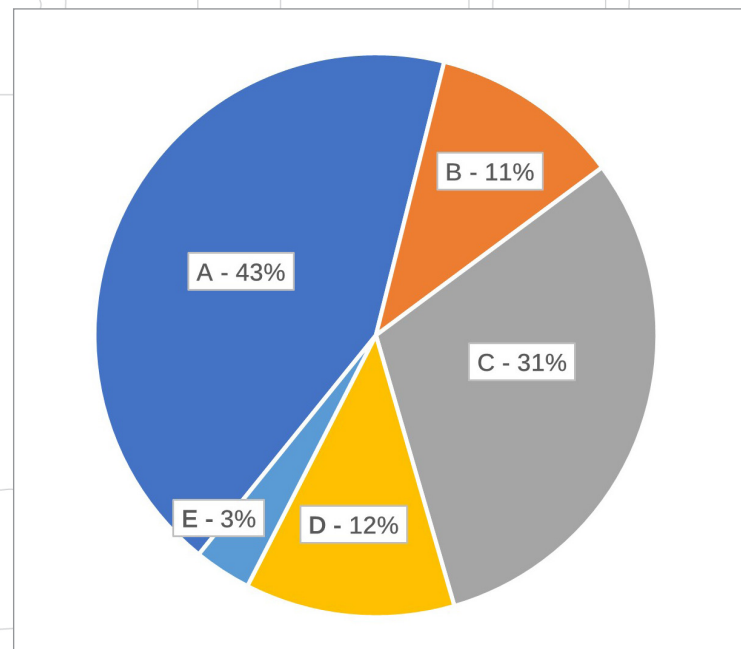


Tabela 68b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do paciente como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 de redução de risco e seus subtipos. Ref.: Jan - Mai/2022.

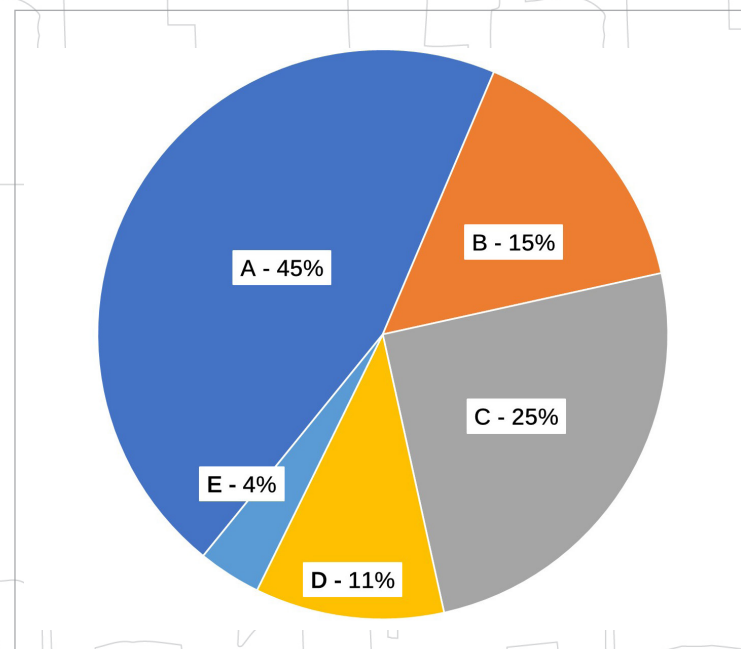


Tabela 69a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do profissional como ações de redução de risco. Ref.: 2021.

| 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 de redução de risco e seus subtipos. Ref.: 2021.

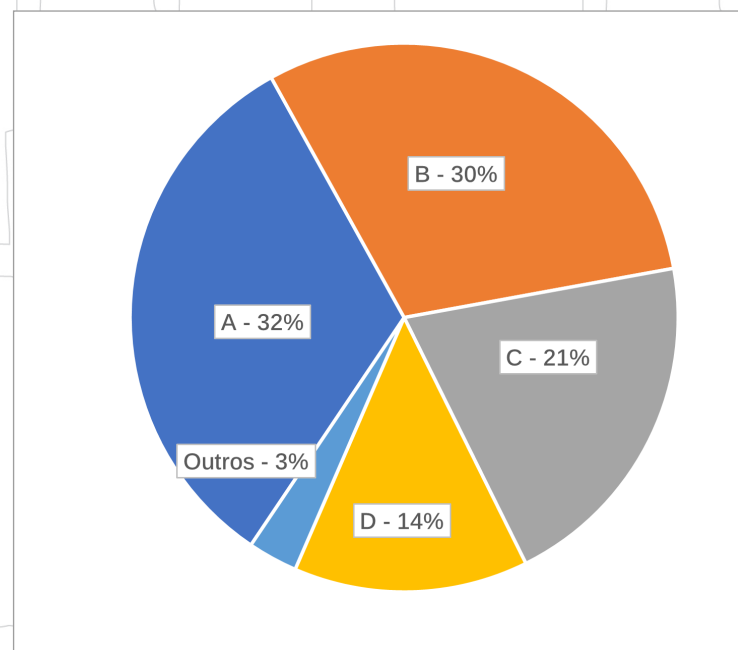


Tabela 69b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos fatores do profissional como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - ÓBITOS. Ref.: Jan - Mai/2022.

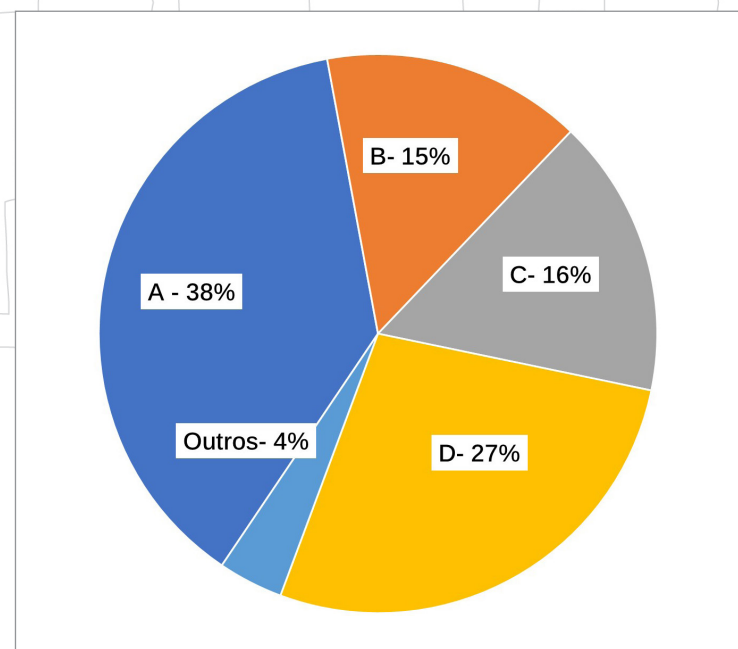


Tabela 70a - Distribuição das 279 notificações de Óbitos com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações de redução de risco. Ref.: 2021.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - ÓBITOS. Ref.: 2021.

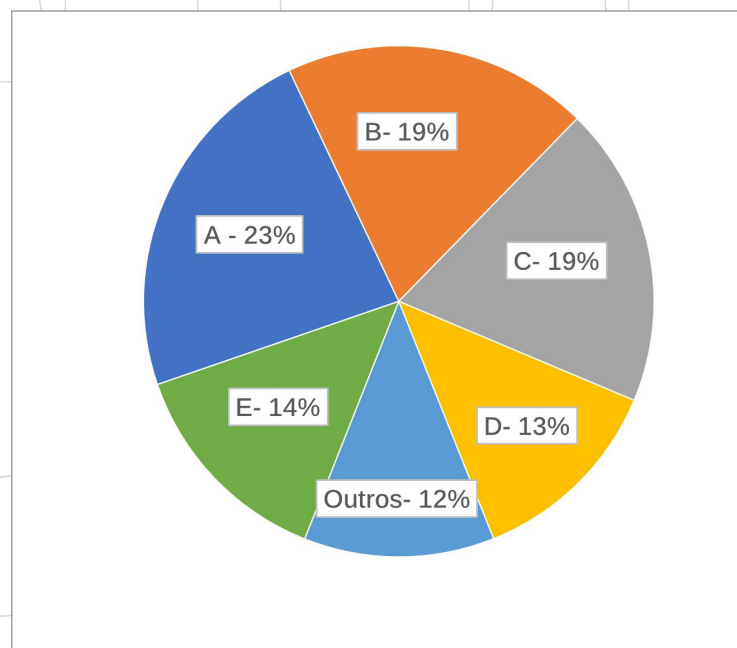
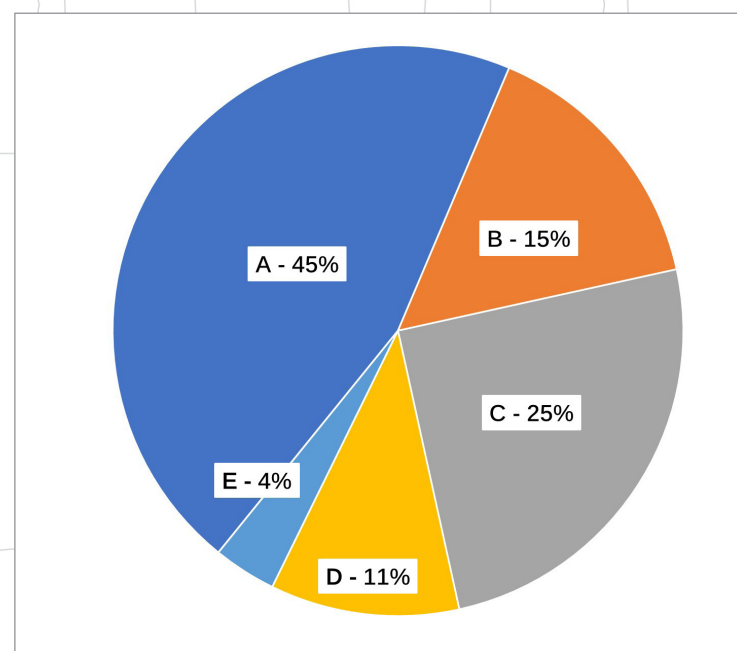


Tabela 70b - Distribuição das 105 notificações de Óbitos com identificação dos fatores ambientais e organizacionais como ações de redução de risco. Ref.: Jan - Mai/2022.

| 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 Reduzir o Risco e seus subtipos - ÓBITOS. 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 pelos serviços hospitalares. Os dados apresentados 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, consequentemente, 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 de Vigilância Sanitária (GVS), 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, consequentemente, 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: 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;

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

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.

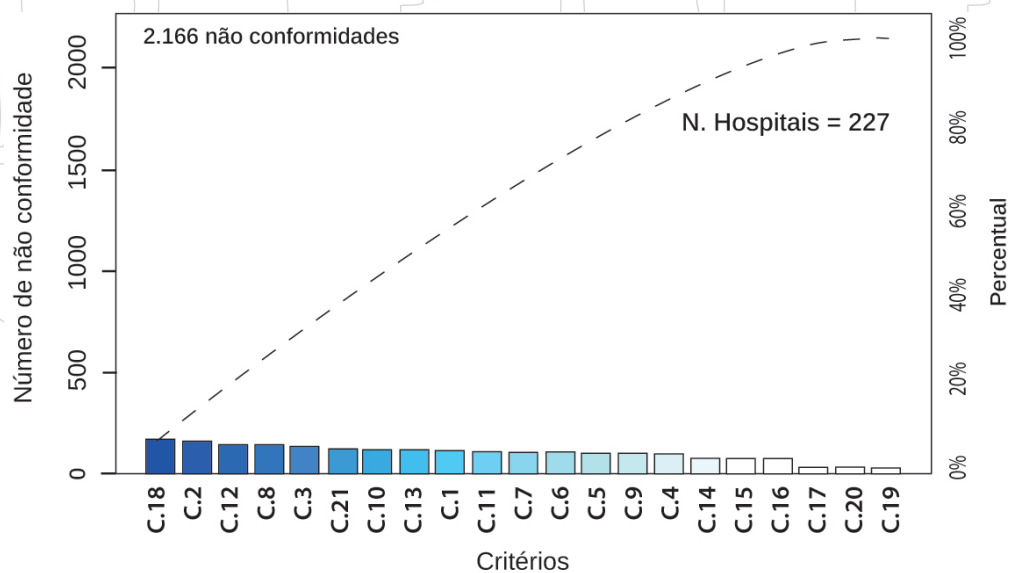
| |
|---|
| Higiene das Mãos |
| Descrição da técnica (78,9%) |
| Orientação dos 5 momentos da higiene (72,2%) |
| Indicadores de monitoramento da adesão (45,4%) |
| Identificação do Paciente |
| Estabelecimento de forma de identificação de todos os pacientes (75,3) |
| Orientação de uso de mínimo de 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%) |

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 – 2019²². (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 na comprovação da 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=ODk00Q%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