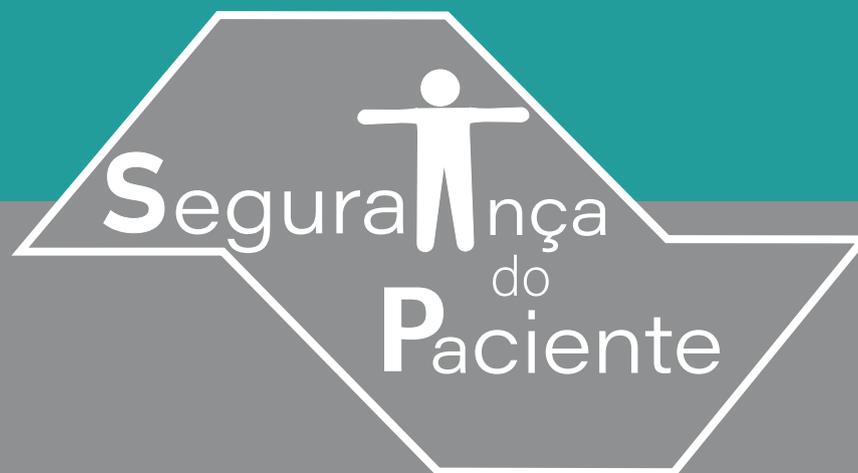


DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS INCIDENTES E  
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA  
À SAÚDE QUE ATINGIRAM AS PESSOAS NOS  
PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL  
NO ESTADO DE SÃO PAULO

Biênio: 2021 e 2022



**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS INCIDENTES E  
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA  
À SAÚDE QUE ATINGIRAM AS PESSOAS NOS  
PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL  
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Biênio: 2021 e 2022**

**Tarcísio de Freitas**

Governo do Estado de São Paulo

**Eleuses Paiva**

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

**Eudes Quintino de Oliveira Junior**

Chefe de Gabinete

**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:

**Teresa Cristina Gioia Schmidt**

**Maria Aparecida Martins de Aguiar**

Designer

**Maria Rita Negrão**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES  
© reprodução autorizada desde de que citada a fonte

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

Diagnóstico situacional dos incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal no Estado de São Paulo – Biênio: 2021 e 2022/Teresa Cristina Gioia Schmidt e Maria Aparecida Martins de Aguiar - São Paulo: SES/CCD/CVS, 2024.

100f. : il. tab. graf.

1. Segurança do Paciente. 2. Relatório Técnico. 3. Vigilância em Saúde Pública. 4. Educação Profissional em Saúde Pública I. Título

SES/CCD/CD 116/24

NLM WX

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	7
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL .....	10
PERFIL DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE NAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO NOTIVISA 2.0 NO ESTADO DE SÃO PAULO - BIÊNIO: 2021 E 2022.....	19
Características Gerais .....	19
Tipos de Incidente e Eventos Adversos Notificados.....	31
Fatores Contribuintes.....	57
Consequências Organizacionais .....	75
Detecção do Evento .....	76
Fatores Atenuantes ao Dano .....	78
Ações de Melhoria .....	82
Ações para Redução do Risco .....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95

## SIGLÁRIO

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CSP</b>	Cultura de Segurança do Paciente
<b>CVP</b>	Cateter Venoso Periférico
<b>CVS</b>	Centro de Vigilância Sanitária
<b>EA</b>	Eventos Adversos
<b>NOTIVISA</b>	Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>NMM</b>	Near Miss Materno
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNSP</b>	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada
<b>RN</b>	Recém Nascido
<b>SES SP</b>	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<b>SEVISA</b>	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
<b>SINVS</b>	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>VIGIMED</b>	Sistema de Notificação de Eventos Adversos no Uso de Medicamentos

## APRESENTAÇÃO

A busca pela qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde decorre da necessidade de redução dos riscos advindos das condições sanitárias, processo de trabalho implementados e dos avanços das tecnologias aplicadas neste contexto. Portanto, ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e nos serviços de saúde sobre o tema Segurança do Paciente com vistas à minimização de riscos e melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente em serviços de saúde deve se constituir como foco contínuo.

A produção do conhecimento permanente voltada para cultura de conformidades se deve em grande parte pela constante análise dos processos de trabalho em saúde, identificação proativa de circunstâncias notificáveis e seus ajustes necessários, e ainda, da aplicação da transversalidade nas áreas de assistência e de vigilância em saúde. Para que a cultura de segurança seja praticada de forma disseminada e capilarizada requer a indissociabilidade entre gestão-assistência e teoria-prática, como também do compromisso responsável dos gestores e profissionais dos serviços de saúde com os elementos da qualidade (estrutura, processo e resultado).

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

No esforço de revelar seu compromisso com a temática e apoiar as ações do Comitê Estadual de Mortalidade Materno-Infantil e do Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente do Estado de São Paulo elabora este documento. A intencionalidade é de apresentar o perfil dos incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal devidamente notificados pelos serviços de saúde, no Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA 2.0 no biênio 2021 e 2022.

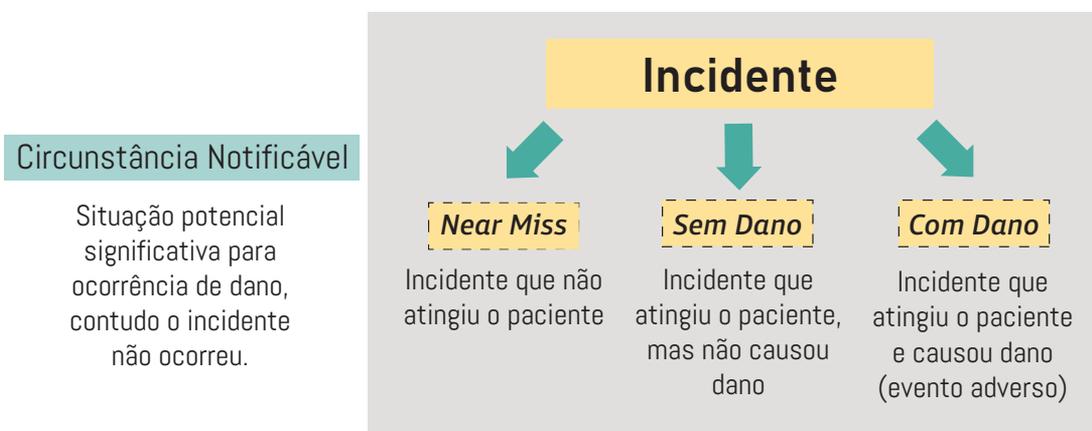
*Maria Cristina Megid*



## CONSIDERAÇÕES 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 associados 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, responsável e solidária<sup>1</sup>.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety - ICPS) define os incidentes relacionados ao cuidado de saúde em:



Fonte: Adaptado Proqualis (2014)<sup>2</sup>.

Os Incidentes/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 da assistência. A atitude para segurança do paciente deve repensar 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 melhoria<sup>3</sup>.

Efeito prejudicial, incluindo a doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte.

Pode ser: físico, social ou psicológico.

Um evento adverso significa um resultado assistencial indesejado relacionado ao diagnóstico ou à terapêutica.

Um evento atribuível a um erro/falha é um **EVENTO ADVERSO EVITÁVEL**.

(Reason, 2000)<sup>4</sup>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

## Serviços de Saúde

Rede Atenção Básica

Rede Hospitalar

Rede de Atenção Psicossocial

Rede Materna e Infantil

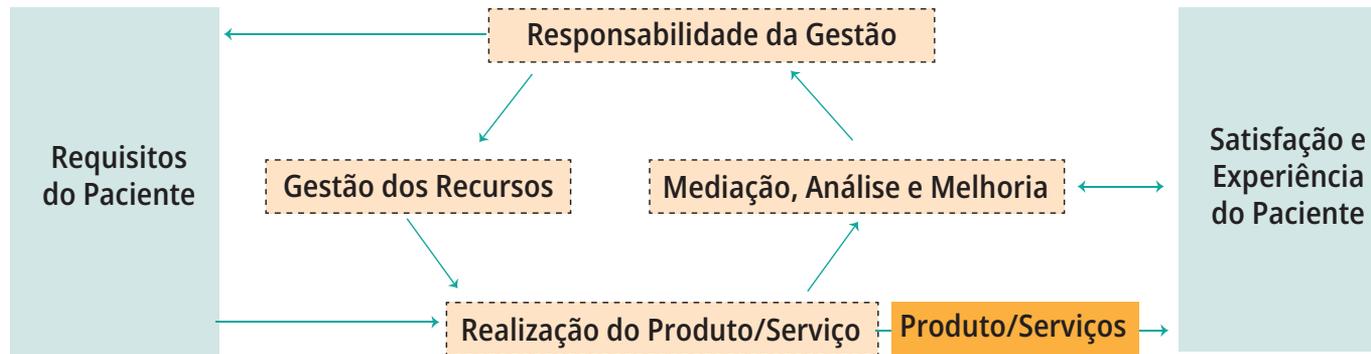
Rede Urgências e Emergências

Vale ressaltar, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria nº 529/2013<sup>5</sup> pelo Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36/2013<sup>6</sup>, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde compõem os dispositivos legais que elegem a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com uma estratégia de apoio sistemático e contínuo nos serviços de saúde.

É imprescindível que os serviços de saúde adotem 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 adversos e seus respectivos danos. Ratifica-se que a Gestão da Qualidade Total enfatiza e está centrada nas pessoas, propiciando a participação, formação e desenvolvimento dos profissionais que lá atuam. Uma das características deste tipo de gestão é a aplicação da melhoria contínua em busca da excelência organizacional em todos os seus espaços e processos<sup>7</sup>.

A melhoria contínua, do ponto de vista organizacional, é um conjunto de ações ininterruptas para aperfeiçoar processos, produtos e serviços. Isso significa que o serviço de saúde mede e analisa como as tarefas são realizadas, em busca de falhas, atrasos e gargalos que podem ser solucionados, levando a mais eficiência e produtividade. O ciclo de melhoria envolve a responsabilidade e o comprometimento da direção, a adequada disponibilização de recursos, os quais preenchem, em última análise, os requisitos dos pacientes, definidos pela sua satisfação<sup>8</sup>.

## Melhoria Contínua do Sistema de Gestão da Qualidade



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. Portanto, identificar, acompanhar, investigar, apoiar, propor e avaliar as ações de melhoria dentro dos serviços de saúde, a partir das notificações de eventos adversos, faz parte do rol de atividades assistenciais e sanitárias que podem subsidiar a racionalidade possível dentro do Sistema de Saúde plural e heterogêneo, justificando a elaboração desse documento<sup>9</sup>.

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.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL

A gestação caracteriza-se por um período de grandes transformações fisiológicas e socioemocionais exigindo adaptação à chegada do concepto (novo membro), constituindo-se assim em um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão do parceiro/a, desde que esse seja o desejo da pessoa, nas atividades de assistência.

A pessoa no período gravídico precisa ter a garantia de acesso aos serviços de saúde, isto porque o diagnóstico precoce de possíveis complicações da gestação e sua imediata inserção no pré-natal deva ocorrer de maneira acolhedora, segura e efetiva. O início precoce e a regularidade do acompanhamento assistencial das gestantes de certa forma oportunizam a conscientização sobre a importância do pré-natal, bem como, auxiliam no reconhecimento das gestantes sobre os fatores de risco potenciais para si e ao feto, o que favorece a rápida busca de ajuda e atendimento do profissional de saúde.

Entre a gestação saudável e a ocorrência de óbito materno há um entremeio de condições mórbidas dos quais englobam quadros clínicos leves aos extremamente graves. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma classificação de condições ameaçadora à vida materna que em parte resultam em sobrevivência, tal situação é denominada de Near Miss Materno (NMM). Resultados de pesquisas realizadas no Brasil identificou que as doenças hipertensivas e as hemorragias como as principais promotoras de NMM elevado, inclusive sendo responsáveis também, pelos desfechos negativos perinatais e neonatais. Interessante, afirmar que estudos sobre NMM e perinatal são necessários dentro dos serviços de saúde, uma vez que seus resultados contribuem na percepção dos profissionais frente à identificação e ao monitoramento dos possíveis problemas existentes no referido período. Afinal, quando em tempo oportuno trazem diferença na qualidade da assistência<sup>10</sup>.

A assistência pré-natal envolve um conjunto de procedimentos clínicos, educativos e administrativos com a intencionalidade de acompanhar, monitorar, analisar e avaliar a evolução da gravidez<sup>11</sup>. A tomada de decisão da equipe baseada no exame físico, achados e recursos existentes, precisa valorizar a Rede de Atenção, as normativas da Regulação e as condições sanitárias existentes, pois só assim, as chances de obtenção de soluções imediatas protetivas e seguras podem ocorrer. Daí a importância do trabalho em equipe, treinamento contínuo e registro claro e completo dos achados, procedimentos e ações próprias do pré-natal na carteira da gestante, no prontuário e nos

diferentes sistemas de informação disponíveis requisitados. Essa postura é essencial no apoio e ação dos gestores e profissionais de saúde e, ainda, no próprio atendimento seguro da pessoa grávida, afinal de contas seu envolvimento é essencial.



Fonte: Ministério da Saúde (2022)<sup>12</sup>

Direito ao atendimento na gravidez, no parto e após parto com cuidados seguros, de qualidade e humanizados da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)

O profissional de saúde anotará nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registrará as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

O estado gravídico promove alterações nos processos metabólicos e, em algumas gestantes, pode acarretar condições clínicas desfavoráveis para a saúde materna, do feto ou do recém-nascido, o que é denominado gestação de alto risco.

A gravidez de alto risco é a condição em que a vida da gestante, do feto e/ou do recém-nascido está em risco devido aos fatores psicossociais, físicos e biológicos envolvidos.

Os cuidados na gestação de alto risco exigem organização do fluxo assistencial e da sistematização da atenção integral às gestantes, uma vez que as principais causas de mortalidade materna podem ser evitadas<sup>11</sup>.

O parto do tipo cesárea quando bem indicado clinicamente, salva vidas, no entanto, é importante que se clarifique que, sem indicação, aumenta o risco de morte. De acordo com o DATASUS a taxa de cesárea entre os residentes nos 645 municípios paulistas e 96 distritos do Município de São Paulo foi de 58,6% (2021) e 59,4% (2022), sendo o número de nascidos vivos ocorridos de 525.229 (2021) e 512.398 (2022).

A OMS define como “nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições”<sup>13</sup>.



O Ministério da Saúde recomenda a adoção de cuidados respeitosos, organizados e prestados a todas as pessoas de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A OMS elaborou a Lista de Verificação para Partos Seguros, que quando implantada nos serviços traz exigências no preenchimento de informações nos quatro pontos de pausa: admissão, antes de dar à luz, logo após o nascimento e antes da alta. Os pontos de pausa são pontos específicos no tempo em que a equipe deve “verificar” se as práticas essenciais ao parto foram aplicadas, promovendo a proteção da parturiente/puérpera e seu recém-nascido de complicações graves<sup>14</sup>.



Organização  
Mundial da Saúde

Os **checklists** são instrumentos úteis para organizar processos complexos e importantes e são usados com o objetivo de auxiliar os profissionais a se lembrarem das tarefas essenciais, para prestarem cuidados melhores e mais seguros em diversos contextos.

Fonte: OMS<sup>14</sup>

Como forma de ratificar esforço à segurança do paciente o Ministério da Saúde com a intencionalidade de apoiar estratégias diante da prevenção de incidentes, evitando falhas nos sistemas de prestação de serviços à saúde tem investido em políticas, medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde para fortalecer o atendimento das pessoas antes, durante e após o parto. Uma das estratégias foi a implantação das Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal, cujo objetivo é a potencialização do protagonismo da parturiente, o respeito às escolhas fundamentais, a garantia da segurança do binômio materno-perinatal e a valorização da experiência do parto propriamente dito<sup>15</sup>.



O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido.

Fonte: Ministério da Saúde (2022)<sup>15</sup>.

O profissional de saúde quando alinhado com a segurança do paciente segue as instruções contidas nas diretrizes e protocolos existentes no que tange aos cuidados, monitorização, procedimentos, intervenções e manejos próprios dos diferentes períodos do parto e puerpério<sup>15</sup>.



Fonte: Ministério da Saúde (2022)<sup>15</sup>.

**Puerpério** é o período que ocorre logo após o parto, também denominado de pós-parto ou pós-natal, onde o corpo em processo de recuperação da gravidez, sofre uma série de modificações físicas e psicológicas. Sua duração costuma ser variável, contudo considera-se 60 dias após o parto como sendo o final do puerpério, pois se acredita-se que nesta fase todos os órgãos (exceto as mamas) já retornaram às condições prévias.

Uma experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que puérperas, recém-nascidos, parceiros, prestadores de cuidados e famílias recebem informação, segurança e apoio de forma consistente por parte de profissionais de saúde; onde um sistema de saúde flexível e com recursos reconheça as necessidades postas, respeitando o contexto cultural<sup>16</sup>.

O período neonatal compreende o intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento de atingir 27 dias do recém-nascido (RN). A primeira avaliação do RN deve ser realizada na sala de parto com a intencionalidade de se verificar a vitalidade, fatores de risco, detecção precoce de malformações congênitas, traumas obstétricos e distúrbios cardiorrespiratórios que possam comprometer sua vida. Contudo, o conhecimento sobre as condições maternas e gestacionais permite detecção antecipada de situações úteis na recepção e assistência do RN. A avaliação neonatal requer atenção, compromisso, habilidades, devendo todas as características serem devidamente registradas sem subestimar sinais, visto que tal atitude pode comprometer o diagnóstico precoce de doenças ou complicações, conseqüentemente, interferindo na proposta terapêutica, que quando eficaz traz segurança e qualidade no atendimento em si<sup>17</sup>.



A hora de ouro da neonatologia é definida como a primeira hora de vida de RN pré-termo de extremo baixo peso (<1000g), onde condutas preconizadas e validadas cientificamente são instituídas na tentativa de atingir evolução positiva destes indivíduos.

Pode-se afirmar que a segurança do paciente visa reduzir os danos que afetam diretamente o processo saúde-doença, sua aplicabilidade é essencial para que as pessoas no período gravídico-puerperal e neonatal de risco sejam integralmente assistidas. Contudo, há de se considerar que as estratégias para segurança devem ultrapassar os protocolos e denotam a necessidade de adaptação nos processos de trabalho, nos contextos dos diferentes pontos de atenção à saúde.

**Trabalhar valorizando a qualidade e a segurança da pessoa é um fundamento a ser aplicado.**

A segurança do paciente correlaciona-se fortemente com a temática da cultura organizacional das instituições de saúde, sua conexão se faz imperativa. A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, isto é, dos danos aos pacientes causados por falhas durante a assistência prestada. Quando a cultura organizacional da instituição em relação ao manejo de eventos adversos alcança o nível evolução de maturidade conhecido como justa e participativa, significa que a segurança está incorporada nas operações diárias, impulsionando um clima organizacional livre de culpabilização<sup>1,18</sup>.



Fonte: Watcher (2010)<sup>18</sup>.

Cultura de segurança é o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

Para a implantação e incorporação da cultura de segurança do paciente em qualquer instituição de saúde que cuide das pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, faz-se necessário elevado nível de comprometimento dos gestores, líderes e dos profissionais da instituição, visão ampliada sobre qualidade e segurança do cuidado prestado, bem como, forte espírito de coesão entre os diversos setores, uma vez que se sabe que estes são fatores imprescindíveis para a garantia de assistência segura, tanto para a instituição, o profissional como para o paciente em si<sup>19</sup>.

O Estado exerce um papel de extrema responsabilidade na Assistência Materno Infantil e assume grande parcela da população do município, a disposição da equipe em aprimorar esta linha de cuidados transformando, de forma segura, a assistência ao nascer comprometida com a constituição de valores de cidadania, ética e protagonismo da mãe e de sua rede sociofamiliar.

O Estado conta com 408 equipamentos com leitos de referência para assistência obstétrica, totalizando 5.463 leitos, destes 55% são do Sistema Único de Saúde (SUS). A divisão administrativa abrange 645 municípios, 63 regiões de saúde e 17 departamentos regionais de saúde<sup>20</sup>.

No atendimento às gestantes na Atenção Primária, a cobertura de pré-natal é de quase 70%, com variações entre as diferentes Redes Regionais. Destas, 67,5% realizaram a primeira consulta até a 12ª semana de gestação. O percentual

de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana ficou muito abaixo do esperado (10,9% das que iniciaram o pré-natal), considerando que cerca de 2/3 delas realizam o primeiro atendimento nos três primeiros meses da gestação. Esses indicadores apontam para a fragilidade na atenção pré-natal<sup>20</sup>.

O Plano Estadual de Saúde 2024-2027 traz como diretrizes a garantia do acesso da população em tempo oportuno à atenção integral à saúde, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde e integrar a atenção primária a saúde à especializada e a redução e prevenção de riscos à saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e prevenção, compondo a integralidade da atenção<sup>20</sup>.

Ao considerar as metas propostas e alinhadas a partir do referido Plano e para obtenção dos resultados há necessidade de articulações assistenciais e sanitárias potentes e de trabalho compartilhado entre estado, municípios, prestadores e trabalhadores 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.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

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.

# PERFIL DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE NAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO NOTIVISA 2.0 NO ESTADO DE SÃO PAULO – BIÊNIO: 2021 E 2022.

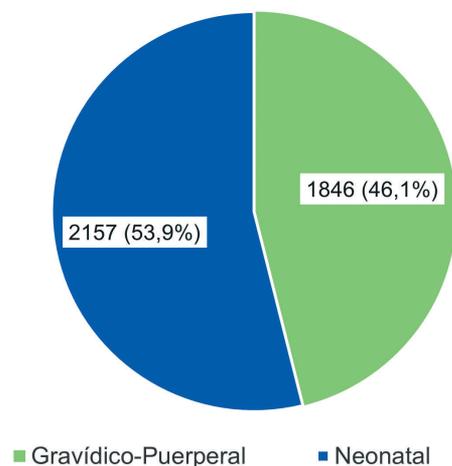
## Características Gerais

A seguir uma síntese do perfil das 4003 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) notificados no biênio 2021-2022 que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal (2157 – 53,9%) e neonatal (1846 – 46,1%) – NOTIVISA 2.0 (**Tabela 1** e **Gráfico 1**). Tais notificações devidamente analisadas diante de uma série de variáveis são apresentadas neste relatório.

**TABELA 1** - Distribuição das notificações dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. NOTIVISA 2.0. Ref.: Biênio 2021-2022.

PERÍODO ENVOLVIDO	2021		2022		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
GRAVÍDICO-PUERPERAL	872	43,6	974	48,7	1846	46,1
NEONATAL	1129	56,4	1028	51,3	2157	53,9
Total	2001	100	2002	100	4003	100,0

**GRÁFICO 1** - Número de Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. NOTIVISA 2.0 - Biênio: 2021 e 2022.



Participaram ativamente desse processo de notificação 193 serviços de saúde, assim distribuídos por município (**Tabela 2**), dados revelam que 452 (70,1%) municípios não apresentaram nenhum tipo de notificação. Dentre os participantes verificou-se uma maior representação dos serviços não integrantes das Coordenadorias da Secretaria de Saúde (SES), representando 84,8% no caso de eventos no período gravídico-puerperal e 77,3% no neonatal (**Tabela 3**).

**TABELA 2** - Distribuição das notificações dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, conforme as Coordenadorias da SES Correspondentes aos Serviços de Saúde Notificantes. Ref.: Biênio: 2021 e 2022.

MUNICÍPIO	Gravídico-Puerperal		Neonatal		Geral	
	F	F%	F	F%	F	F%
ARAÇATUBA	24	1,3	33	1,5	57	1,4
ARARAQUARA	12	0,7	33	1,5	45	1,1
ARARAS	3	0,2	18	0,8	21	0,5
ARUJÁ	1	0,1	8	0,4	9	0,2
ASSIS	1	0,1		0,0	1	0,0
ATIBAIA	2	0,1	5	0,2	7	0,2
AVARÉ	1	0,1	2	0,1	3	0,1
BARUERI	1	0,1	3	0,1	4	0,1
BAURU	14	0,8	47	2,2	61	1,5
BIRIGUI	20	1,1	5	0,2	25	0,6
BOTUCATU	2	0,1	7	0,3	9	0,2
BRAGANÇA PAULISTA	7	0,4	8	0,4	15	0,4
CAIEIRAS	3	0,2	4	0,2	7	0,2
CAMPINAS	57	3,1	224	10,4	281	7,0
CARAPICUÍBA	5	0,3	3	0,1	8	0,2
CATANDUVA	2	0,1	2	0,1	4	0,1
CERQUILHO	5	0,3		0,0	5	0,1

MUNICÍPIO	Gravídico-Puerperal		Neonatal		Geral	
	F	F%	F	F%	F	F%
CUBATÃO	3	0,2		0,0	3	0,1
DIADEMA	53	2,9	85	3,9	138	3,4
ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	19	1,0	3	0,1	22	0,5
FERNANDÓPOLIS		0,0	2	0,1	2	0,0
FRANCA	27	1,5	30	1,4	57	1,4
GUARATINGUETÁ	9	0,5	10	0,5	19	0,5
GUARUJÁ	1	0,1	7	0,3	8	0,2
GUARULHOS	188	10,2	24	1,1	212	5,3
IBITINGA	16	0,9	5	0,2	21	0,5
INDAIATUBA	3	0,2	2	0,1	5	0,1
ITANHAÉM		0,0	3	0,1	3	0,1
ITAPECERICA DA SERRA	18	1,0	60	2,8	78	1,9
ITAPETININGA	5	0,3		0,0	5	0,1
ITAPEVI	11	0,6	7	0,3	18	0,4
ITÁPOLIS	1	0,1		0,0	1	0,0
JABOTICABAL	1	0,1	1	0,0	2	0,0
JACAREÍ	43	2,3	11	0,5	54	1,3
JAÚ		0,0	1	0,0	1	0,0
JUNDIAÍ	349	18,9	169	7,8	518	12,9
LARANJAL PAULISTA	1	0,1		0,0	1	0,0
LIMEIRA	6	0,3	18	0,8	24	0,6
LINS	7	0,4		0,0	7	0,2
LORENA	1	0,1	3	0,1	4	0,1
LOUVEIRA	9	0,5	18	0,8	27	0,7
MARÍLIA	2	0,1	5	0,2	7	0,2
MAUÁ	3	0,2	2	0,1	5	0,1
MOCOCA	2	0,1		0,0	2	0,0
MOGI DAS CRUZES		0,0	2	0,1	2	0,0
MOJI MIRIM	2	0,1		0,0	2	0,0
OSASCO	2	0,1	5	0,2	7	0,2

MUNICÍPIO	Gravídico-Puerperal		Neonatal		Geral	
	F	F%	F	F%	F	F%
OURINHOS	26	1,4	13	0,6	39	1,0
PARAGUAÇU PAULISTA	13	0,7		0,0	13	0,3
PARIQUERA-AÇU	1	0,1		0,0	1	0,0
PAULÍNIA		0,0	1	0,0	1	0,0
PINDAMONHANGABA	8	0,4	26	1,2	34	0,8
PIRACICABA	19	1,0	26	1,2	45	1,1
PIRASSUNUNGA	1	0,1		0,0	1	0,0
PORTO FERREIRA	1	0,1		0,0	1	0,0
PRESIDENTE PRUDENTE	31	1,7	110	5,1	141	3,5
RIBEIRÃO PIRES	18	1,0	8	0,4	26	0,6
RIBEIRÃO PRETO	108	5,9	71	3,3	179	4,5
RIO CLARO	2	0,1	1	0,0	3	0,1
SANTO ANDRÉ	1	0,1	12	0,6	13	0,3
SANTOS	20	1,1	72	3,3	92	2,3
SÃO BERNARDO DO CAMPO	2	0,1	9	0,4	11	0,3
SÃO CAETANO DO SUL	9	0,5	5	0,2	14	0,3
SÃO JOÃO DA BOA VISTA	2	0,1		0,0	2	0,0
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	36	2,0	34	1,6	70	1,7
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	178	9,6	87	4,0	265	6,6
SÃO PAULO	363	19,7	650	30,1	1013	25,3
SÃO ROQUE	3	0,2	1	0,0	4	0,1
SERTÃOZINHO	1	0,1	3	0,1	4	0,1
SOROCABA	22	1,2	79	3,7	101	2,5
SUMARÉ	20	1,1	41	1,9	61	1,5
TABOÃO DA SERRA	3	0,2	6	0,3	9	0,2
TATUÍ	1	0,1		0,0	1	0,0
TAUBATÉ	13	0,7	25	1,2	38	0,9
TIETÊ	2	0,1	1	0,0	3	0,1
VOTUPORANGA		0,0	1	0,0	1	0,0
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>100,0</b>	<b>2157</b>	<b>100,0</b>	<b>4003</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 3** - Distribuição das notificações dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, conforme as Coordenadorias da SES Correspondentes aos Serviços de Saúde Notificantes. Ref.: Biênio: 2021 e 2022.

Coordenadoria da SES	Gravídico-Puerperal		Neonatal	
	F	F%	F	F%
CGCSS	257	13,9	426	19,7
CSS	23	1,2	63	2,9
NA	1566	84,8	1668	77,3
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>100,0</b>	<b>2157</b>	<b>100,0</b>

**Legenda:**

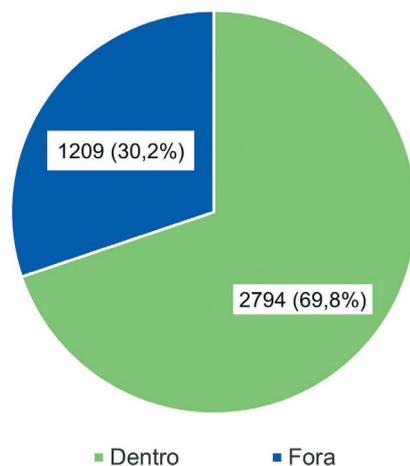
CGCSS - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

CSS - Coordenadoria de Serviços de Saúde

NA - Não se aplica, não pertence à SES

De acordo com a RDC nº 36/20135, o NSP deve notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa, que no caso em vigência é o NOTIVISA 2.0. Os resultados dos eventos adversos investigados neste relatório apontam que a média em dias para o **envio da notificação** foi de 30 dias, sendo o limite inferior de 0 e o superior de 440 dias, contudo, o percentual de envio dentro do prazo foi de 69,8% (2794 notificações) (**Gráfico 2**).

**GRÁFICO 2** - Análise do Prazo de Envio da Notificação junto ao NOTIVISA 2.0 dos Incidentes e Eventos Adversos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



O preenchimento completo da notificação de incidente e eventos adversos relacionados à assistência à saúde junto ao NOTIVISA 2.0 envolve 10 etapas. Ressalta-se que as etapas de 1 a 4 são de preenchimento obrigatório para todas as notificações, sendo elas:

- 1 - Tipo de incidente;
- 2 - Consequências para o paciente;
- 3 - Características do paciente;
- 4 - Características do incidente/evento adverso.

A Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2019<sup>21</sup> determina que, na ocorrência de óbito ou “never event” relacionado à assistência à saúde, o serviço de saúde deve retificar a notificação para complementar o preenchimento das outras 6 etapas (etapa 5 até a 10), no prazo de 60 dias corridos a partir da data da notificação. Fazem parte dessas etapas:

5 - Fatores contribuintes;

6 - Consequências organizacionais;

7 - Responsáveis e Forma de Detecção;

8 - Fatores atenuantes do dano;

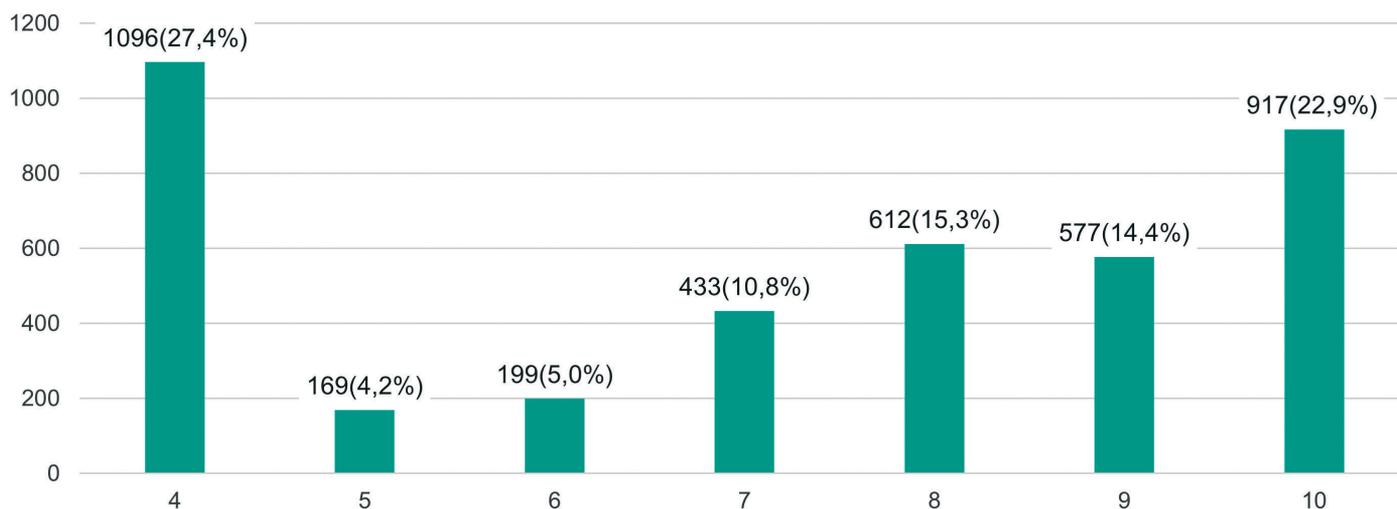
9 - Ações de melhoria;

10 - Ações para reduzir o risco (o que inclui a inserção do plano de ação).

Os resultados da análise das notificações dos incidentes e eventos adversos deste estudo evidenciaram que 22,9% (917) tiveram todas as etapas requeridas preenchidas. O **Gráfico 3** e a **Tabela 4** revelam a frequência das referidas etapas. Dentre as não obrigatórias pode-se observar que a etapa 10 - ações para reduzir o risco (2741 - 68,5%) e a etapa 7 - responsáveis e forma de detecção (2731- 68,2%) foram as mais preenchidas e a etapa 6 - consequências organizacionais a menos (792 - 19,8%).

O procedimento que envolve preencher todas as 10 etapas é essencial para a busca das causas que podem ter contribuído para a ocorrência do evento e para a posterior implementação de barreiras para evitar a recorrência de eventos semelhantes dentro do serviço de saúde.

**GRÁFICO 3** - Nº de Etapas Preenchidas das Notificações dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no Notivisa 2.0. Biênio: 2021 e 2022.



**TABELA 4** - Distribuição da Frequência das Etapas Preenchidas das Notificações dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal no NOTIVISA 2.0. Biênio: Anos 2021 e 2022.

Descrição das Etapas	F	F%
1. Tipo de incidente	4003	100,0
2. Consequências para o paciente	4003	100,0
3. Características do paciente	4003	100,0
4. Características do incidente/evento adverso	4003	100,0
5. Fatores contribuintes	2296	57,4
6. Consequências organizacionais	792	19,8
7. Responsáveis e/ou Forma de Detecção	2731	68,2
8. Fatores atenuantes do dano	1605	40,1
9. Ações de melhoria	1812	45,3
10. Ações para reduzir o risco	2741	68,5

Em relação ao **local da ocorrência** dos 4003 incidentes e eventos adversos, os resultados traduzem o quanto que sua presença teve maior representatividade nas unidades de internação (1598 – 39,9%) e na unidade de terapia intensiva (1294 –32,3%). Isso é ratificado em outros estudos, como o realizado em Recife-Pernambuco num hospital da rede privada em 2020, que com exceção das circunstâncias notificáveis os incidentes foram prevalentes nas enfermarias e nos cuidados intensivos<sup>22</sup>. As **Tabelas 5 e 6** revelam um detalhamento dos locais onde ocorrem os incidentes estudados, conforme os períodos.

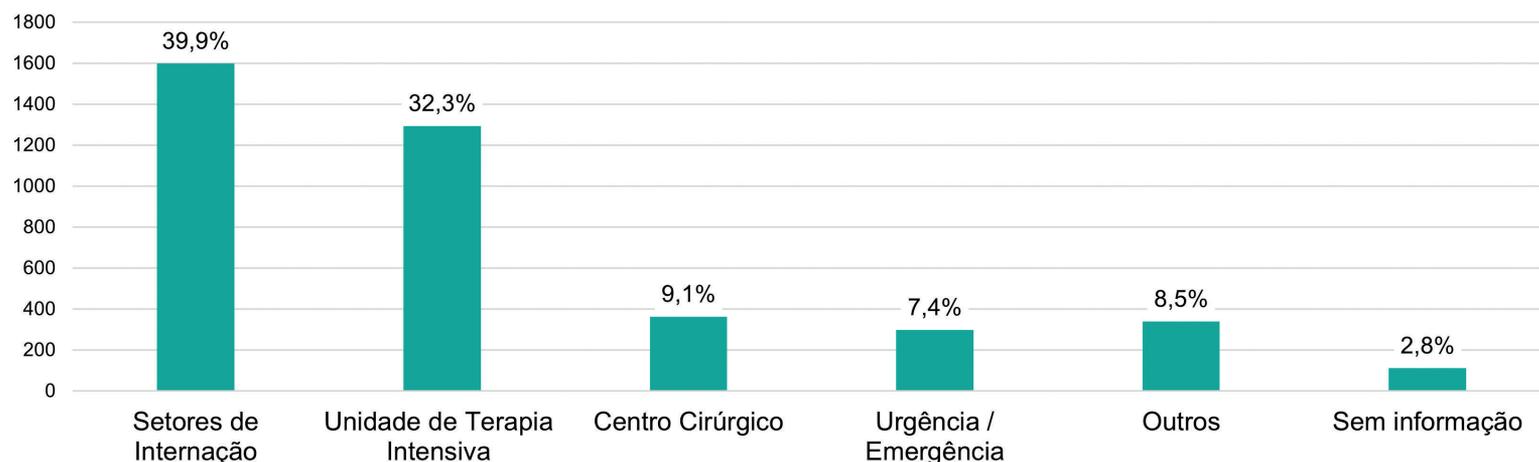
**TABELA 5 - Distribuição dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos no Período Gravídico-Puerperal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme unidade de sua ocorrência Biênio: 2021 e 2022.**

Local de Ocorrência no Serviço de Saúde	F	F%
Setores de Internação	998	54,1
Urgência / Emergência	258	14,0
Outros	224	12,1
Centro Cirúrgico	203	11,0
Unidade de Terapia Intensiva (adulto / pediátrico / neonatal)	74	4,0
Sem informação	58	3,1
Ambulatório	11	0,6
Laboratório de análises clínicas / microbiológicas / anatomia patológica	8	0,4
Hospital dia	5	0,3
Radiologia	4	0,2
Serviços de transporte (ambulância)	3	0,2
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 6 - Distribuição dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos no Período Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme unidade de sua ocorrência Biênio: 2021 e 2022.**

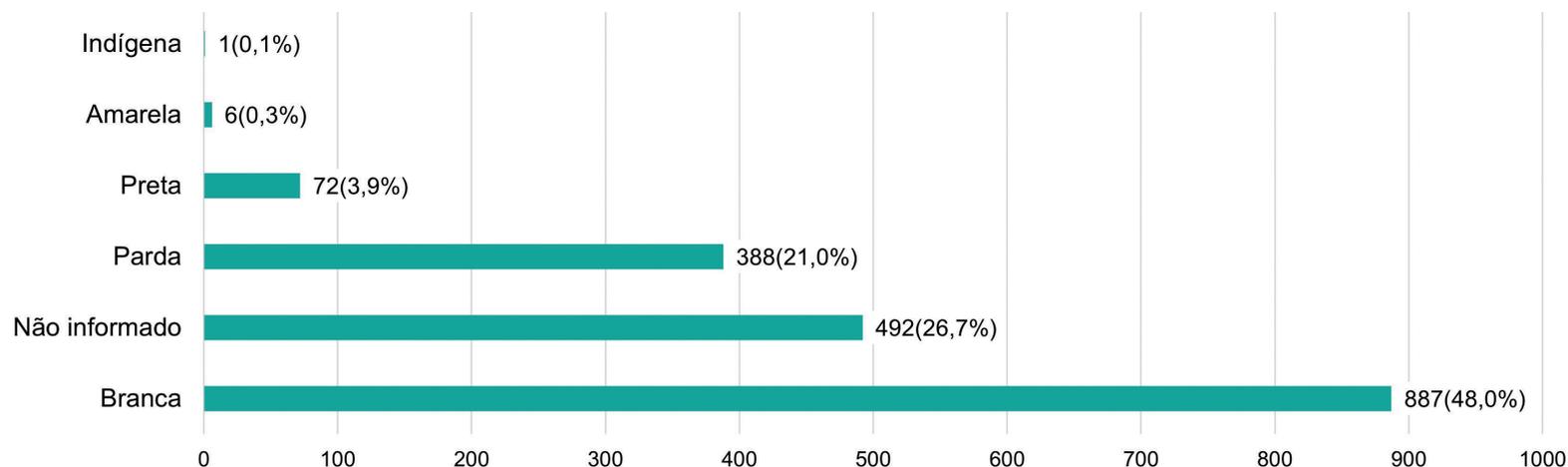
Local de Ocorrência no Serviço de Saúde	F	F%
Unidade de Terapia Intensiva	1220	56,6
Setores de Internação	600	27,8
Centro Cirúrgico	160	7,4
Outros	61	2,8
Sem informação	53	2,5
Urgência / Emergência	40	1,9
Laboratório Clínico/Patológico	18	0,8
Radiologia/Ambulatório/Med. Nuclear	5	0,2
<b>Total</b>	<b>2157</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 4** - Nº de Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbito) ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme unidade de sua ocorrência Biênio: 2021 e 2022.

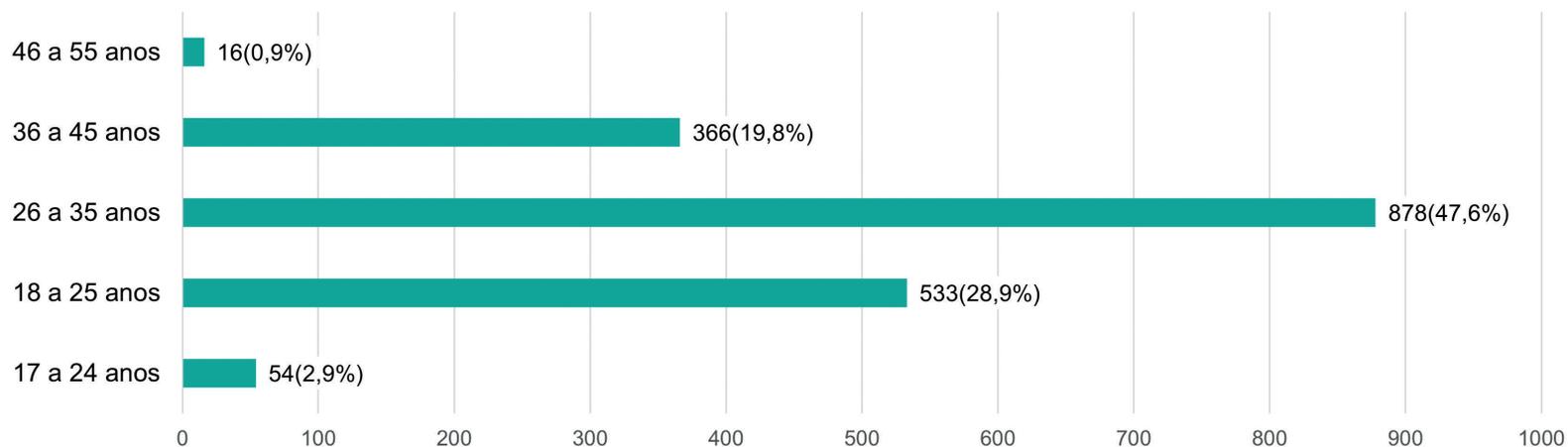


Nos **Gráficos 5** e **6** podem-se verificar que o **perfil das pessoas** que sofreram eventos adversos no período gravídico-puerperal foi na maioria da raça branca (48,0% - 887) e da faixa etária de 26 a 35 anos (47,6% - 878). Salienta-se que as informações de raça/cor foram negligenciadas numa representatividade de 26,7% (492), sugerindo descaso da importância da variável ou ainda, a dificuldade dos profissionais em atribuir classificação neste quesito.

**GRÁFICO 5** - Perfil Raça/Cor dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) no Período Gravídico-Puerperal Notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.



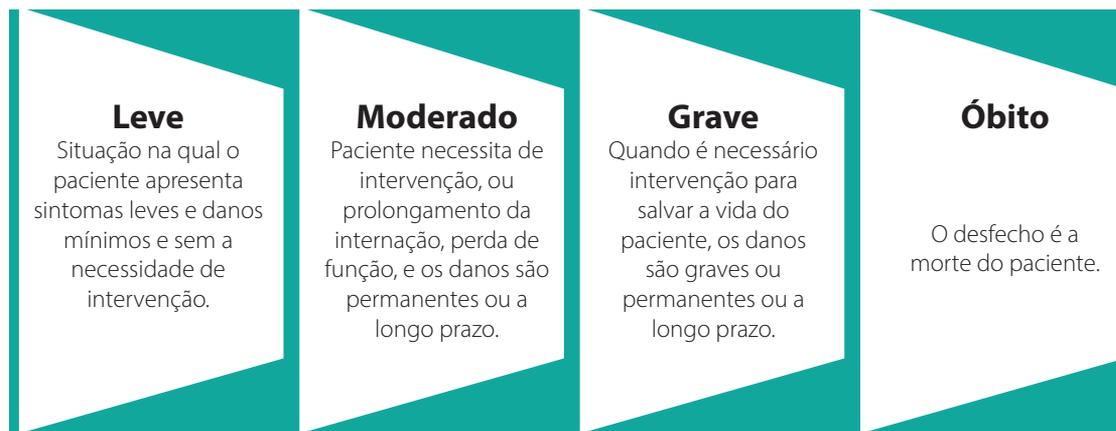
**GRÁFICO 6** - Perfil da Faixa Etária dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) no Período Gravídico-Puerperal Notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.



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



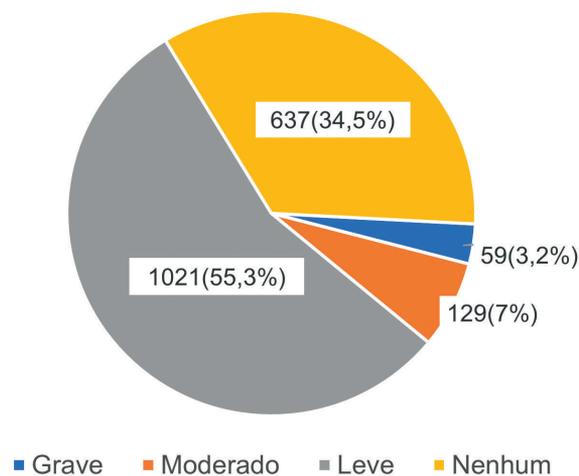
O grau de dano pode ser classificado em:



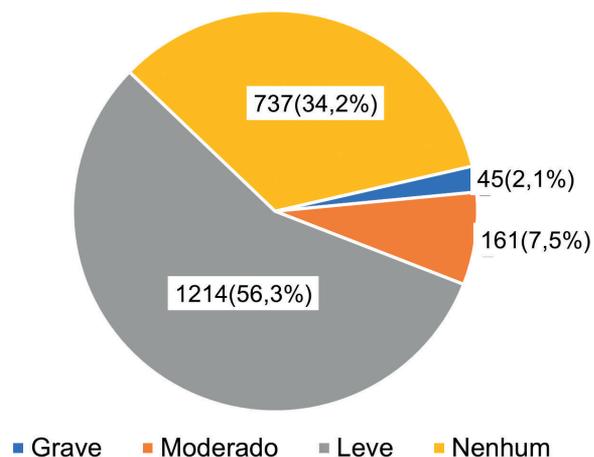
Fonte: Organização Mundial de Saúde (2009)<sup>23</sup>.

Em relação ao **grau de dano** causado no paciente em decorrência do evento adverso notou-se que ambos os períodos estudados houve o mesmo comportamento, isto é, trata-se de notificações com maior frequência em danos considerados como leve (55,8% - 2235) e nenhum (34,3% - 1374). Salienta-se que os eventos geradores de óbitos neste biênio não foram aqui considerados. Os **Gráficos 7 e 8** ilustram os dados com maiores detalhes.

**GRÁFICO 7** - Eventos Adversos Período Gravídico-Puerperal, segundo tipo de grau de dano. NOTIVISA 2.0 - Biênio: 2021-2022.



**GRÁFICO 8** - Eventos Adversos Período Neonatal, segundo tipo de grau de dano. NOTIVISA 2.0 - Biênio: 2021-2022.



## Tipos de Incidentes/Eventos Adversos Notificados

Como forma de confirmar ou não a correta identificação do incidente/evento adverso notificado pelo serviço de saúde optou-se em efetuar uma leitura detalhada dos planos de ação (daqueles existentes) e do descritivo presente no campo aberto intitulado de "Informe o tipo de incidente ocorrido" da notificação. O resultado dessa análise gerou a necessidade de ajuste de 1203 (25,6%), isto é, acerto na definição da tipologia do evento adverso em si. Pode-se verificar que os dois tipos de eventos com maiores erros na definição do EA no momento da notificação foram: 1- Falhas durante a assistência em saúde (1010 - 83,9%), em grande parte porque as lesões (mamilar, toco trauma, dermatite

associada à incontinência e por dispositivo médico) deveriam ter sido notificadas como acidentes do paciente, bem como, a negligência, erro ou perda amostra laboratorial deveriam ter sido notificados como falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia e a perda acidental, infiltração, extravasamento e inflamação venosa que deveria ter sido notificada como falhas envolvendo cateter venoso; 2 - Falhas na identificação do paciente (59 - 4,9%) foram de problemas ligados ao preenchimento de documentos, requisições, rótulos, leitos e outros onde deveriam ter sido notificados como sendo, falhas na documentação ou nas atividades administrativas dependendo do caso.

Tipos de eventos  
com maiores erros  
na definição do EA no  
momento da notificação:

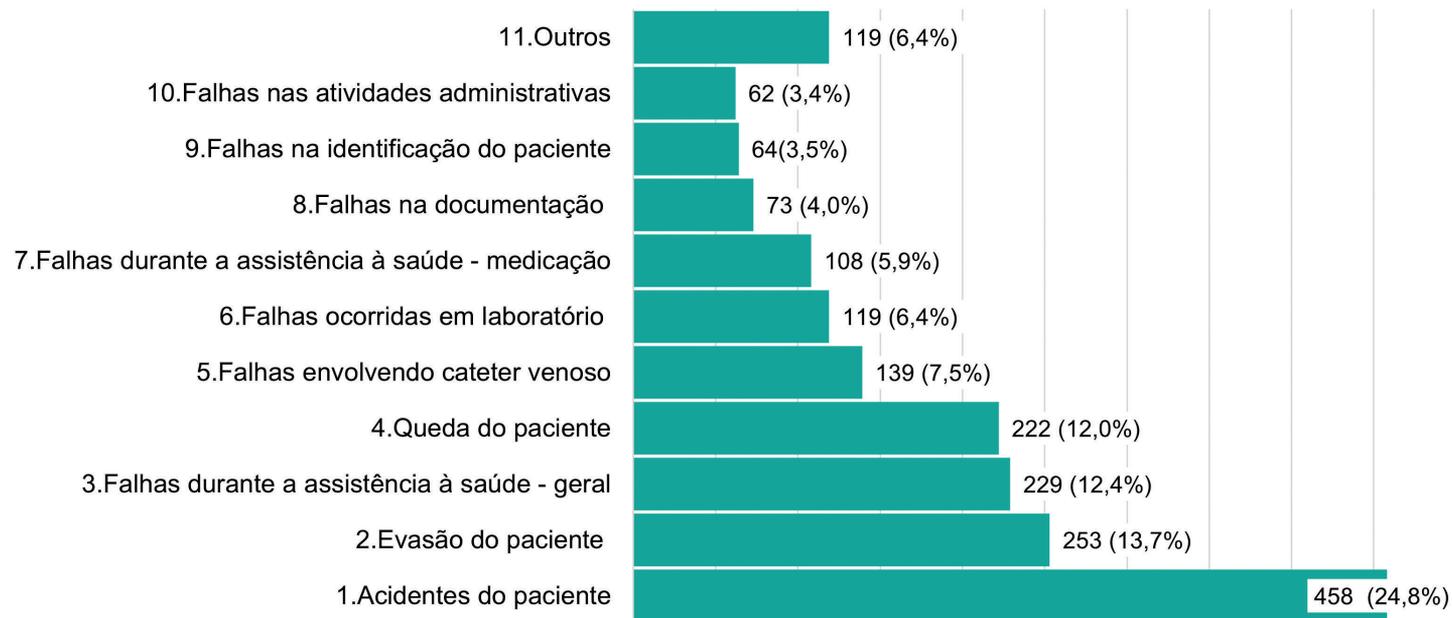
- Falhas durante a assistência em saúde
- Falhas na identificação do paciente

As **Tabelas 7 e 8** apresentam a relação dos **tipos de incidentes e eventos adversos** após a reanálise destas notificações (**Gráficos 9 e 10**). Outrossim, na intenção de favorecer um maior detalhamento os tipos de eventos adversos sofreram um detalhamento na categorização, como estratégia de se conhecer melhor as especificidades e, consequentemente, facilitar que intervenções de apoio sejam fornecidas aos Núcleos de Segurança do Paciente (**Tabelas 9 a 15 e Gráficos 11 a 18**).

**TABELA 7** - Distribuição dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) notificados no NOTIVISA 2.0 que atingiram as pessoas no período gravídico-puerperal, conforme tipo e especificidades. Ref.: Anos 2021 e 2022.

Tipo de Evento Adverso após reanálise da notificação	F	F%
1.Acidentes do paciente	458	24,8
2.Evasão do paciente	253	13,7
3.Falhas durante a assistência à saúde - geral	229	12,4
4.Queda do paciente	222	12,0
5.Falhas envolvendo cateter venoso	139	7,5
6.Falhas ocorridas em laboratório	119	6,4
7.Falhas durante a assistência à saúde - medicação	108	5,9
8.Falhas na documentação	73	4,0
9.Falhas na identificação do paciente	64	3,5
10.Falhas nas atividades administrativas	62	3,4
11.Falhas durante procedimento cirúrgico	33	1,8
12.Falhas na administração de dietas	22	1,2
13.Outros Sistema de Informação	15	0,8
14.Lesão por pressão	14	0,8
15.Queimadura	12	0,7
16.Falhas na comunicação	10	0,5
17.Tromboembolismo venoso (TEV)	5	0,3
18.Falhas envolvendo sondas	4	0,2
19.Broncoaspiração	2	0,1
20.Extubação endotraqueal	1	0,1
21.Falhas na assistência radiológica	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>100,0</b>

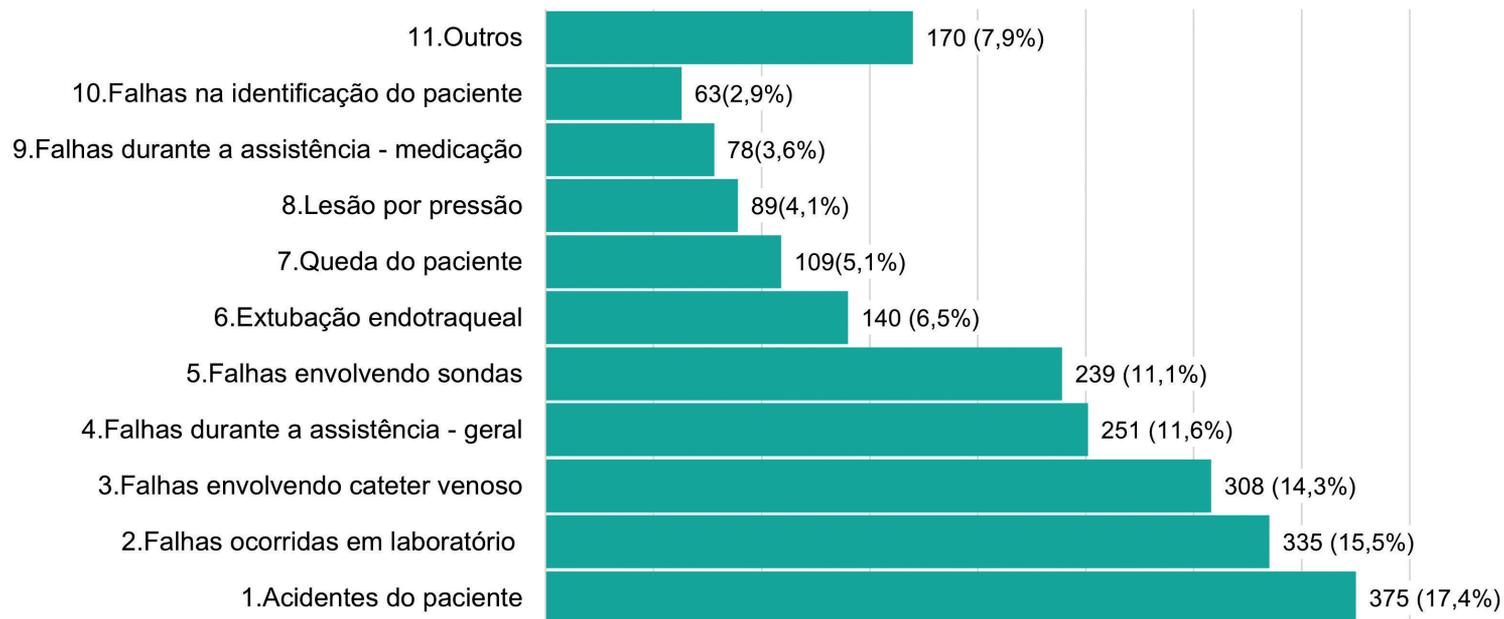
**GRÁFICO 9** - Tipos de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) que atingiram pessoas no período gravídico-puerperal. Biênio: 2021 e 2022.



**TABELA 8** - Distribuição dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) notificados no NOTIVISA 2.0 que atingiram as pessoas no período neonatal, conforme tipo e especificidades. Ref.: Anos 2021 e 2022.

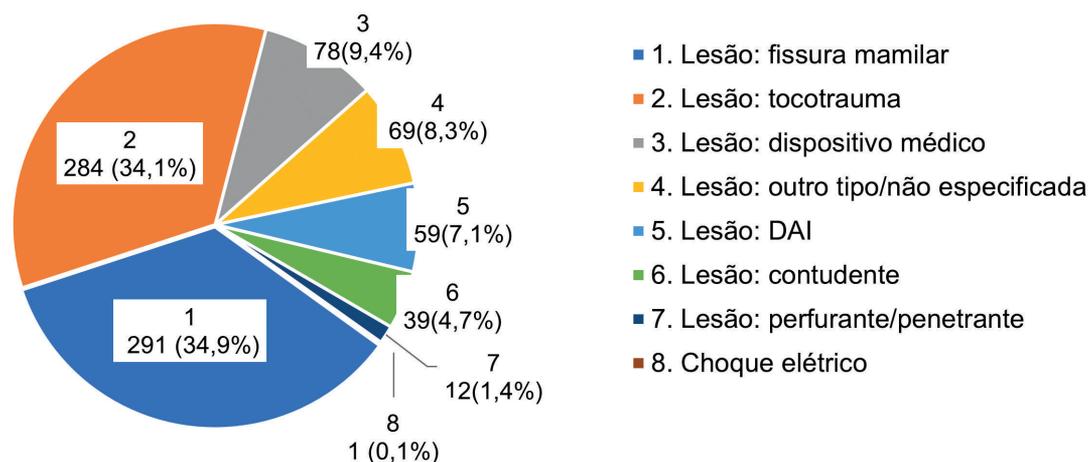
Tipo de Incidente e Evento Adverso após reanálise da notificação	F	F%
1.Acidentes do paciente	375	17,4
2.Falhas ocorridas em laboratório	335	15,5
3.Falhas envolvendo cateter venoso	308	14,3
4.Falhas durante a assistência à saúde - geral	251	11,6
5.Falhas envolvendo sondas	239	11,1
6.Extubação endotraqueal	140	6,5
7.Queda do paciente	109	5,1
8.Lesão por pressão	89	4,1
9.Falhas durante a assistência à saúde - medicação	78	3,6
10.Falhas na identificação do paciente	63	2,9
11.Falhas na documentação	42	1,9
12.Falhas na administração de dietas	33	1,5
13.Falhas nas atividades administrativas	25	1,2
14.Evasão do paciente	24	1,1
15.Queimadura	16	0,7
16.Outros Sistema de Informação	14	0,6
17.Broncoaspiração	7	0,3
18.Falhas durante procedimento cirúrgico	4	0,2
19.Falhas na comunicação	3	0,1
20.Falhas na administração de O2 ou gases medicinais	2	0,1
<b>Total</b>	<b>2157</b>	<b>100,0</b>

GRÁFICO 10 - Tipos de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) que atingiram pessoas no período neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Ao analisar as especificidades dos 833 incidentes e eventos adversos por **ACIDENTES DO PACIENTE** (458 gravídico-puerperal e 375 neonatal) foi permitido constatar que as lesões por fissura mamilar (291 – 34,9%) e de tocotrauma (284 – 34,1%) foram as mais representativas, conforme o **Gráfico 11**.

**GRÁFICO 11** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Acidente do Paciente”, ocorridas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Legenda: DAI - Dermate Associada à Incontinência (no caso à presença de urina/fezes).

As **fissuras mamilares** são consideradas como tipo de trauma, sendo motivo relevante para o abandono do aleitamento materno, visto estar associado à dor e desconforto às puérperas<sup>24</sup>.

O trauma mamilar pode ser conceituado como a alteração da anatomia normal da pele mamilar, como a presença de uma lesão primária causada pela modificação de coloração, espessura ou conteúdo líquido e não somente como uma solução de continuidade na pele. Portanto, eritema, equimose, hematoma, vesícula (lesões primárias) e edema, fissura, erosão, escoriação, abrasão, crostas e descamação (lesões secundárias) são sinais que caracterizam o trauma mamilar<sup>24,25</sup>.

Entre os recursos e métodos de avaliação deste tipo de evento destacam-se o uso de instrumentos de medidas (escalas, índices ou escore), a mensuração das lesões, a realização do exame clínico, a utilização de lupas e o uso de fotografias ampliadas. A avaliação deve ser realizada com base na anatomia normal da pele e do tecido e na fisiologia da cicatrização. Imperativo ao profissional de saúde o registro fidedigno no prontuário especificando o tamanho, as características e a detecção de exsudato e de sinais de infecção, para que a análise da evolução fique clara e segura no acompanhamento e tratamento em si<sup>24</sup>.

O período neonatal é um período vulnerável para o recém-nascido. As altas taxas de morbidade e mortalidade neonatal atestam a fragilidade da vida durante esta fase, sendo a incidência por trauma durante o nascimento de 0,8%<sup>26</sup>. É relevante ressaltar que é considerado **tocotraumatismo** quaisquer sinais ou marcas localizadas no recém-nascido, mesmo sendo apenas uma leve escarificação na pele<sup>27</sup>.

Os mecanismos que podem causar o referido trauma são mecânicos (forças compressivas e de tração) ou hipóxico-isquêmicos. Os fatores de risco mais importantes para trauma no nascimento incluem: parto com instrumento (por exemplo, fórceps médio ou extração a vácuo), primiparidade, desproporção cefalopélvica, peso ao nascer superior a 4 kg ou inferior a 2,5 kg, oligoidrâmnio, trabalho de parto e parto prolongados ou invulgarmente rápido, parto pélvico, anomalias maternas, malformações do feto, apresentações anormais e prematuridade<sup>26</sup>.

O processo de nascimento é uma mistura de compressão, contrações, torques e tração. Quando o tamanho fetal, a apresentação ou a imaturidade neurológica complicam esse evento, essas forças intraparto podem causar danos teciduais, edema, hemorragia ou fratura no neonato. O uso de instrumentação obstétrica pode amplificar ainda mais os efeitos de tais forças ou pode induzir lesões. Sob certas condições, o parto cesáreo até pode ser uma alternativa aceitável, mas isso proporciona um parto sem lesões. Sabe-se que as suturas cranianas são maleáveis e a movimentação do canal de parto pode, dependendo da agressividade, romper veias causando hematomas. Salienta-se que existem três tipos de trauma perinatal, cada um com vários subtipos, que cabe aqui citar. São eles: (1) hemorragia extracraniana; (2) fratura de crânio; e (3) hemorragia intracraniana<sup>27</sup>.

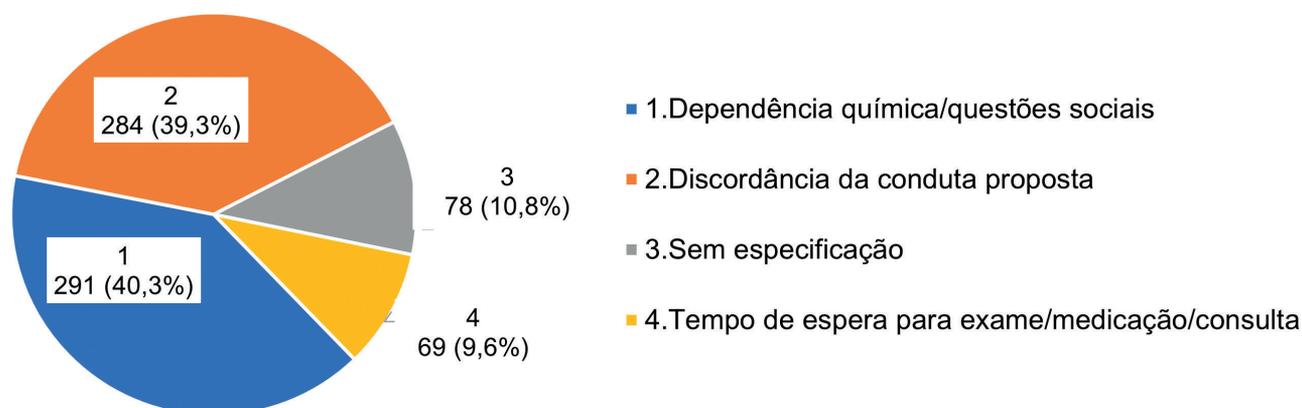
Outro ponto é que as deformações cefálicas nos tocotraumas são mais pronunciadas conforme o aumento do tempo do processo de nascimento, motivos nos quais a equipe de saúde precisa se atentar e atuar. Especialistas afirmam que as lesões traumáticas geralmente apresentam bom prognóstico e que exames de imagem como o ultrassom podem ser utilizados para diagnóstico e intervenção precoce, particularmente em bebês prematuros de muito baixo peso ao nascer<sup>26,27</sup>.

A incidência de tocotraumatismo devido ao parto difícil ou traumático é reduzida diante de um pré-natal adequado e da monitoração no transcorrer do trabalho de parto, tais condições auxiliam impossibilitando gerar lesões neurológicas<sup>26</sup>.

Conclusão do estudo reforça que as questões relacionadas com o trauma do nascimento devem fazer parte da educação básica dos profissionais de saúde que realizam parto, uma vez que a gestão bem-sucedida do processo de nascer é resultado em grande parte da qualidade da formação, do trabalho em equipe e, ainda da abordagem individualizada<sup>26</sup>.

A **EVASÃO DO PACIENTE** foi responsável por 13,7% (253) dos incidentes e eventos adversos que acometeram as pessoas no período gravídico-puerperal (**Gráfico 12**), sendo a dependência química, questões sociais e a discordância da conduta proposta pelo profissional de saúde as principais razões associadas ao acontecimento.

**GRÁFICO 12** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Evasão do Paciente” ocorridas no período gravídico-puerperal. Biênio: 2021 e 2022.



Resultados de ensaios clínicos randomizados, realizados na França, sobre as barreiras de adesão ao cuidados pré-natais e perinatais em pessoas saudáveis evidenciaram que as principais barreiras de adesão estavam relacionadas com a logística e custo de transporte para acesso ao atendimento, baixa presteza e desqualificação da atenção prestada pela equipe médica, entraves educacionais e culturais sobretudo entre as múltiparas, baixa autoestima e vulnerabilidade psicossocial<sup>28</sup>.

### Fatores preditores independentes para evasão pós-natal:

- Ocorrência anterior de abortamento
- Presença de doenças psiquiátricas.
- Desemprego.
- Baixa escolaridade.
- Uso de tabaco durante a gestação.
- Perda de um dos pais antes dos 11 anos de idade.

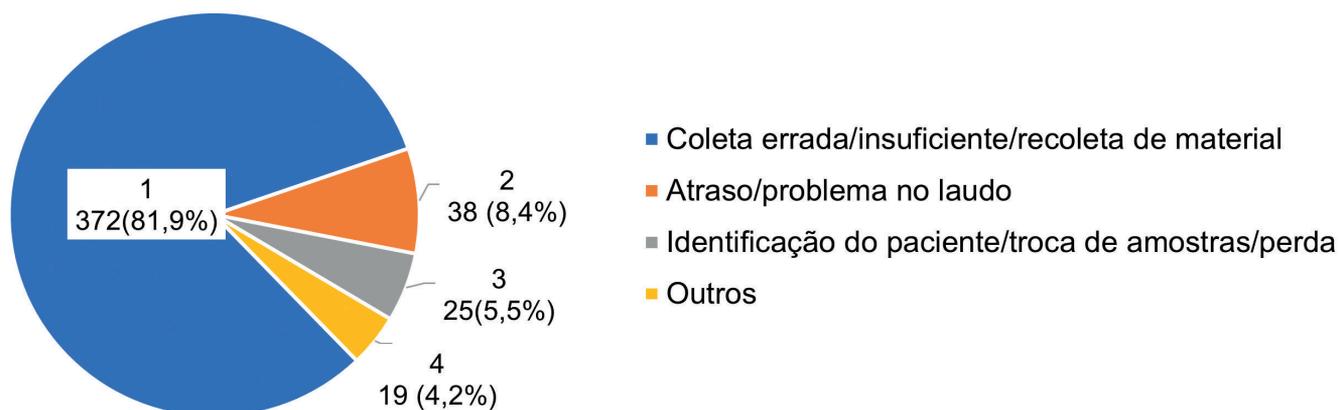
Fonte: Foulon et al(2015)<sup>28</sup>.

Em 2017, estudo desenvolvido em São Paulo com gestantes portadoras de doenças decorrentes ao uso de substâncias psicoativas e em situação de vulnerabilidade social concluiu um alto grau de abandono nos pré-natal decorrente por múltiplos fatores<sup>29</sup>.

A melhoria da relação profissional-paciente, presença de equipe multiprofissional e uma maior duração nas consultas permitindo o fornecimento efetivo de informações e educação objetivas e inteligíveis foram arroladas como motivadoras da aderência ao pré-natal. Portanto, pode-se afirmar que há necessidade de os profissionais de saúde se atentarem na identificação precoce dos fatores associados ao abandono e manutenção do foco dado às oportunidades de prevenção da evasão, aplicando atenção esclarecedora, ágil e humanizada, contribuindo na interrupção da perpetuação do ciclo de ausência de cuidados que muitas dessas pessoas se encontram.

A análise das 454 **falhas ocorridas em laboratórios** (119 gravídico-puerperal e 335 neonatal) permitiu afirmar que a fase pré-analítica foi a com maior concentração de problemas, sendo a coleta errada ou insuficiente gerando necessidade de recoleta, as justificativas mais representativas em ambos os tipos de pacientes envolvidos (372 – 81,9%), conforme o **Gráfico 13**.

**GRÁFICO 13** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Falhas ocorridas em Laboratórios” ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



O processo analítico em laboratórios possui diferentes etapas sucessivas que engloba desde a recepção do paciente, transporte e área de processamento do material coletado (fase pré-analítica), perpassa pela etapa onde a análise propriamente do material ocorre que exige rigoroso controle interno de qualidade, o que inclui a verificação de instrumentos e reagentes, como também o controle de sistemas, monitorização dos processos de análises e manutenção de soroteca, por exemplo (fase analítica) e finaliza com a emissão e liberação do laudo, que deve conter as informações de forma legível, ser assinado pelo técnico responsável e enviado ao profissional solicitante para contribuir na tomada de decisão (fase pós-analítica)<sup>30</sup>.

### Laboratório Clínico

#### FASE PRÉ-ANALÍTICA:

Se inicia com a solicitação da análise, passando pela obtenção do material biológico, e finda ao se iniciar a análise propriamente dita.

#### FASE ANALÍTICA:

Conjunto de processos, com descrição específica, utilizado na realização das análises de acordo com determinado método.

#### FASE PÓS-ANALÍTICA:

Se inicia após a obtenção de resultados válidos das análises e finda com a emissão do laudo e providências de comunicação, para a interpretação pelo solicitante.

Fonte: RDC 783/2023<sup>30</sup>

A qualidade dos serviços prestados e do laboratório como um todo está diretamente relacionada à assertividade destas fases. Portanto, conhecer, acompanhar e revisar os processos inerentes as três etapas, incluindo a certificação do cumprimento de normas sanitárias exigidas, como é o caso da RDC 783/2023<sup>30</sup> faz parte da segurança do paciente.

Outro ponto de destaque se refere ao dano material associado aos custos indevidos gerados pela coleta de exames, o que de certa maneira atrapalha a competitividade e a satisfação do atendimento propriamente dito. O custo gerencial compromete-se com a redução de gastos, isso força a revisão e adaptação dos processos de trabalho e envolve o monitoramento e avaliação do desempenho nas diferentes fases do processo analítico dos laboratórios<sup>31</sup>.

Trabalho desenvolvido em Porto Alegre/RS evidenciou que a identificação incorreta, amostra errada ou com volume insuficiente ou mesmo condições de transporte e conservação inadequadas como os problemas mais comuns. O custo por tais erros pré-analíticos poderiam ter sido evitados com treinamento da equipe, melhor remuneração, novas contratações e melhores condições nas instalações, corroborando com a melhoria na qualidade e produtividade dos trabalhadores<sup>31</sup>.

De acordo com o Notivisa 2.0, a opção “Falhas durante a assistência à saúde” representa um amplo rol de possibilidades envolvendo os processos de triagem, check up, diagnóstico, meios complementares de diagnóstico, procedimento, tratamento ou intervenção, assistência geral e até mesmo contenção física. Problemas decorrentes dessas falhas envolvem procedimentos não efetuados quando indicados e procedimento/paciente/tratamento e intervenção errados.

As **FALHAS DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE** foram responsáveis por 16,6% (666) dos incidentes e eventos adversos notificados, os mesmos foram divididos neste estudo em dois tipos distintos:

#### Falhas Durante a Assistência Geral

##### Geral (480 eventos)

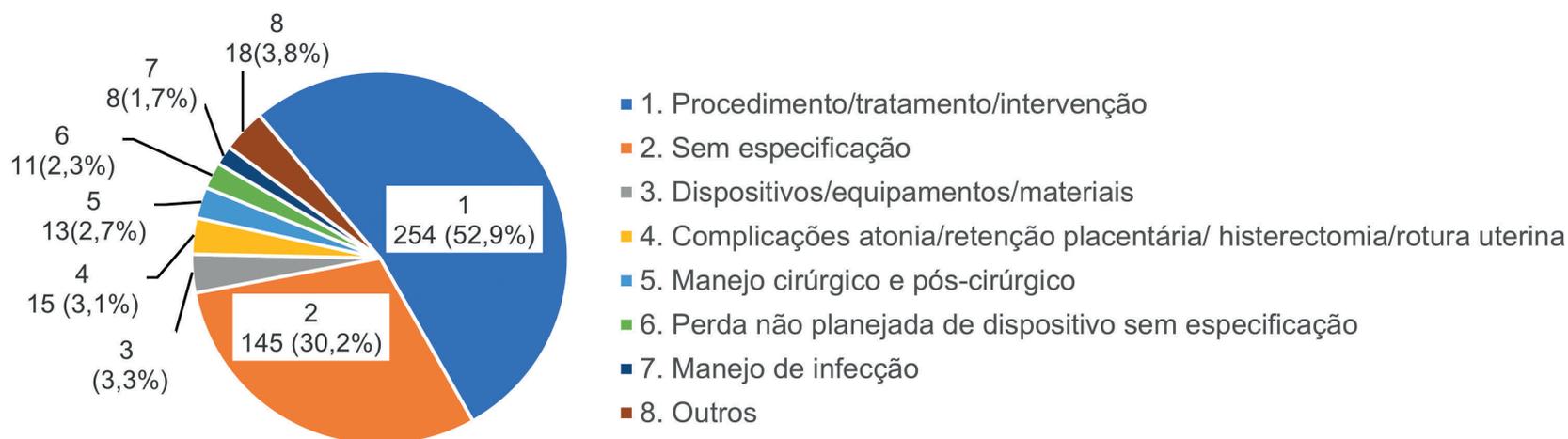
- Gravídico-Puerperal – 229 eventos
- Neonatal – 251 eventos

##### Medicação (186 eventos)

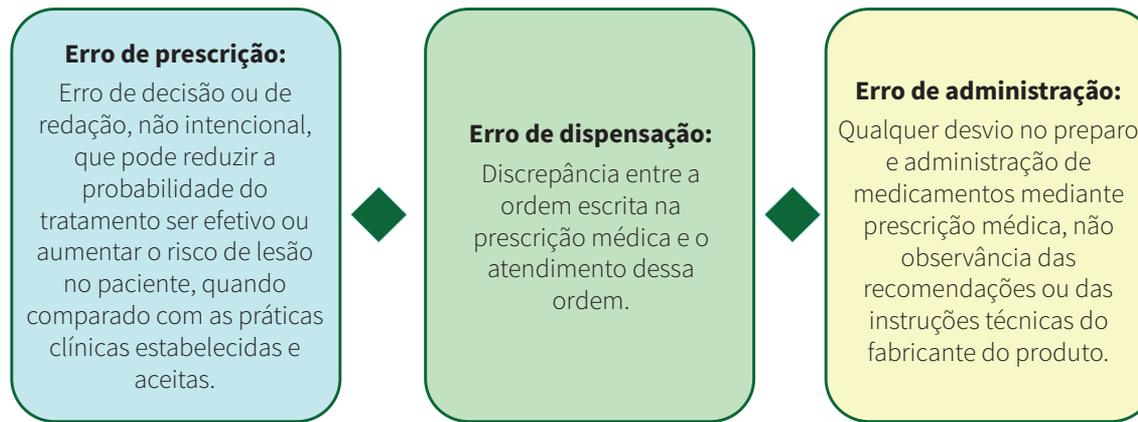
- Gravídico-Puerperal – 108 eventos
- Neonatal – 78 eventos

As falhas do **tipo geral**, em especial, reuniram aquelas relacionadas ao atraso, qualidade, utilização de protocolos diante de procedimentos, tratamentos e intervenções (**Gráfico 14**). Esse dado é ratificado nos resultados do estudo realizado no Rio de Janeiro do qual evidenciou que 86,2% dos incidentes e eventos adversos evitáveis ocorridos, durante o período de internação, estavam associadas as medidas inapropriadas para o tratamento e também por falhas decorrentes de atraso ou mesmo na qualidade diagnóstica<sup>32</sup>.

**GRÁFICO 14** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Falhas durante a Assistência à Saúde – tipo geral” ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Já as falhas do **tipo medicação** englobaram os incidentes/eventos cujo processo de medicação foi envolvido, como: prescrição, dispensação, aprazamento, administração e checagem. Os resultados revelaram que a fase de administração e de prescrição foram aquelas mais representativas com 52,7% e 15,1% dos casos respectivamente, o **Gráfico 15** traz os detalhamentos. Ressalta-se que os eventos relacionados à medicação devem ser notificados junto ao Sistema de Informação VIGIMED, disponibilizado pela ANVISA aos cidadãos, profissionais de saúde, detentores de registro de medicamentos e patrocinadores de estudos para que possam reportar suspeitas de eventos adversos relacionados aos medicamentos e vacinas. No VIGIMED as falhas do tipo medicação aqui listadas são chamadas de erros de medicação interceptados ou ocorridos<sup>33</sup>.

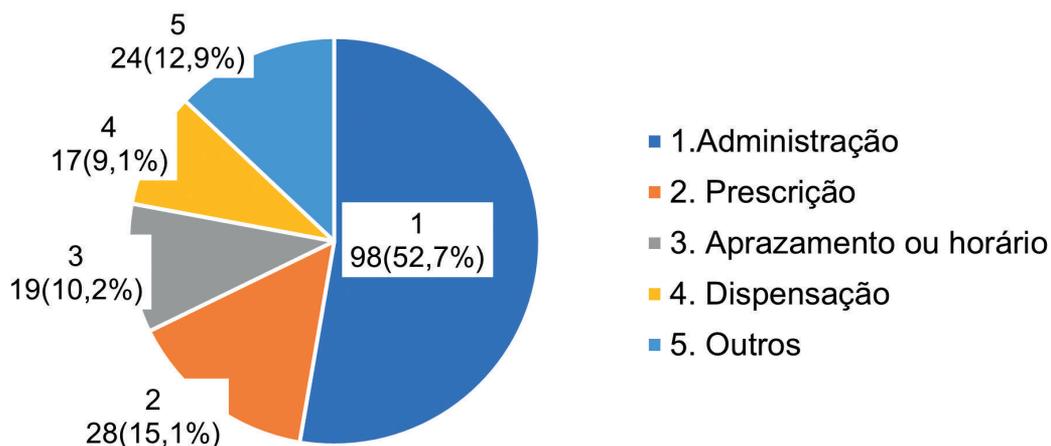


Fonte: Anacleto et al (2010)<sup>34</sup>.

Sabe-se que os erros de medicação constituem problemas recorrentes nos serviços de saúde, podendo assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde<sup>34</sup>. Ressalta-se que os erros de prescrição são avaliados como os mais sérios dentre os que ocorrem envolvendo a utilização de medicamentos. A sugestão para reverter esse problema está em 3 níveis: melhoria da formação e desenvolvimento de competências dos prescritores; controle do ambiente diante dos medicamentos de maior risco, incluindo uso de tecnologia para apoio à decisão e mudança da cultura organizacional que valorize a prescrição como ato complexo e técnico que deve ser correto<sup>35</sup>.

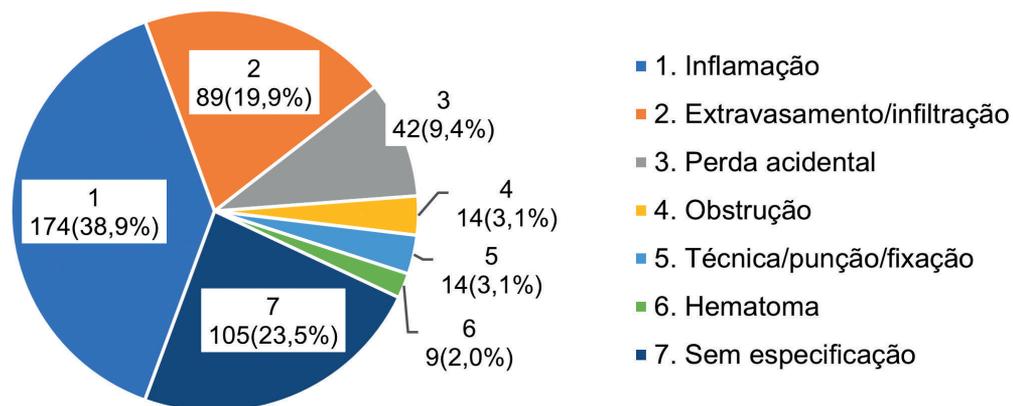
Dentre as iniciativas para favorecer a segurança do sistema de utilização de medicamentos nos serviços de saúde está o estabelecimento de um compromisso institucional de compreender que a maioria dos erros tem origem sistêmica e de criar uma cultura de segurança capaz de promover notificações e não punições.

**GRÁFICO 15** - Especificidades do Incidente/Evento Adverso “Falhas durante a Assistência à Saúde – tipo medicação” ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Já as **FALHAS ENVOLVENDO CATETER VENOSO** foram responsáveis por 11,2% (447) do total dos incidentes e eventos adversos notificados (308 - 14,3% dentre todos os eventos relacionados ao período gravídico-puerperal e 139 -7,5% de todos relacionados ao período neonatal). Foi permitido constatar que as falhas de maiores frequências foram a **inflamação** (38,9% - 174), **extravasamento/infiltração** (19,9% - 89) e **perda acidental** (42 - 9,4%) do cateter venoso periférico (CVP), conforme o **Gráfico 16**.

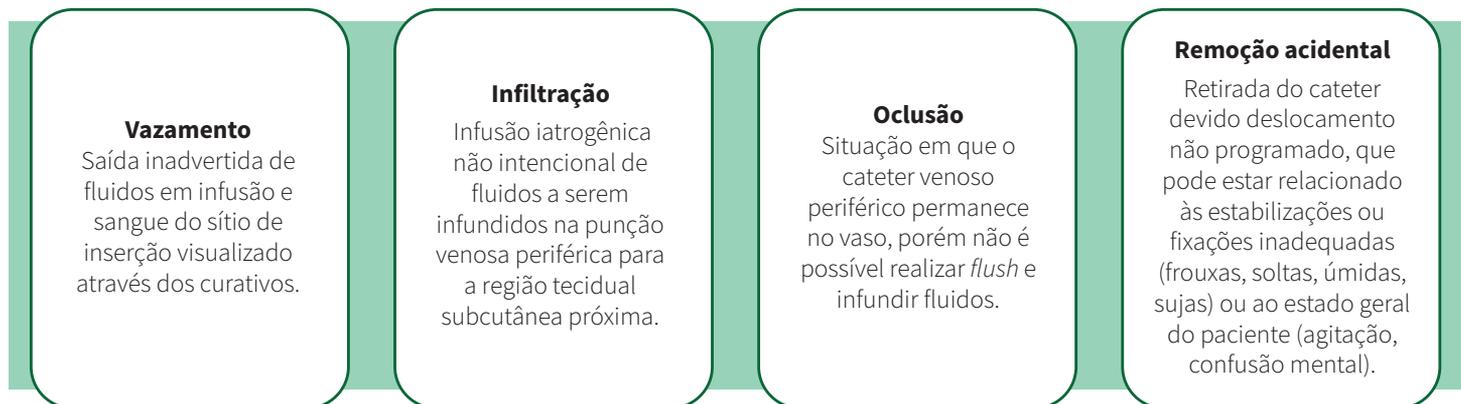
**GRÁFICO 16** - Especificidades do Incidente/Evento Adverso "Falhas envolvendo Cateter Venoso" ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



A punção venosa periférica é das práticas invasivas mais comuns empregada para a administração intravenosa de medicamentos, hemocomponentes/hemoderivados, contrastes e reposição hidroeletrólítica em pacientes. Tal procedimento rotineiro nos serviços de saúde tem sido associado às várias complicações, como: flebite, hematoma, infiltração, oclusão ou remoção acidental, o que acaba por interferir no tempo de seu uso, conseqüentemente, gerando custos e danos aos pacientes<sup>36</sup>.



A flebite pode ter origem mecânica, química, infecciosa ou pós-infusional provocando dor local, necessidade de interrupção da terapia instalada, comprometimento na punção futura, gerando desgaste ao paciente e ao profissional de saúde. Já os hematomas ocorrem em virtude das inúmeras punções na mesma veia, fragilidade capilar, uso de garrotes apertados de forma excessiva e principalmente, por transfixação durante a inserção do cateter<sup>36</sup>.



Fonte: Adaptado de Filgueira (2020)<sup>36</sup>.

Tipo de Complicações Envolvendo CVP	Variação de Incidência na Literatura
Obstrução	2% a 22%
Flebite	2,5% a 70%
Extravasamento e Infiltração	7% a 40,5%
Remoção Acidental ou Deslocamento	33% a 69%

Fonte: Adaptado de Filgueira (2020)<sup>36</sup>.

Recomenda-se ao profissional de saúde que ao realizar a punção venosa opte primeiramente, em veias mais distais (dorso da mão) antes de ascender para a veias proximais (antebraço e braço), isto porque evita locais que restrinjam os movimentos diminui os desconfortos e a redução da autonomia para as atividades diárias<sup>37</sup>.

O material utilizado na fabricação dos cateteres e seus componentes influenciam diretamente na ocorrência de complicações. Dada a especificidade de cada material, as técnicas utilizadas para a inserção devem seguir as recomendações técnicas do fabricante. A reinserção da agulha enquanto a cânula estiver no vaso é contraindicada devido aos riscos de corte da cânula e de embolismo. Interessante citar que os materiais comumente utilizados para a fabricação de cateteres são: politetrafluoretileno, poliuretano, silicone, poliamida e poliéster. Já o aço inoxidável é utilizado na fabricação de cânulas metálicas, introdutores bipartidos para a inserção de cateteres e dispositivos com asas para punção periférica; o cloreto de polivinil e o polietileno são utilizados na fabricação de introdutores. Apesar da diversidade de material, os CVP de poliuretano, de acordo com evidências científicas foram associados ao menor risco de complicações<sup>37</sup>.

Os propósitos das coberturas são os de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele, e de fixar o dispositivo no local para prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso. Enfatiza-se que as recomendações padrão ouro preconizadas para as coberturas na fixação do CVP seja o uso de filme transparente estéril com bordas reforçadas e tira de estabilização<sup>36,37</sup>.

Sendo assim, cabe ao gestor dos serviços de saúde valorizar tais recomendações postas no momento da aquisição destes materiais, bem como, incentivar o treinamento técnico para desenvolvimento das habilidades requeridas pelos profissionais de saúde envolvidos.

As **QUEDAS** constituem incidente e evento adverso responsável por 331 (8,3%) eventos notificados, sendo quase a totalidade gerando nenhuma ou leve gravidade (91% - 302). O local de maior ocorrência foi o setor de internação, contudo as quedas também ocorreram no Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. Observou-se que a presença de tontura, mal-estar e cansaço da mãe teve correlação direta com a queda, que ocorreu com a mesma frequência no banheiro e no quarto. Chamou atenção as quedas nos recém-nascidos decorrentes do cochilo ou sonolência da puérpera após amamentação (do próprio colo) ou da fixação inadequada das faixas usadas no método mãe-canguru.

Neste estudo, apesar de 109 quedas terem sido atribuídas no NOTIVISA 2.0 envolvendo recém-nascido, uma revisão detalhada a partir da leitura do campo aberto não obrigatório intitulado "informe o tipo de incidente ocorrido" pode-se afirmar a certeza de que 73 quedas atingiram de fato o recém-nascido, as 36 demais ele estava apenas envolvido.

As quedas têm expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. São definidas como deslocamento do corpo para um nível inferior à posição inicial, de forma não intencional, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. As quedas atingem qualquer indivíduo sendo que alguns grupos têm maiores probabilidades de sofrer-las. Os estudos envolvendo a ocorrência da queda em recém-nascidos são escassos, impedindo conhecer a magnitude do problema ou mesmo as práticas que poderiam ser adotadas para sua prevenção<sup>38</sup>.

Resultados de pesquisa efetuada no Hospital Universitário de São Paulo identificou que as quedas ocorreram em igual circunstâncias no que se refere ao tipo de parto ou idade das puérperas. É sugerido maior supervisão e orientação durante o processo de amamentação, visto no período pós-parto as repercussões no organismo materno, muitas vezes associadas à privação do sono<sup>38</sup>.

Dentre as lesões encontradas nos RN que sofreram quedas têm-se: contusão, edema e hiperemia em têmpora e joelho; cefalohematoma parietal, fratura parietal e dentre outros<sup>38</sup>.

Os resultados revelam que a ocorrência de **FALHAS ENVOLVENDO SONDAS** (243 – 6,1%) foram atribuídas 60,5% (243) pela perda acidental. Ressalta-se que esse evento foi predominantemente entre os recém-nascidos (59,3% – 144).

A nutrição neonatal é essencial ao crescimento e desenvolvimento de pacientes prematuros (em sua maioria) internados nas Unidades de Terapia Intensiva, sendo a dieta enteral amplamente utilizada para suprir tal necessidade. No recém-nascido há preferência da inserção de sonda na cavidade oral como forma de evitar a obstrução nasal decorrente de outro tipo de inserção (nasal). A atenção e segurança tanto do posicionamento como da identificação de alterações pressórica arterial e de frequências cardíaca e respiratória decorrente de estímulo vagal devem fazer parte do cuidado no momento da introdução da sonda, bem como, a confirmação da posição da sonda por meio de radiografia<sup>39</sup>.

Salienta-se que muitas sondas gástricas são constituídas de policloreto de polivinila (PVC) que é um produto com maior risco de absorção de ftalatos que por possuir imaturidade enzimática e renal, o RN pré-termo pode sofrer problemas reprodutivos masculinos e toxicidade hepática<sup>39,40</sup>.

Outrossim, a técnica de fixação e o tempo de uso da sonda são responsáveis pela maioria dos traumas das mucosas, favorecendo o desenvolvimento de erosão, úlceras e até necrose. Trabalho desenvolvido em hospital universitário do noroeste paulista revelou que os motivos pela saída não planejada da sonda com a retirada pelo próprio paciente ocorreram em 76,3% dos casos, associados à agitação, fixação incorreta e obstrução da via por alimentos ou medicações<sup>41</sup>. Tal evento em sua maioria teve como desfecho dano leve, ratificando o resultado do estudo corrente. Compreender os motivos que levaram a ocorrência do evento assume importância no gerenciamento do cuidado, uma vez que esse conhecimento pode oferecer pistas para implantação de barreiras e ajustes de protocolos nos serviços de saúde como um todo.

Os Incidentes/eventos adversos por **FALHAS ENVOLVENDO DIETAS** foram notificadas numa frequência pequena (1,4% - 55), sendo o atraso na entrega e a troca da dieta (36,4% - 20) e a negligência de administração (23,6% - 13) os motivos principais elencados. Esse resultado é reforçado no estudo desenvolvido em 2017 pelo serviço de nutrição de um hospital do sul do Brasil onde detectou que as principais falhas estavam relacionadas com o cumprimento da rotina (61,6%), atraso na entrega da dieta (15,1%) e falhas na comunicação (13,9%), sendo o fator humano aquele relacionado às falhas após análise dos casos estudados<sup>42</sup>.



O aumento da massa óssea, muscular e de gordura é prejudicado, em parte ou totalmente nos recém-nascidos prematuros.

### **Classificação de Prematuridade do Recém-Nascido**

Baixo peso (menor de 2500g)

Muito baixo peso (abaixo de 1500g)

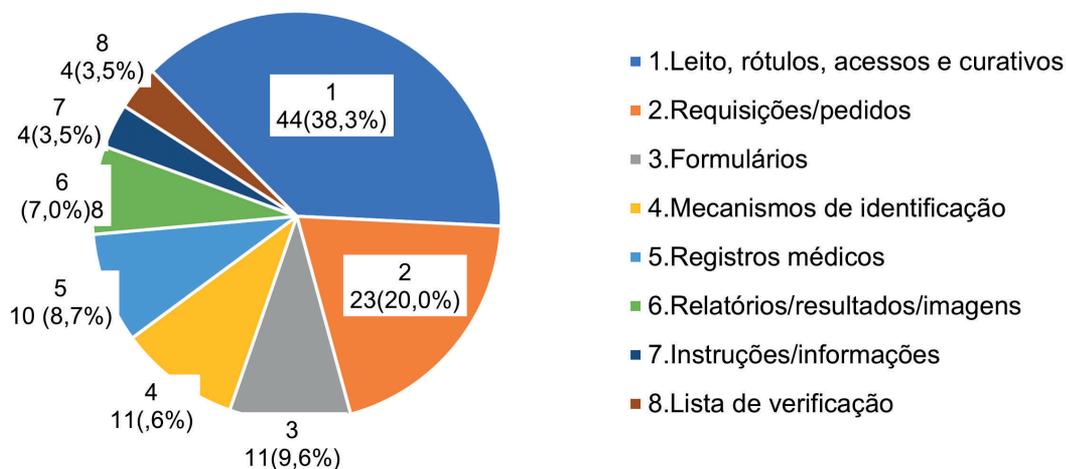
Extremamente de baixo peso (abaixo de 1000g)

O período extrauterino inicial é considerado de rápido crescimento para os prematuros, o que exige aporte adequado de nutrientes, pois só assim uma boa evolução do seu quadro, sem sobrecargas metabólicas e digestórias podem ocorrer. O cuidado nutricional reveste-se de importância, até porque se sabe que o leite materno proporciona efeitos benéficos como a melhoria da imunidade, digestão e absorção de nutrientes, função gastrintestinal e aspectos psicológicos entre a lactante e lactente. Contudo, nem sempre isso é possível, tornando-se o uso de fórmulas destinadas a atender as necessidades uma realidade. Outro ponto a ressaltar é que a coordenação sucção-deglutição é finalizada entre a 33<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana gestacional, interferindo nos reflexos primitivos, prejudicando a alimentação natural em si. Tal condição exige a utilização de nutrição enteral, que deve em muitos casos, ser iniciada tão logo quando possível (dentro das primeiras 36 horas), em volume mínimo a fim de estimular e suprir nutrientes para o desenvolvimento gastrointestinal do prematuro. Ressalta-se que conforme a evolução do prematuro, os volumes devem ser aumentados. É recomendado que a nutrição enteral seja no formato intermitente, porém, há casos que o uso contínuo seja a melhor opção, daí a necessidade de se avaliar caso a caso.

O conhecimento das equipes de nutrição e enfermagem reveste-se de grande valia, uma vez que este contribui ao cuidado seguro. Enfatiza-se que o manejo nutricional adequado inclui o tipo de alimento/dieta, o horário de início da nutrição enteral, a velocidade de infusão em conformidade com o volume da dieta e a avaliação das respostas dos RN. A avaliação com a detecção precoce dos eventos indesejados, como diarreias, hiperglicemias e até desidratação facilitam que as ações de controle e replanejamento sejam colocadas em prática.

As **FALHAS DE DOCUMENTAÇÃO** foram responsáveis por 2,9% (115) dos incidentes/eventos notificados, sendo que 42 deles atingiram as pessoas no período gravídico-puerperal e 73 no neonatal, sendo as principais razões a falta ou indisponibilidade ou informações ambíguas/ilegíveis/incompletas de algum tipo de documento. Importante informar que 43 (37,4%) desses eventos tinham sido notificados como sendo falhas de identificação (ex.: rótulos e acessos venosos) e falhas durante a assistência e que após reanálise foram considerados como falhas de documentação. O **Gráfico 17** apresenta a distribuição das falhas conforme tipo de documento envolvido, corroborando para esse resultado estudo brasileiro que revelou que dentre as inadequações de documentação destaca o não preenchimento dos cabeçalhos dos registros profissionais, os quais deveriam conter, minimamente, o nome completo do paciente, a data de nascimento e o número do registro no serviço de saúde<sup>43</sup>.

**GRÁFICO 17** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Falhas na Documentação” ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



As **FALHAS ADMINISTRATIVAS** são aquelas associadas à negligência ou inadequação no processo administrativo que envolve principalmente: admissão, alta, transferência, lista de espera e consentimento informado. Os resultados deste estudo permitiram identificar 2,4% (97) desta ocorrência, sendo aquelas onde a transferência, a identificação do paciente e a admissão as de maior frequência envolvidas.

Sabe-se o quanto que a informação deve chegar ao seu destino de maneira clara e concisa, tanto no que se refere aos profissionais envolvidos no processo, quanto ao paciente e seus familiares, garantindo assim a segurança em toda a trajetória referente à assistência<sup>44</sup>. Pesquisa-ação, prospectiva e documental desenvolvida em UTI acompanhou 209 admissões até a alta/óbito e identificou que 94% dos eventos eram relativos as falhas assistenciais e os 6% restantes decorrentes de falhas administrativas. A maioria dos incidentes administrativos (52%) estava relacionado com os processos e procedimentos clínicos não realizados, sendo aqueles diretamente ligados à documentação 8,5%, sendo somente possível sua identificação tendo em vista o acompanhamento das pesquisadoras durante as visitas médicas e de enfermagem, não estando esses problemas devidamente registrados nos prontuários<sup>45</sup>. Portanto, atuar no incentivo aos registros completos no prontuário é uma tarefa permanente que exige atenção e incentivo.

As **FALHAS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** envolvem a troca dos nomes dos pacientes, a falta de pulseiras de identificação e a falta de identificação no leito do paciente, tendo sido responsável por 3,2% (127) dos incidentes/ eventos notificados nesse estudo. O processo de identificação do paciente é essencial para garantir a segurança e a qualidade da assistência nas instituições de saúde, entretanto, é sabido que apesar do emprego de pulseira ser uma prática do cotidiano, fatores culturais, organizacionais, materiais e humanos concorrem para sua não conformidade, induzindo aos erros e eventos adversos<sup>46</sup>.



A identificação do paciente hospitalizado com pulseiras, conhecida como “bandas ou braceletes” de identidade fazem parte da indicação que consta no protocolo publicado e implantado em todo o Reino Unido, pela **National Health Service (NHS)** e **National Patient Safety Agency (NPSA)**. Salienta-se que há necessidade de adequar nos casos de pacientes especiais, como aqueles que impeçam a fixação nos membros por exemplo. Sendo assim, outras tecnologias podem ser indicadas, como: código de barras, rádio frequência e biometria, associadas ao uso da pulseira, registrando a conferência da identificação do paciente<sup>47</sup>.

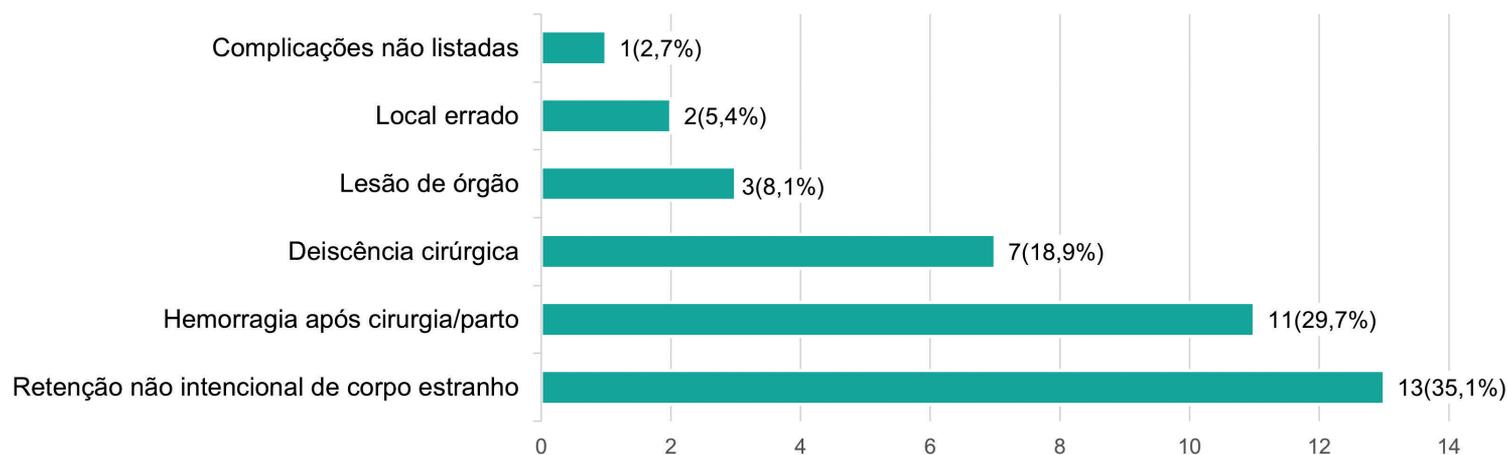
### Requisitos da Pulseira de Identificação

- **Tamanho adequado** (recém-nascidos, obesos, condições clínicas)
- **Conforto** (material antialérgico, flexível, impermeável e lavável)
- **Durabilidade** (fácil limpeza, resistente a fluídos corporais, sabões e soluções alcoólicas)
- **Técnica de impressão e aplicabilidade** (gerada e impressa por meio eletrônico, fácil leitura, espaço suficiente para gravar identificadores completos e inequívocos)
- **Cor** (branca)
- **Letra** (preta)
- **Identificadores/qualificadores** (nome completo – sobrenome em primeiro lugar com letra maiúscula, data de nascimento e número de registro no sistema nacional de saúde).

Fonte: *National Patient Safety Agency*<sup>47</sup>

Já as **FALHAS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** foram responsáveis por 0,9% (37) dos incidentes e eventos adversos notificados, tal condição é considerada como never event, evento grave que jamais deveria ocorrer. O **Gráfico 18** mostra os principais tipos dessa ocorrência.

**GRÁFICO 18** - Especificidades do Incidente e Evento Adverso “Falhas durante o procedimento cirúrgico” ocorridas no período gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Os eventos adversos cirúrgicos têm especial relevância pelo impacto sobre a saúde dos pacientes e por serem eventos preveníveis. Estudo desenvolvido para determinar o impacto e a evitabilidade dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde nos hospitais detectou que 43% dos EA eram evitáveis, sem diferenças significativas na gravidade, contudo os EA associados aos serviços cirúrgicos tinham maior probabilidade de serem graves<sup>48</sup>. Outro estudo de revisão de escopo de 25 estudos diferentes em 27 países identificou que o tipo mais comum e relatado de forma mais consistente foram os eventos operatórios/relacionados à cirurgia, seja por resultantes de complicações e lesões durante o procedimento, como sangramento pós-operatório ou necessidade de reoperação<sup>49</sup>.

A retenção inadvertida de corpo estranho na cavidade abdominal após uma cirurgia é um fato lamentavelmente real e registrado na literatura médica, contudo, os relatos e notificações são escassos, muito provavelmente, pela sua natureza esporádica e pelas implicações médico-legais, estigmatizando o ato como erro médico<sup>50</sup>.

Análises multivariadas revelam que alguns fatores aumentam significativamente esta ocorrência como são os casos das cirurgias de emergência, mudanças inesperadas e não planejadas da conduta cirúrgica e os pacientes obesos. A presença de hemorragias intensas, aderências, lesões viscerais e/ou vasculares traumáticas e múltiplas; plano anestésico lábil que permite a movimentação indesejável do paciente; auxiliares inexperientes e o controle deficiente da distribuição de material constituem outras condições facilitadoras e, portanto, devem ser valorizadas e recordadas nos planos de capacitação<sup>51</sup>.

#### **Objetos mais comumente esquecidos na cavidade abdominal:**

- Gazes
- Chumaços de algodão
- Compressas
- Instrumentos cirúrgicos
- Tubos/Drenos
- Agulhas
- Pequenos cálculos provenientes de manipulação das vias biliares

Fonte: Gawande et al<sup>51</sup>

Ressalta-se que a compressa é um material utilizado para a absorção de líquidos, sangue e outras secreções, motivo no qual é usada para fins não cirúrgico (enxugar as mãos após a escovação – paramentação) e cirúrgico (anteparo para órgãos, limpeza das cavidades). Após seu uso é desprezada, devendo sofrer conferência do quantitativo que foi utilizado requerendo, portanto, atenção na conferência a fim de evitar confusão. Quando repleta de sangue pode ficar reclusa atrás de um órgão, contribuindo para a falibilidade involuntária, motivo do qual se deve utilizar compressa com marcador radiopaco, que se torna visível à radiografia<sup>51</sup>.

## Fatores Contribuintes

Os fatores contribuintes para ocorrência de incidente e evento adverso foram identificados em 57,4% (2296) das notificações no biênio estudado. Ressalta-se que os grupos de fatores contribuintes são de 8 tipos, sendo que 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 (4 subtipos)

Há de se esclarecer que em 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 (**Quadro 1, Tabela 9 e Gráfico 19**). Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados em cada um dos tipos/subtipos.

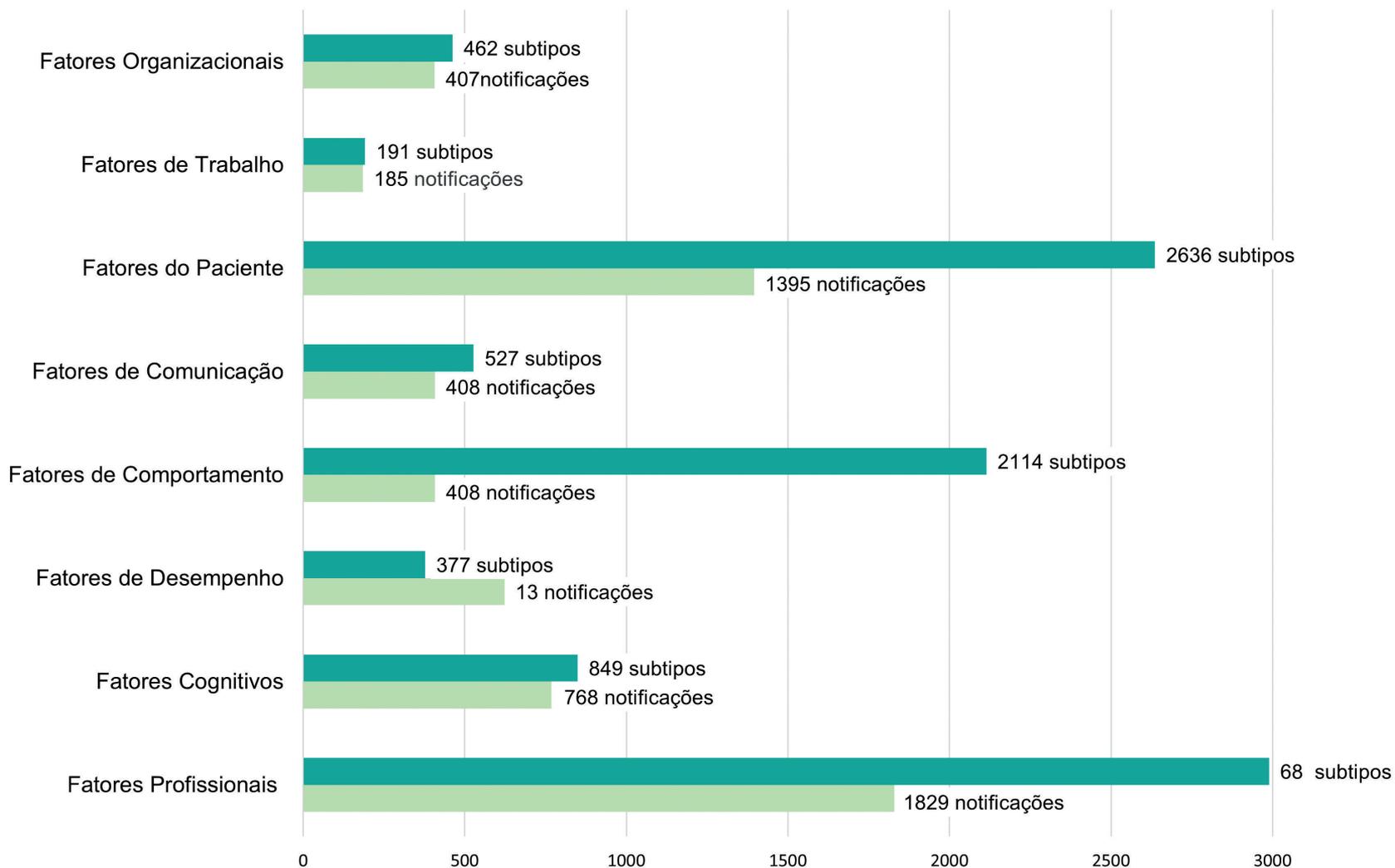
**QUADRO 1** - Fatores contribuintes na ocorrência do incidente e evento adverso (exceto óbitos) nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, conforme tipo e subtipo nas 2296 notificações identificadas. Biênio: 2021 e 2022.

Tipos de Fatores Contribuintes	Nº de notificações com indicação	Nº de Subtipos identificados
Fatores Profissionais	1829	2989
Fatores Cognitivos	768	849
Fatores de Desempenho	623	377
Fatores de Comportamento	408	2114
Fatores de Comunicação	408	527
Fatores do Paciente	1395	2636
Fatores de Trabalho	185	191
Fatores Organizacionais	407	462

**TABELA 9** - Distribuição dos fatores contribuintes identificados nos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, conforme tipo nas 2296 notificações identificadas. Biênio: 2021 e 2022.

Tipos de Fatores Contribuintes	F	F%
Fatores Profissionais	2989	29,5
Fatores Cognitivos	849	8,4
Fatores de Desempenho	377	3,7
Fatores de Comportamento	2114	20,8
Fatores de Comunicação	527	5,2
Fatores do Paciente	2636	26,0
Fatores de Trabalho	191	1,9
Fatores Organizacionais	462	4,6
	10145	100,0

**GRÁFICO 19** - Nº de Notificações com Indicação de um ou mais Fator Contribuinte para Ocorrência dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0 e o Nº de Subtipos identificados por cada tipo de fator contribuinte. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

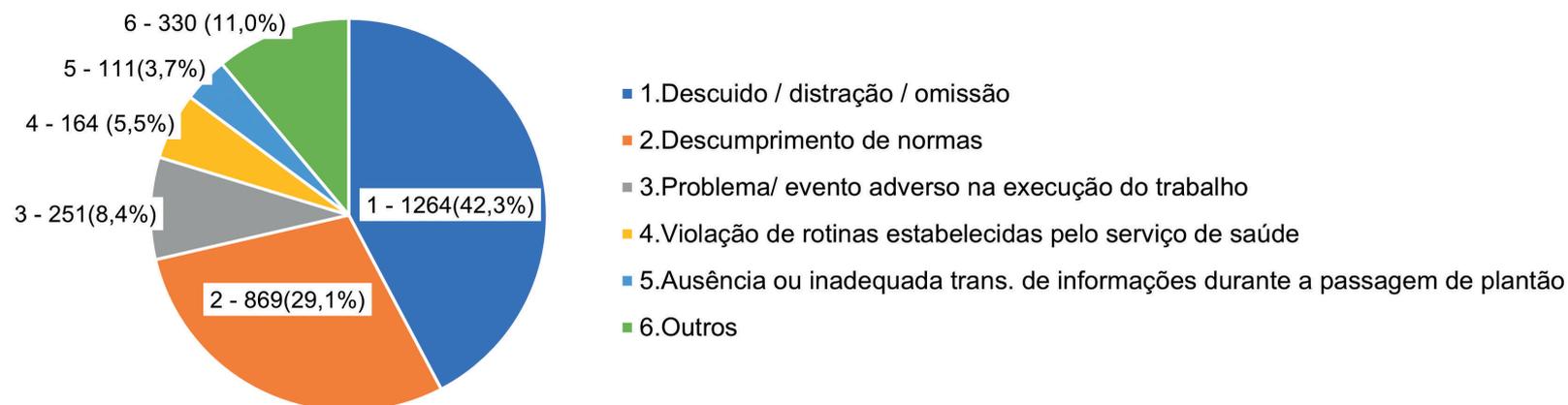


A seguir constam os dados diante da identificação de cada um dos subtipos referentes aos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) no período estudado (**Tabelas 10 a 17** e **Gráficos 20 a 27**).

**TABELA 10** - Distribuição dos Fatores Profissionais conforme subtipos identificados nas 1829 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores Profissionais	F	F%
1.Descuido / distração / omissão	1264	42,3
2.Descumprimento de normas	869	29,1
3.Problema/ evento adverso na execução do trabalho	251	8,4
4.Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	164	5,5
5.Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	111	3,7
6.Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	111	3,7
7.Comportamento arriscado / imprudente	89	3,0
8..Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	86	2,9
9.Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	37	1,2
10.Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	7	0,2
11.Problemas com uso e abuso de substâncias	0	0,0
12.Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
<b>Total</b>	<b>2989</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 20** - Fatores profissionais e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Os fatores contribuintes ligados aos profissionais com ênfase no descuido, distração e omissão (42,3%) e descumprimento de normas (29,1%) foram os de maior frequência. De acordo com evidências trazidas no relatório elaborado pelo Instituto de Medicina dos EUA, as interrupções colaboram no desencadeamento de erros, sendo o principal fator contribuinte de falhas relacionadas ao ambiente dos serviços de saúde, uma vez que comprometem a atenção<sup>4</sup>.

### **Distrações Comuns**

- **Relacionadas diretamente ao paciente** (campainhas, requisições da família e do paciente).
- **Relacionados aos dispositivos eletrônicos** (telefones, alertas luminosos, monitores e outros equipamentos com dispositivos sonoros, mensagens de texto, celulares, e-mails ou outras tecnologias de comunicação).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

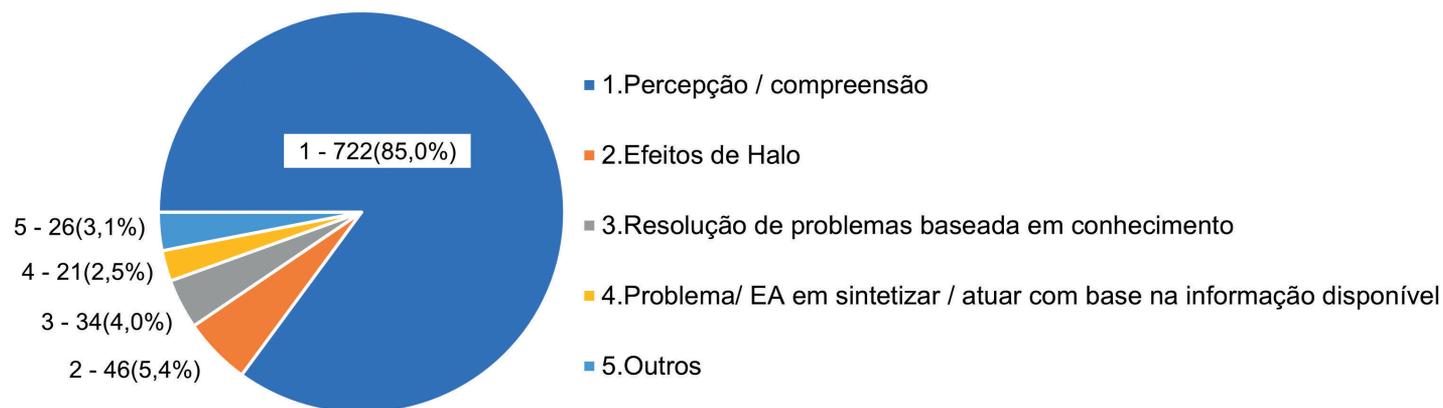
O conceito de “atenção plena” refere-se à atenção ao momento presente, a partir da qual os profissionais de saúde podem trabalhar mais eficazmente no contexto de inúmeras interrupções e distrações. O profissional de saúde que está constantemente atento ao impacto negativo de interrupções e distrações pode reagir com maior atenção, foco e concentração em seu ambiente de trabalho<sup>52</sup>.

Resultados similares foram encontrados em estudo retrospectivo, realizado em hospital privado no estado do Rio Grande do Norte, onde 61,8% dos eventos adversos ocorridos tinham como fator contribuinte o descuido e a distração<sup>53</sup>.

**TABELA 11** - Distribuição dos Fatores Cognitivos conforme subtipos identificados nas 768 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores Cognitivos	F	F%
1.Percepção / compreensão	722	85,0
2.Efeitos de Halo	46	5,4
3.Resolução de problemas baseada em conhecimento	34	4,0
4.Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	21	2,5
5.Correlação ilusória	10	1,2
6.Problemas de causalidade	9	1,1
7.Problemas de complexidade	7	0,8
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 21** - Fatores cognitivos e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Os **fatores cognitivos contribuintes** de maior frequência foram aqueles relacionados à percepção e compreensão da necessidade do cuidado ou da atividade a ser executada (85,0%). A cognição é o processo de construção do conhecimento, acumulativo de informações que adquirimos por meio da aprendizagem ou da experiência. Ela envolve um conjunto de capacidades mentais desenvolvidas ao longo dos anos, como memória, atenção, linguagem, criatividade e planejamento.

As diferentes funções cognitivas desempenham um papel nos processos de percepção, atenção, memória, raciocínio e outros. Cada uma dessas funções cognitivas funciona em conjunto para integrar os novos conhecimentos e criar uma interpretação do mundo que rodeia o profissional de saúde.

A percepção permite não apenas compreender os detalhes existentes, mas também, a identificação das nuances inseridas no processo de trabalho. A qualidade da percepção profissional pode ser desenvolvida com valorização das interações humanas e com treinos de análises e registros efetuados. Isso porque, os processos cognitivos utilizam diferentes competências para pensar, aprender, raciocinar, lembrar e prestar atenção, e conseqüentemente, decidir e agir com segurança e qualidade.

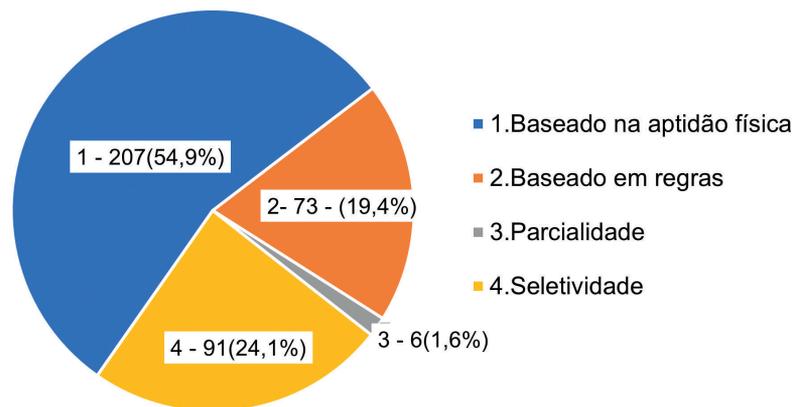
Ainda, interessante reforçar que o processamento de informações influencia o comportamento e este possui relação com os diferentes processos mentais na aquisição do conhecimento.

A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, como também, a análise da propriamente dita dos acidentes nos mais diversos ambientes de trabalho contribui de forma significativa para a prevenção e o desenho de medidas voltadas para a melhoria da segurança com a conseqüente diminuição dos riscos<sup>54</sup>.

**TABELA 12** - Distribuição dos Fatores de Desempenho conforme subtipos identificados nas 623 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores de Desempenho	F	F%
1.Baseado na aptidão física	207	54,9
2.Baseado em regras	73	19,4
3.Parcialidade	6	1,6
4.Seletividade	91	24,1
Total	377	100,0

**GRÁFICO 22** - Fatores de desempenho e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



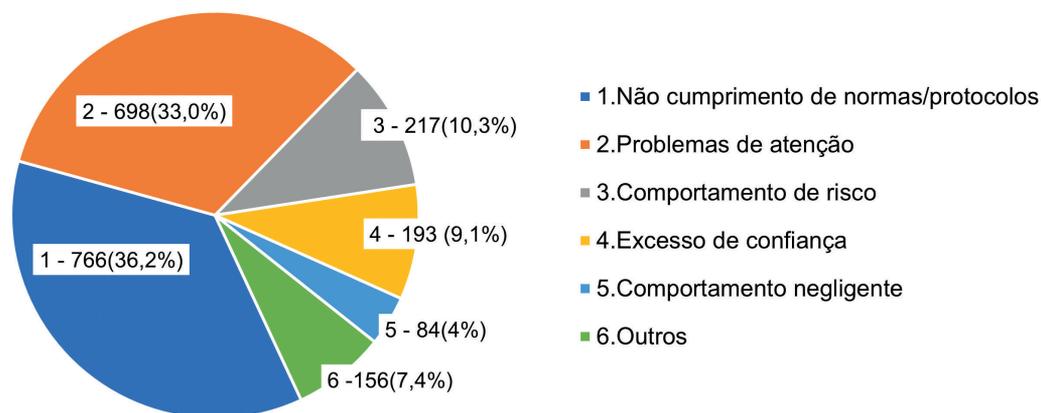
Os **fatores contribuintes ligados ao desempenho** baseados na aptidão física (54,9%), seletividade (24,1%) e em regras (19,4%) foram as de maior frequência. O deslize e o lapso com base na habilidade são comumente atribuídos às falhas no monitoramento de uma ação rotineira ou contínua devido à desatenção ou até excessiva concentração. Já o engano baseado nas normas está associado à resolução de problemas, tendo em vista que um problema exige revisão de uma ação programada que tem por base normas e conhecimentos relativos à sua execução. Interessante citar que a adição de normas cada vez mais específicas acabam por vezes aumentando a complexidade e adaptabilidade da ação em si<sup>54</sup>.

Torna-se imprescindível considerar que o produto do processo de trabalho no sistema de saúde ocorre no momento em que o mesmo é desenvolvido. A relação entre o profissional de saúde e o paciente, as circunstâncias dinâmicas e variáveis em que ela se dá limitam as possibilidades de prescrição da atividade e aumentam a necessidade de propor formas para lidar com imprevistos e intercorrências, o que acaba propiciando a ocorrência de eventos adversos<sup>54</sup>.

**TABELA 13** - Distribuição dos Fatores de Comportamento conforme subtipos identificados nas 408 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores de Comportamento	F	F%
1.Não cumprimento de normas/protocolos	766	36,2
2.Problemas de atenção	698	33,0
3.Comportamento de risco	217	10,3
4.Excesso de confiança	193	9,1
5.Comportamento negligente	84	4,0
6.Fadiga / exaustão	78	3,7
7.Fatores emocionais	64	3,0
8.Problemas com uso / abuso de substâncias	8	0,4
9.Infrações sistemáticas	6	0,3
10.Ato de sabotagem / criminal	0	0,0
<b>Total</b>	<b>2114</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 23** - Fatores de comportamento e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Os **fatores contribuintes de comportamento** mais recorrentes foram aqueles ligados ao não cumprimento de normas/protocolos (36,2%), problemas de atenção (33,0%) e comportamento de risco (10,3%). Sabe-se que as normas e os sistemas valorativos dos profissionais de saúde dentro dos espaços de saúde influenciam na sua performance, podendo alcançar a qualidade técnica e relacional desejada.

A padronização das atividades, a racionalização do trabalho e o estabelecimento de parcerias e cooperação entre profissionais podem oferecer maiores possibilidades de interação, o que favorece um comportamento justo e solidário.

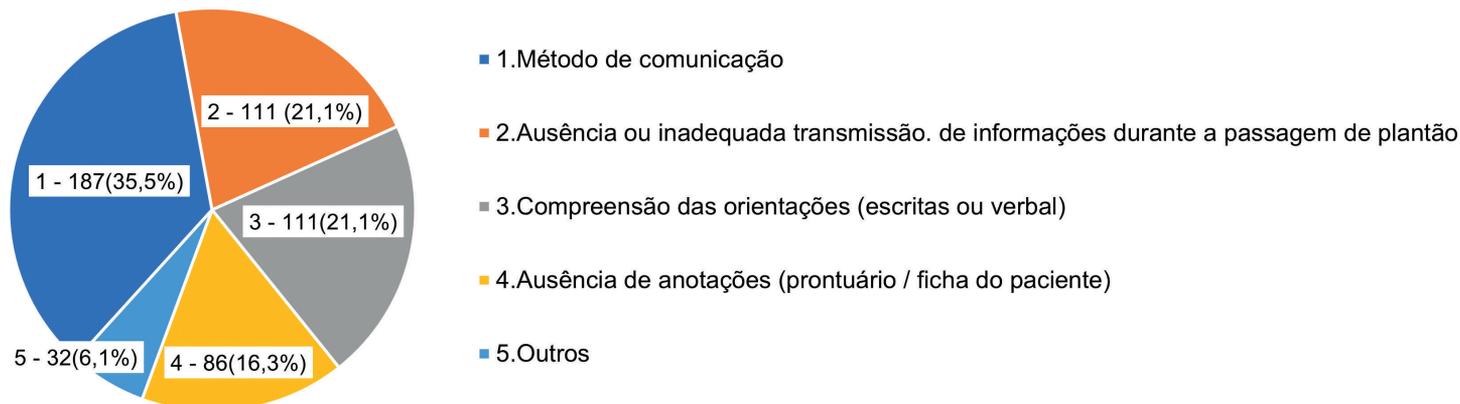
Sem sombra de dúvida, o planejamento do cuidado seguro perpassa por ações embebidas em julgamento crítico capaz de atender/responder às necessidades dos pacientes sob responsabilidade do profissional. Quando o profissional tem baixa aderência onde atua, restrita experiência e de acesso aos treinamentos ou ainda, não percebe suas limitações e autoconfiança desproposita acaba por assumir um comportamento de risco.

Outra situação são os achados de pesquisa realizada que apontam correlação entre a sobrecarga de trabalho e o risco de delegação inapropriada de profissionais menos preparados para a realização de cuidados/procedimentos. A sobrecarga de trabalho influencia negativamente na tomada de decisão, o que favorece um comportamento desajustado e de risco para a ocorrência de eventos adversos<sup>55</sup>.

**TABELA 14** - Distribuição dos Fatores de Comunicação conforme subtipos identificados nas 408 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores de Comunicação	F	F%
1.Método de comunicação	187	35,5
2.Ausência ou inadequada transmissão. de informações durante a passagem de plantão	111	21,1
3.Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	111	21,1
4.Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	86	16,3
5.Literacia em saúde	19	3,6
6.Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	7	1,3
7.Dificuldades linguísticas	6	1,1
<b>Total</b>	<b>527</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 24** - Fatores de comunicação e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Os **fatores comunicacionais contribuintes** mais frequentes para a ocorrência do incidente e evento adverso foram aqueles relacionados com o método de comunicação (35,5%), a compreensão das orientações verbais e não verbais associadas na prestação do cuidado (21,1%) e ausência ou inadequação de transmissão de informações na passagem de plantão (21,1%).

A redução de ocorrência de erros e o alcance de melhorias a favor da segurança do paciente é altamente sensível a comunicação efetiva, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor (no caso, outro profissional ou mesmo, o paciente). A comunicação é essencial para o desenvolvimento dos processos de trabalho, uma vez que ela tem estreita aproximação com a interação e entrosamento interpessoal, o que permite e fortalece o vínculo entre a equipe em si e dela com o paciente<sup>56</sup>.

Existem estudos que afirmam que as falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais têm sido uma das principais razões para incidência de erros na assistência, conseqüentemente, diminuem a qualidade em si do atendimento fornecido ao paciente<sup>57,58</sup>. As passagens de plantão, rondas nas enfermarias, trocas de turnos e reuniões de equipe são exemplos de troca de informações entre os profissionais de saúde e eles constituem exemplo onde a comunicação assume tamanha relevância na segurança do cuidado. Além disso, se deve valorizar os fatores culturais da equipe a fim de conscientizar sobre o impacto da comunicação em si.

A transmissão de informações de forma verbal e não verbal entre as profissionais feita através de registros padronizados, é considerada uma das formas mais efetivas para que a comunicação ocorra de forma clara e precisa. No entanto, é importante considerar que as condições do local, o respeito aos horários, o tempo de duração e a participação das equipes sigam uma estrutura sistematizada, com o apoio de relatórios de dados objetivos, preferencialmente informatizados, sobre as mudanças e a evolução do quadro clínico dos pacientes.

Salienta-se que a complexidade do cuidado, qualidade da formação profissional, efeito da hierarquia, quantitativo inadequado de profissionais, fadiga, estresse e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas, uso de siglas e abreviaturas não padronizadas são quesitos que influenciam na qualidade da comunicação<sup>55</sup>.

Uma das estratégias aplicadas para favorecer a comunicação efetiva é a inclusão de maneiras padronizadas de fornecer informações do paciente, como é o caso da ferramenta de comunicação conhecida como SBAR (Situação; Background – história prévia; Avaliação; Recomendação). Tal ferramenta é um modelo estruturado e particularmente útil para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos do paciente com linguagem crítica e conscientização<sup>55,59</sup>.

Estudos afirmam que o MIST e IMIST-AMBO constituem ferramentas comunicacionais mais eficientes e completas que o SBAR (menos específicas), devendo ser a primeira escolha na passagem das informações, em especial quando se tratar de atendimento de paciente potencialmente crítico pré-hospitalar ou de uso em transferências por unidade móvel<sup>60</sup>.

## MIST

- Mechanism (queixa médica/histórico/mecanismo)
- Injuries (investigações/lesões)
- Symptoms (Sintomas apresentados)
- Treatment (tratamento)

## IMIST-AMBO

- Identification/patient (identificação/paciente)
- Mechanism of injury/medical complaint (mecanismo/queixa)
- Injuries/information related to the complaint (lesões/ informação relacionada à queixa)
- Signs and symptoms including GCS and vital signs (sinais e sintomas incluindo escala de Glasgow)
- Treatment given and trends noted (tratamento realizado e tendências observadas)
- Allergies (alergias)
- Medications/patient's regular medications (medicamentos/uso regular de medicamentos)
- Background history/patient's past (histórico de saúde)
- Others issues (outras informações)

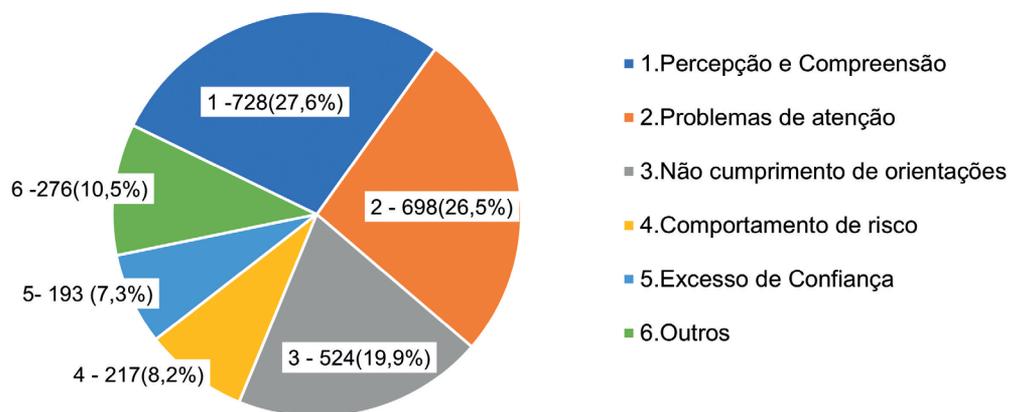
Fonte: Shah Y et al<sup>60</sup>

Outra estratégia a ser usada é a valorização da verbalização clara e repetida e o uso do *feedback* confirmativo do entendimento diante, principalmente em situações de emergência<sup>55</sup>.

**TABELA 15** - Distribuição dos Fatores do Paciente conforme subtipos identificados nas 1395 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores do Paciente	F	F%
1.Percepção e Compreensão	728	27,6
2.Problemas de atenção	698	26,5
3.Não cumprimento de orientações	524	19,9
4.Comportamento de risco	217	8,2
5.Excesso de Confiança	193	7,3
6.Comportamento negligente	84	3,2
7.Fadiga/Exaustão	78	3,0
8.Fatores emocionais	64	2,4
9.Problemas de compreensão das orientações de saúde	36	1,4
10.Problemas com uso/abuso de substâncias	8	0,3
11.Dificuldades Linguísticas	6	0,2
12.Ato de sabotagem	0	0,0
<b>Total</b>	<b>2636</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 25** - Fatores do paciente e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Dentre os fatores contribuintes ligados ao paciente mais envolvidos na ocorrência dos incidentes e eventos foram a percepção e compreensão (27,6%), problemas de atenção (26,5%) e o não cumprimento de orientações (19,9%). Interessante salientar que as características emocionais e comportamentais que o paciente apresenta no seu contexto socioambiental acabam por determinar em grande parte seu tipo de personalidade. Os traços de personalidade buscam descrever e de alguma maneira prevê o comportamento humano, e não somente estados de humor persistentes. O modelo conhecido como “**Cinco Grandes Fatores**” tem sido considerado um dos mais importantes para a avaliação da personalidade humana com critérios, validade e estrutura bem estabelecidos: **Extroversão** (envolve a comunicação, altivez, dinamismo e interações sociais); **Socialização** (envolve amabilidade e confiança nas pessoas); **Neuroticismo** (envolve a vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade e depressão); **Realização** (envolve ponderação, prudência, empenho e comprometimento) e **Abertura** (envolve o interesse por novas ideias e a busca por novidades)<sup>61</sup>.

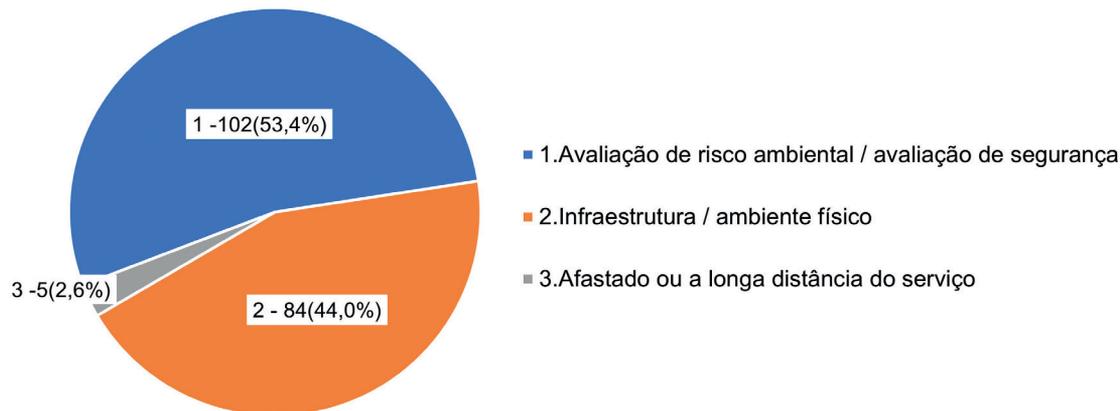
Tal condição pode clarificar as razões nas quais o paciente tem ou não facilidade para compreender e cumprir as orientações fornecidas pela equipe ao cuidá-lo. Reforça-se que os fatores de personalidade têm sido estudados nos últimos anos como componentes importantes nos comportamentos relacionadas à saúde, podendo interferir nos resultados positivos ou negativos de prevenção e tratamento de doenças, já que a saúde está ligada diretamente à maneira como as pessoas vivenciam suas emoções e o quanto lidam com as restrições advindas de um momento de fragilidade/vulnerabilidade<sup>61</sup>.

A utilização do modelo de decisão compartilhada pela equipe de saúde interfere no aumento do índice de adesão aos esquemas terapêuticos, isto porque a pessoa quando recebe explicações claras e compreensivas, o vínculo e a construção de confiança são potencializados. Sendo assim, assumir uma postura capaz de dar explicações sobre o que ocorre durante a gravidez, parto e puerpério, de certa forma auxilia na participação da assistência e conseqüente, comportamento de menor risco.

**TABELA 16** - Distribuição dos Fatores de Trabalho conforme subtipos identificados nas 185 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores de Trabalho	F	F%
1.Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	102	53,4
2.Infraestrutura / ambiente físico	84	44,0
3.Afastado ou a longa distância do serviço	5	2,6
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 26** - Fatores de trabalho e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Já os **fatores contribuintes ligados ao trabalho** mais identificados na ocorrência do incidente e evento adverso foram aqueles que mencionaram o risco proveniente da avaliação ambiental e de segurança (53,4%) e as condições de infraestrutura do ambiente físico propriamente dito (44,0%). O serviço de saúde deve possuir uma infraestrutura, que abrange elementos físicos e tecnológicos, planejada, de qualidade e segurança, uma vez que sua solidez fornece condições necessárias para a implementação de práticas que minimizem os riscos de eventos infecciosos e não infecciosos relacionados à assistência.

Ponto aqui a destacar, se refere a necessidade da manutenção de ambientes limpos e protegidos compatíveis com as atividades desenvolvidas, bem como, o gerenciamento de tecnologias, o que inclui o processo de aquisição, guarda, distribuição, descarte e rastreabilidade dos produtos de interesse à saúde em conformidade com a complexidade e os registros sanitários requeridos<sup>62</sup>.

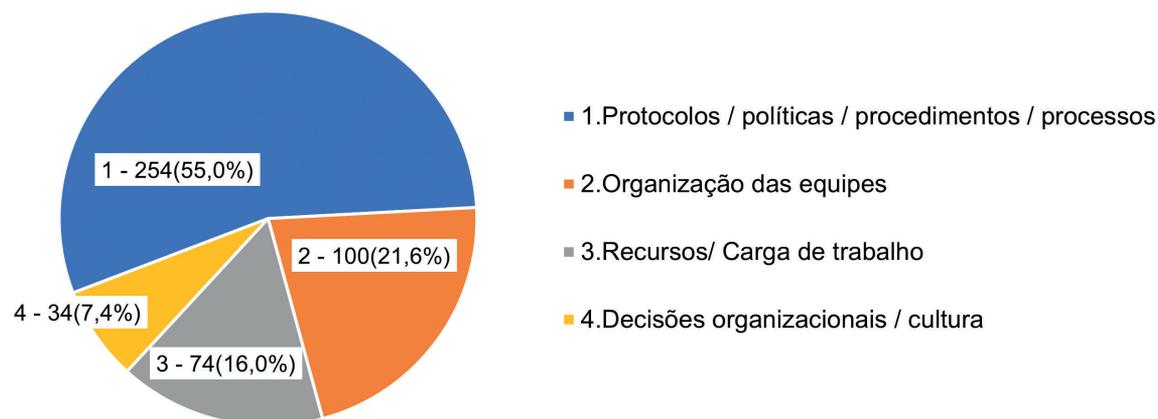
Um ambiente físico seguro e confortável pode contribuir na satisfação e bem-estar da pessoa que recebe e cuida da outra. A existência de equipamentos modernos, calibrados e em manutenção em dia e os sistemas de informação funcionantes e integrados podem melhorar a eficiência operacional, reduzir o tempo de espera, favorecer a boa performance profissional, minimizar erros e facilitar a tomada de decisões<sup>62</sup>.

Pesquisas realizadas nas maternidades no Brasil evidenciaram deficiências na disponibilidade de equipamentos, instrumentais cirúrgicos, capacitação de recursos humanos e na presença de Unidades de Terapia Intensiva, o que traz lacunas e potencialidade no sistema de saúde para atender de forma resolutiva a assistência durante o parto e o nascimento<sup>63</sup>.

**TABELA 17** - Distribuição dos Fatores Organizacionais conforme subtipos identificados nas 407 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Fatores Organizacionais	F	F%
1.Protocolos / políticas / procedimentos / processos	254	55,0
2.Organização das equipes	100	21,6
3.Recursos/ Carga de trabalho	74	16,0
4.Decisões organizacionais / cultura	34	7,4
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 27** - Fatores organizacionais e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Finalmente, **os fatores contribuintes organizacionais** na ocorrência do incidente e evento adverso de maior referência foram a presença, tipo ou conteúdo dos protocolos, políticas, procedimentos e processos envolvidos na assistência (55,0%). Os protocolos e políticas são essenciais para garantir a segurança do paciente, pois fornecem diretrizes claras e padronizadas para os profissionais de saúde seguirem. Eles ajudam a reduzir erros, melhorar a comunicação e promover um ambiente seguro para os pacientes.

Planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as pessoas no período gravídico-puerperal, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério é uma estratégia necessária. Para isso, faz-se necessária a integração das diversas unidades de atenção à saúde, iniciando na atenção básica, passando pela retaguarda ambulatorial especializada para o caso das gestações de maior risco e finalizando na rede hospitalar com suas maternidades de referência. Exige a normatização do fluxo na rede regional, bem como, o estabelecimento, divulgação e avaliação contínua de rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

A avaliação ampla do processo assistencial contribui para a busca de soluções e sensibiliza a equipe de saúde diante dos problemas e as necessidades a serem enfrentadas em cada um dos serviços de saúde. Para realizar esta avaliação, as informações relativas ao acompanhamento individual de cada paciente, o que inclui também os resultados perinatais devem ser registrados de forma completa e clara para que seja possível o monitoramento de indicadores de desempenho da assistência.

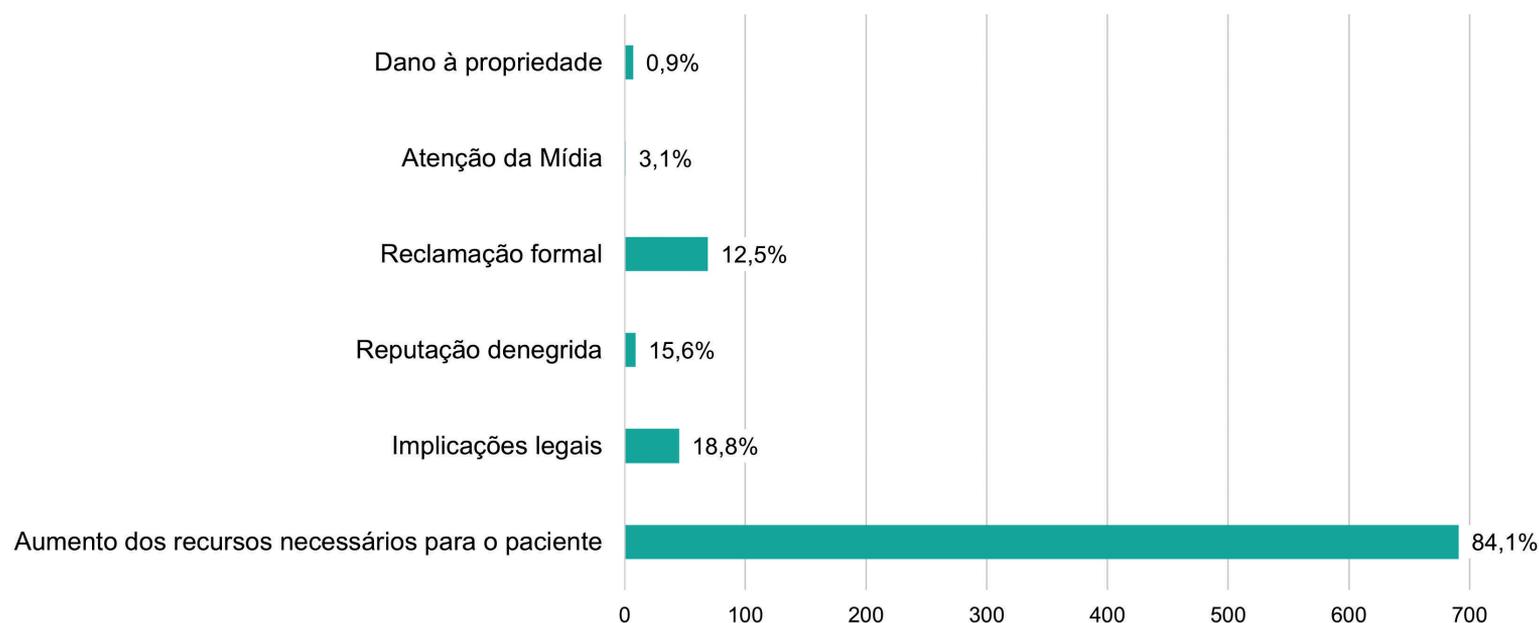
Sabe-se que os eventos adversos associados à morbimortalidade nos períodos gravídico-puerperal e neonatal são decorrentes de falhas sistêmicas oriundas de uma combinação de aspectos multifatoriais. Defende-se que a utilização de uma abordagem sistemática e estruturada para análise de incidentes sejam imperativos, visto que tais estratégias ajudam na detecção de lacunas assistenciais, conseqüentemente, apoiam os possíveis ajustes no processo de trabalho, favorecendo os profissionais e pacientes envolvidos na mitigação deste lamentável desfecho.

## Consequências Organizacionais

As **consequências organizacionais** diante do incidente/evento adverso nos serviços de saúde podem interferir não apenas na imagem da instituição, como também, na expectativa, 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, bem como, a percepção da necessidade da integração da rede de atenção.

No biênio pesquisado, as consequências organizacionais foram identificadas em 19,8% (792) das notificações dos incidentes e eventos adversos estudados. O **Gráfico 28** mostra a frequência e os tipos de consequências.

**GRÁFICO 28** - Consequências Organizacionais identificados nos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Os resultados permitem constatar que o aumento dos recursos necessários para o paciente foi a consequência de maior percentual (84,1%) já o dano à propriedade (0,9%) e atenção da mídia (3,1%) 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, que no caso totalizou 822 citações.

Os eventos adversos em grande parte das vezes trazem danos e prejuízos diversos aos pacientes, desde o aumento de sua permanência em um ambiente hospitalar, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, até as repercussões emocionais, sociais e econômicas.

O potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos ou estruturas da assistência é real, tal condição pode gerar judicialização dos casos, na busca por indenizações materiais e/ou morais, consequentemente perdas patrimoniais das instituições ou dos profissionais envolvidos.

## Detecção do Evento

A **detecção do evento adverso** indica tanto o formato como a pessoa responsável por identificar a ocorrência do incidente e evento adverso. Neste estudo o nº de notificações com indicação da forma de detecção do EA foi de 2502 (62,5%) e do responsável pela detecção foi de 2704 (67,5%).

As **Tabelas 18 e 19** apresentam o comportamento das respostas da detecção do incidente/EA, salienta-se que numa mesma notificação se pode ter mais de um tipo de forma de detecção e de responsável, porém o cálculo percentual foi feito diante número de detecções identificadas.

Detecção	Nº de notificações com indicação	Nº de formas distintas de identificação do incidente/EA
Forma	2502	2615
Responsável	2704	2815

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 18** - Distribuição das 2502 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal com indicação da forma da detecção do óbito. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Formas de Identificação do incidente/EA ocorrido	F	F%
Avaliação proativa de riscos	1095	41,9
Reconhecimento do erro	813	31,1
Alteração do estado do paciente	401	15,3
Contagem/Auditoria/Revisão	275	10,5
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	31	1,2
<b>Total</b>	<b>2615</b>	<b>100</b>

**TABELA 19** - Distribuição das 2704 notificações de incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal com indicação do responsável pela detecção do óbito. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Responsável pela Identificação	F	F%
Profissional de saúde	2431	86,4
Outro profissional do serviço de saúde	187	6,6
Próprio paciente	108	3,8
Familiar	67	2,4
Outros	22	0,8
<b>Total</b>	<b>2815</b>	<b>100,0</b>

A avaliação proativa de risco (41,9%) e o reconhecimento do erro propriamente dito (31,1%) foram as formas mais frequentes de detecção dos EA estudados, sendo o profissional de saúde, o responsável pela identificação em 86,4% dos casos.

Interessante afirmar que os mecanismos de detecção podem estar alinhados as ações intrínsecas dos sistemas de controle (ex.: como o alarme de temperatura das incubadoras, saturação de oxigênio no monitor multiparamétrico ou mesmo da bomba de infusão) ou derivar de uma postura comprometida e responsável pela situação global de cuidado propriamente dito, que envolve as habilidades do profissional em si sobre o risco e a forma de preveni-lo (ex.: raciocínio clínico, qualidade técnica diante dos procedimentos e decisão precoce diante de uma complicação)<sup>64</sup>.

O profissional que é capaz de admitir a possibilidade e a presença do erro durante o cuidado entende que sua atitude é essencial na sua prevenção. Na maioria dos casos, o erro não é um ato isolado e sim, resultante de uma sequência de eventos, que quando reconhecido pode constituir uma estratégia inteligente e responsável para além de minimizar seus efeitos, como também oportunizar a geração de conhecimento.

## Fatores Atenuantes ao Dano

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 possa ocorrer. 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; por ser reativo à ocorrência do incidente, é considerado de prevenção secundária.

Os fatores atenuantes para ocorrência dos incidentes/EA foram identificados em 50,7% (2029) das notificações analisadas. Os referidos fatores podem ser classificados em 4 tipos distintos: paciente, profissional, organização e agente. Os resultados revelam a indicação de 3662 fatores no total. Esse número maior é por conta de que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores atenuantes ao dano em um ou mais agrupamentos 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 o número de notificações que tiveram a identificação de fatores atenuantes por tipo:



Considerando que cada um desses tipos de fatores possui diferentes subtipos, é importante aqui informar seu quantitativo e distribuição.

Atenuantes	Nº de notificações com indicação do tipo	Nº de subtipos distintos com identificação
Paciente	2209	2547
Profissional	733	1091
Organização	598	577
Agente	302	309
<b>TOTAL</b>	<b>3662</b>	<b>4524</b>

A **Tabela 20** traz os dados conforme a identificação de cada um dos subtipos referentes aos incidentes/EA no biênio estudado. Salienta-se que numa mesma notificação é possível ter mais de um subtipo de fator atenuante e o cálculo percentual foi feito diante número de total de subtipos sinalizados.

**TABELA 20** - Distribuição dos 4524 subtipos de fatores atenuantes para ocorrência dos incidentes/EA (exceto óbitos) ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal identificados nas notificações no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

<b>Dirigidos ao Paciente</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	1864	41,2
Explicação/informação para o paciente	548	12,1
Pedido de desculpas	58	1,3
Paciente encaminhado	52	1,1
Pedido de ajuda	25	0,6
<b>SubTotal</b>	<b>2547</b>	<b>56,3</b>
<b>Dirigidos ao Profissional</b>		
Boa supervisão/liderança	421	9,3
Comunicação efetiva	312	6,9
Bom trabalho de equipe	283	6,3
Formação de pessoas-chave	62	1,4
Boa sorte/causalidade	13	0,3
<b>SubTotal</b>	<b>1091</b>	<b>24,1</b>
<b>Dirigidos à organização</b>		
Protocolo eficaz disponível	559	12,4
Corrigido erro de documentação	18	0,4
<b>SubTotal</b>	<b>577</b>	<b>12,8</b>
<b>Dirigidos à um agente</b>		
Medida de segurança/ambiente físico	246	5,4
Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	63	1,4
<b>SubTotal</b>	<b>309</b>	<b>6,8</b>
<b>Total</b>	<b>4524</b>	<b>100,0</b>

Os resultados revelam que dentre os fatores atenuantes ao dano os três de maior representatividade foram as medidas de gestão, tratamento e cuidado empreendidos (41,2%) e as explicações e informações dirigidas ao paciente (12,1%) e disponibilidade de protocolo eficaz dirigida à organização (12,4%).

Cabe aqui enfatizar que 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, 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. Ratifica-se que o fator de mitigação é a ação ou circunstância que objetiva prevenir ou moderar a progressão de um incidente<sup>65</sup>.

Quando um incidente e evento adverso ocorre é imprescindível que reuniões de equipe sejam realizadas para se investigar o todo e verificar os nexos causais, os recursos (in)existentes e as falhas nas barreiras de proteção em si. Tudo isso reunido servem como subsídios para avaliação do histórico situacional do paciente que deve abarcar para além da assistência local, isto é, há de se incluir uma visão globalizada, integrada e harmonizada com os diferentes pontos da rede de atenção e de vigilância. Ações devem ser implementadas considerando as necessidades elegidas a partir da investigação, com atenção especial no que se refere aos aspectos assistenciais e sanitários.

Os sistemas de notificação e aprendizagem independentemente do tipo de abordagem usada procuram coletar e reunir informações em 3 domínios principais:

**Descrição:**  
*o que acontece, onde ocorreu e quais as características do paciente e do incidente propriamente dito.*

**Explicação:**  
*por que aconteceu, os motivos/causas percebidas e os fatores contribuintes e atenuantes.*

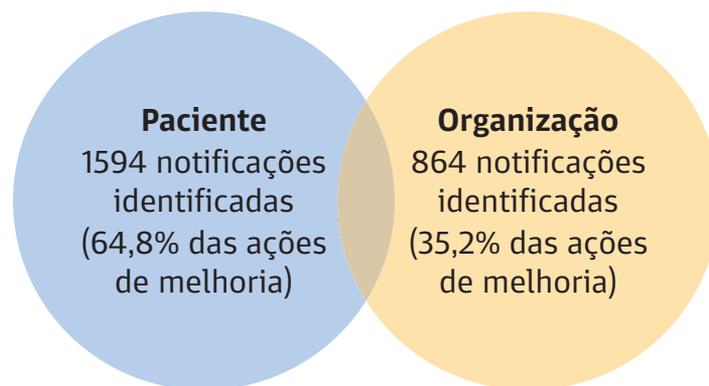
**Medidas Corretivas:**  
*quais ações tomadas como resultado, que engloba a revisão dos processos e procedimentos, as medidas educativas e mudanças organizacionais necessárias.*

Fonte: OMS<sup>66</sup>

## Ações de Melhoria

As **ações de melhoria** elaboradas diante dos incidentes/EA podem ser aquelas relacionadas ao paciente e/ou à organização e foram identificadas neste estudo em 61,4% (2458) das notificações.

O número de notificações que tiveram a identificação de ações de melhoria por tipo:



Salienta-se que numa mesma notificação é possível conter a identificação de um ou mais subtipos de ações de melhoria relacionadas ao paciente e à organização, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar os dados separadamente.

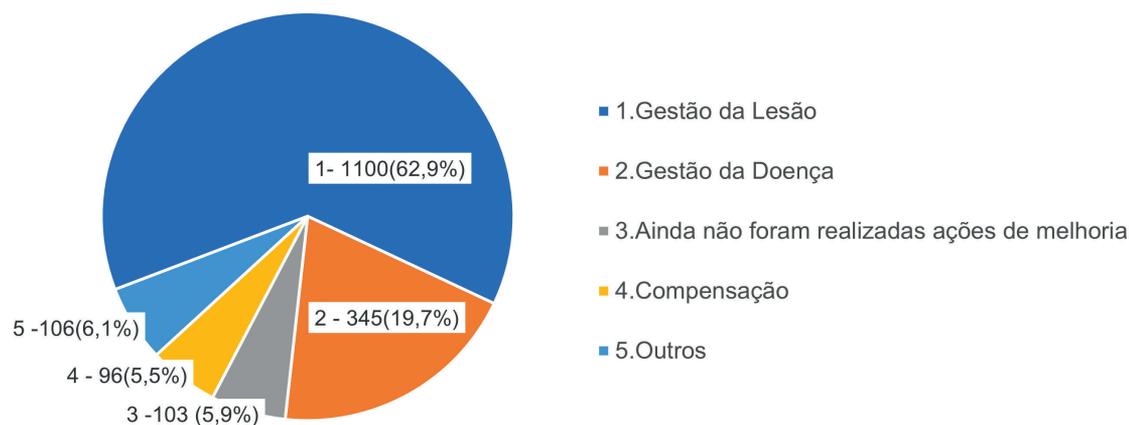
Ações de Melhoria	Nº de notificações com indicação do tipo	Nº de subtipos distintos com identificação
Paciente	1594	1750
Organização	864	1051
<b>TOTAL</b>	<b>2458</b>	<b>2801</b>

Os percentuais calculados foram baseados no total do número de subtipos de ações de melhoria apontadas (**Tabelas 21 e 22 e Gráficos 29 e 30**).

**TABELA 21** - Distribuição dos 1750 subtipos de ações de melhoria relacionadas ao paciente diante da ocorrência dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Relacionadas ao paciente	F	F%
1.Gestão da Lesão	1100	62,9
2.Gestão da Doença	345	19,7
3.Ainda não foram realizadas ações de melhoria	103	5,9
4.Compensação	96	5,5
5.Gestão da Incapacidade	89	5,1
6.Revelação/desculpa pública	17	1,0
Total	1750	100,0

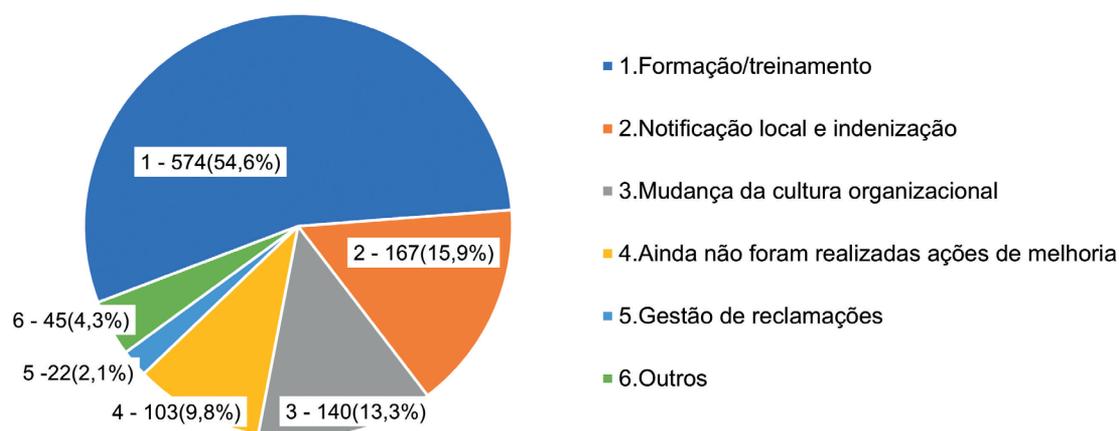
**GRÁFICO 29** - Ações de melhoria relacionadas ao paciente diante dos EA notificados. Biênio: 2021 e 2022.



**TABELA 22** - Distribuição dos 1051 subtipos de ações de melhoria relacionadas à organização diante da ocorrência dos incidentes e eventos adversos (exceto óbitos) nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Relacionadas à organização	F	F%
1.Formação/treinamento	574	54,6
2.Notificação local e indenização	167	15,9
3.Mudança da cultura organizacional	140	13,3
4.Ainda não foram realizadas ações de melhoria	103	9,8
5.Gestão de reclamações	22	2,1
6.Gestão de ação judicial/riscos	14	1,3
7.Reconciliação/mediação	13	1,2
8.Gestão do stress/acompanhamento psicológico para os profissionais	11	1,0
9.Gestão da mídia/relções públicas	7	0,7
<b>Total</b>	<b>1051</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 30** - Ações de melhoria relacionadas à organização diante dos incidentes/EA notificados. Biênio: 2021 e 2022.



Os resultados demonstram que as ações de melhoria de maior representatividade diante dos incidentes/EA estão pautadas na gestão da lesão e da doença entre aquelas relacionadas ao paciente e, ainda, à formação e treinamento, como as principais relativas à organização.

Todo o processo de trabalho envolve situações de risco, de incidentes e de formas de adoecimento, com correlação forte diante das condições infraestruturais, técnicas e tecnológicas postas. Partindo desta compreensão, destaca-se que o modo contínuo de identificar precocemente uma lesão ou mesmo uma alteração na situação de saúde do paciente, propicia possibilidades de diminuição de riscos maiores e desnecessários aos pacientes e profissionais.

Existem maneiras distintas que podem ajudar a evitar um quadro de complicação, como é o caso das hemorragias ou pelo menos, reduzir sua gravidade: **no pré-natal** (ao identificar e tratar anemia nas gestantes, valorizar o aumento nível pressórico arterial e aumentar acesso e adesão ao pré-natal); **no intraparto** (ao atentar-se pelo uso racional da ocitocina, visto o aumento do risco de hemorragia); **no pós-parto** (ao melhorar o monitoramento, fornecer ocitocina profilática, analisar a estimativa de perda volêmica)<sup>67</sup>.

Tratar a hemorragia pós-parto requer conhecer a causa, daí ser indicado o uso do mnemônico dos 4T (tônus, trauma, tecido e trombina). Quando se estratifica o risco deste tipo de hemorragia se otimiza o planejamento da assistência e se favorece a adoção precoce das medidas necessárias para seu tratamento. O sequenciamento do atendimento deve incluir a solicitação de ajuda, realização de manobra de compressão uterina, a avaliação eficiente da etiologia, a manutenção da oxigenação e da perfusão tecidual, acesso venoso de bom calibre para reposição de volemia, realização de exames laboratoriais e administração de medicamentos como é o caso do ácido tranexâmico e de uterotônicos<sup>67</sup>.

Outro ponto de destaque está no deslocamento da lesão ou da doença para as necessidades de saúde dos pacientes, o que requer a reorientação da atenção à saúde. Em outras palavras, a gestão clínica do cuidado precisa ultrapassar a dimensão biológica e deve incluir a combinação da transversal entre subjetividade, educação, segurança, responsabilidade e compromisso sanitário.

Sem sombra de dúvida, os esforços diante da revisão e ampliação do conhecimento e habilidades profissionais são considerados como estratégias favoráveis à segurança e qualidade do atendimento nos serviços de saúde. O gestor quando investe em programas de treinamento (educação continuada e permanente) propicia uma maior conscientização do papel do profissional, reconhece a necessidade de ajustes constantes nos processos de trabalho reorganizando a estrutura, contribui na integralidade, progressão e continuidade do cuidado e colabora na performance sanitária e assistencial do serviço propriamente dito<sup>66</sup>. Reforça-se aqui a educação como possibilitadora da reflexão crítica dos profissionais sobre o modo de agir cotidiano nos serviços de saúde. Como ainda, a organização em si do processo de trabalho que é capaz de potencializar a importância e força de processos ágeis, que transformam os cenários como sendo mais seguros e de qualidade, mitigando as chances de futuros EA.

## Ações para Redução do Risco

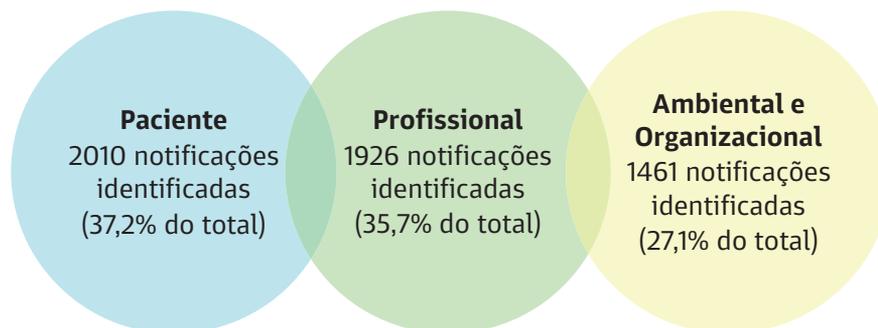
Propor **ações para a redução do risco** de incidentes e eventos adversos em pacientes é importante para garantir a segurança do paciente durante todo o processo de cuidado em saúde, minimizando a possibilidade de erros e melhorando a qualidade da assistência prestada.

Entender como e por que um incidente acontece envolve estabelecer como e por que os eventos adversos ocorreram no contexto assistencial, que é complexo e qual o papel desempenhado pelo comportamento humano nesse processo. As influências que facilitam a ocorrência de um incidente devem valorizar a compreensão e o enfretamento do risco sistêmico, para isso, cabe aos profissionais e gestores observarem as defesas, causas ou interações estabelecidas no cenário existente<sup>66</sup>.

São várias as estratégias para reduzir o risco de eventos adversos, e incluem desde a investigação dos EA, a implantação de protocolos básicos de segurança do paciente, como também, o estabelecimento de comunicação efetiva entre os membros da equipe. A exemplo é possível ratificar a relevância da disseminação e preservação das informações não apenas no momento do cuidado em si, como em toda sua transição. Além disso, o uso de produtos de interesse à saúde (medicamentos, equipamentos e outros) devem respeitar as boas práticas sanitárias o que inclui manutenção rotineira (estrutural e de equipamentos), guarda, distribuição e uso seguros. Sendo ainda, essencial propostas e realizações de treinamentos e capacitações para que a adoção de práticas corretas e em tempo ajustado sejam realizadas como uma prioridade em toda instituição de saúde.

Ao analisar as ações para reduzir o risco nas notificações dos incidentes/EA nos períodos gravídico-puerperal e neonatal verificou-se a identificação de uma ou mais ações em 68,5% (2741) das notificações.

As ações de redução do risco podem assumir três tipos de fatores, conhecidas como:



Ressalta-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais ações de redução de risco no mesmo tipo e em subtipos diferentes, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar dos dados separadamente.

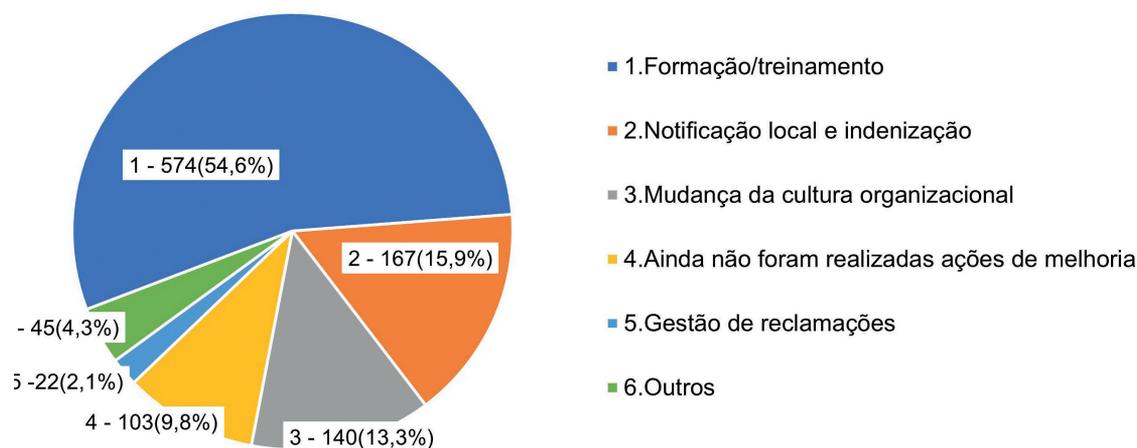
Redução do Risco	Nº de notificações com indicação do tipo	Nº de subtipos distintos com identificação
Paciente	2010	2866
Profissional	1926	3483
Ambiental e Organizacional	1461	2267
<b>TOTAL</b>	<b>5397</b>	<b>8616</b>

Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de redução ao risco identificadas (**Tabelas 23, 24 e 25 e Gráficos 31, 32 e 33**).

**TABELA 23** - Distribuição dos 2866 subtipos de ações de redução do risco diante do paciente para ocorrência dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

Ação de Redução de Risco Diante do Paciente	F	F%
1. Disponibilização de cuidados e apoio adequados	1868	65,2
2. Disponibilização de instrução e orientações para o paciente	719	25,1
3. Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	175	6,1
4. Disponibilização de equipamento de monitorização	88	3,1
5. Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	16	0,6
<b>Total</b>	<b>2866</b>	<b>100,0</b>

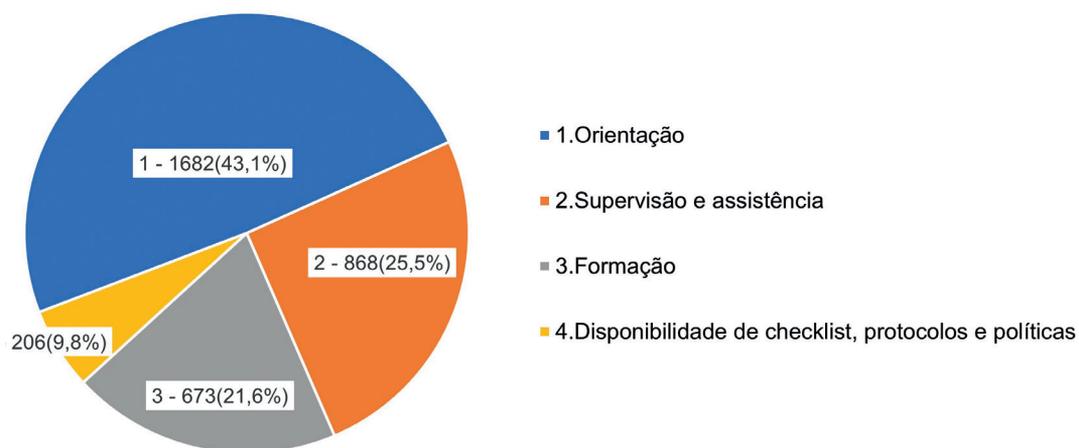
**GRÁFICO 31** - Ações de Redução de Risco para ocorrência do incidente/EA diante do Paciente. Biênio: 2021 e 2022.



**TABELA 24** - Distribuição dos 3483 subtipos de ações de redução do risco diante do profissional para ocorrência dos Incidentes e Eventos Adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022

Ação de Redução de Risco Diante do Profissional	F	F%
1.Orientação	1682	48,3
2.Supervisão e assistência	868	24,9
3.Formação	673	19,3
4.Disponibilidade de checklist, protocolos e políticas	206	5,9
5.Número de profissionais adequado à demanda	33	0,9
6.Estratégias para gestão da fadiga	21	0,6
<b>Total</b>	<b>3483</b>	<b>100,0</b>

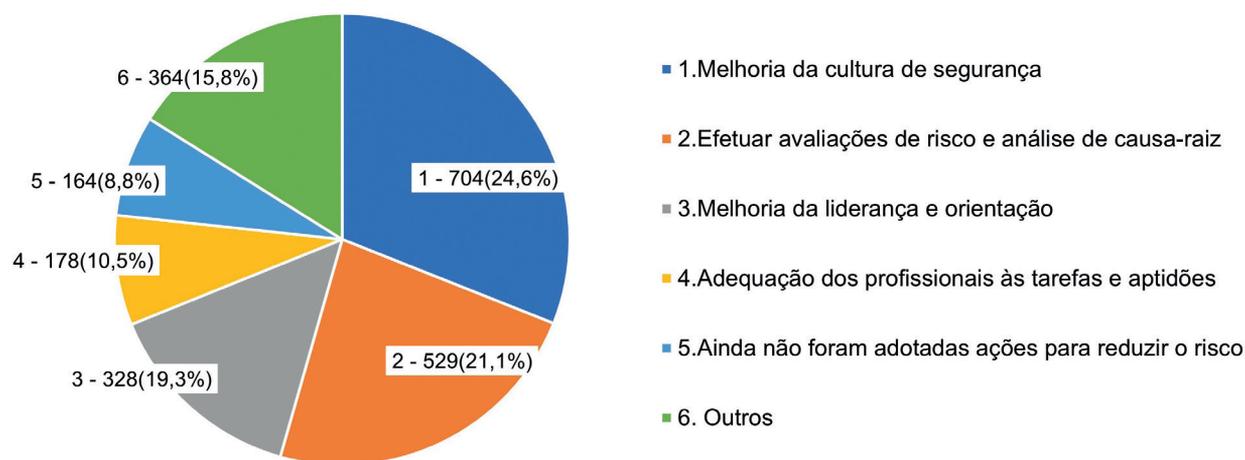
**GRÁFICO 32**- Ações de Redução de Risco para ocorrência de incidente/EA diante do Profissional. Biênio: 2021 e 2022



**TABELA 25** - Distribuição dos 2267 subtipos de ações de redução do risco diante do ambiente e organização para ocorrência dos Eventos Adversos (exceto óbitos) nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

Ação de Redução de Risco Diante do Ambiente e Organização	F	F%
1.Melhoria da cultura de segurança	704	31,1
2.Efetuar avaliações de risco e análise de causa-raiz	529	23,3
3.Melhoria da liderança e orientação	328	14,5
4.Adequação dos profissionais às tarefas e aptidões	178	7,9
5.Ainda não foram adotadas ações para reduzir o risco	164	7,2
6.Disponibilizar o rápido acesso a protocolos, políticas e apoio à decisão	144	6,4
7.Ambiente físico adequado às necessidades	129	5,7
8.Cumprir códigos, especificações e regulamentos	80	3,5
9.Providenciar acesso a um serviço	11	0,5
<b>Total</b>	<b>2267</b>	<b>100,0</b>

**GRÁFICO 33** - Ações de redução do risco diante do ambiente e organização. Biênio: 2021 e 2022



Pode-se constatar que as principais ações de redução de risco citadas com maior frequência nas notificações de Incidentes/EA foram aquelas ligadas à disponibilidade de cuidados e apoio adequado ao paciente, orientação e supervisão profissional e melhoria da cultura de segurança.

Quando se assume a importância de apoiar os pacientes em suas necessidades, incluindo as explicações sobre os ajustes fisiológicos e emocionais pertinentes à gestação, parto, puerpério e neonatal e o uso do disclosure no formato empático e honesto se potencializa o envolvimento e a adesão aos cuidados. Além disso, prepara a pessoa para o participar da assistência e do reconhecimento em tempo oportuno de possíveis complicações não apenas no período gravídico, como também puerperal<sup>69</sup>.

Fica claro que as melhorias nos processos administrativos, técnicos e de liderança beneficiam os profissionais, uma vez que ele percebe apoio diante de suas dúvidas. A liderança que sabe orientar e supervisionar de maneira sensível, responsável e sustentada no compartilhamento de saberes e fazeres acaba por favorecer a maturidade e disseminação da cultura de segurança e a redução de danos<sup>70</sup>.

A cultura de segurança do paciente é um componente estrutural dos serviços de saúde, que contribui na implantação de práticas seguras. Quando se avalia a mesma, se consegue identificar as condições ambientais e organizacionais que podem acarretar danos aos pacientes e aos próprios profissionais e permite reconhecer as potencialidades e fragilidades que podem ser úteis no norteamo de ações de melhoria de redução do risco diante do EA<sup>70</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados do **perfil dos incidentes/eventos adversos (exceto óbitos) nos períodos gravídico-puerperal e neonatal** no Estado de São Paulo no biênio 2021-2022 revelam o quanto que o envolvimento diante da problemática é preponderante e necessário. Há de se criar mecanismos de apoio aos serviços de saúde (gestores e profissionais) para que reconheçam a importância de se estabelecer e apoiar o Núcleo de Segurança do Paciente. Conforme literatura apresentada, evidenciou-se uma adesão reduzida dos serviços de saúde no que se refere às notificações junto ao NOTIVISA 2.0, bem como os EA priorizados nas notificações foram aqueles que geraram leve dano ao paciente. A média do envio da notificação junto ao Sistema em relação a data da ocorrência do evento foi de 30 dias, sendo o prazo atendido em 69,8% dos casos. A cor/raça do paciente foi um quesito deixado em branco em 27% dos casos, revelando o descompromisso diante dos registros.

Dentre as notificações estudadas apenas 22,9% tiveram todas as etapas de preenchimento realizadas, sendo as consequências geradas diante do EA a mais negligenciada e a indicação de ação de redução de risco e os responsáveis pela detecção do EA a menor. Há de se enfatizar que a utilização das análises dos EA ocorridos com a intencionalidade de identificar as principais fontes de risco, de forma a permitir uma revisão das investigações e processos de trabalho podem ser uma estratégia para reduzir riscos e danos.

A leitura detalhada dos planos de ação (daqueles existentes) e do descritivo presente no campo aberto intitulado de "Informe o tipo de incidente ocorrido" da notificação permitiu identificar a tipologia incorreta em 25,6% (1203) das notificações, tal resultado sugere a importância de conhecer os motivos desse equívoco, para que ações de melhoria sejam implementadas.

É evidente a importância das VISA municipais e regionais e da Coordenação Estadual de Humanização e Segurança do Paciente acompanharem de perto as notificações e após análise, requisitar em casos específicos, os ajustes necessários, para que os dados oficiais sejam atualizados.

Os acidentes do paciente por conta das lesões mamilares e tocotrauma, evasão do paciente devido às questões sociais e de uso de substâncias químicas (dependência química), falhas ocorridas em laboratoriais decorrentes de coleta incorreta e insuficiente e as falhas relacionadas ao uso de cateter venoso que geraram inflamação, infiltração ou extravasamento foram os quatro EA de maior representatividade.

Dentre as notificações que citaram os fatores contribuintes par ocorrência do EA(57,4% - 2296), verificou-se aqueles ligados aos profissionais (descuido, distração e omissão), aos pacientes (problemas na percepção e compreensão e não cumprimento de orientações), à cognição (percepção e compreensão das necessidades de ações de cuidado) e ao desempenho (aptidão física) foram os elencados com maior frequência.

Esses fatores dentro dos sistemas dos serviços de saúde acabam por interferir na qualidade do processo de trabalho em si e com certeza acabam por ser uma fonte geradora de risco para os EA acontecerem.

As consequências organizacionais foram identificadas de maneira reduzida nas notificações estudadas (19,8%), sendo o aumento dos recursos necessários para o paciente a de maior percentual citado e os danos à propriedade, o de menor. Já a maioria das notificações apresentou os fatores atenuantes ao dano(51%), o destaque foram as medidas empreendidas de gestão, tratamento e cuidado e as explicações e informações dirigidas ao paciente. O mesmo ocorreu com as ações de melhoria, cuja gestão da doença e da lesão foram indicadas como de maior representatividade.

Quando o serviço de saúde assume a investigação detalhada do EA, utiliza-se de *feedback* assertivos e propõe ajustes no âmbito estrutural, processual e de avaliação, o que contribui para que oportunidades de melhoria e de aprendizagem sejam implantadas, sendo motivos considerados como estratégias para reduzir o risco de eventos adversos.

Sendo assim, acredita-se que por meio da notificação e sua investigação de causa-raiz dos incidentes/eventos adversos, os profissionais tendem a melhorar a percepção dos riscos presentes nos processos de trabalho e, conseqüentemente, juntos organizar novas rotinas a fim de adotar medidas de prevenção de riscos aos eventos e ainda, da criação de barreiras capazes de impedir sua reincidência.

Os gestores dos serviços de saúde que investem em estratégias a favor da adoção da segurança do paciente, enquanto cultura organizacional, parte dos problemas e incidentes ocorridos e busca soluções em prol da aprendizagem. O empoderamento e participação dos profissionais e pacientes colaboram para que atitudes técnicas e interacionais sejam mais seguras. Ressalta-se que ao admitir a possibilidade e a presença do erro durante o cuidado é essencial não apenas para preveni-lo como também para amadurecer a cultura de segurança.

No intuito de fortalecer a cultura de segurança do paciente cabe à defesa de um modelo de gestão participativa e de políticas institucionais éticas e de qualidade com foco no atendimento às necessidades de todos os envolvidos no cuidado e ainda, na responsabilidade da realização dos disclosures requeridos.

A sugestão é que a partir desse levantamento sejam elaboradas normativas, notas e orientações técnicas (sanitárias e assistências) que possam ajudar na sinalização de pontos de alerta aos profissionais e usuários envolvidos em todo momento que perpassa a gravidez, parto, puerpério e neonatologia.

Além disso, que o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente tenha em seu bojo Equipe Técnica estruturada e com capacidade de elaborar e implantar coletivamente o Plano Integrado Estadual de Segurança do Paciente. Este documento precisa apresentar objetivos, metas e ações, bem como, evidenciar o monitoramento e avaliação do mesmo. Outro ponto, é o incentivo para a participação da avaliação da cultura e das práticas de segurança em si, pois seus resultados propiciam oportunidades para gerar conhecimento, sendo fonte de aprendizagem e da adoção de processos eficientes.

A pesquisa exclusivamente do biênio pode ser considerada como uma limitação do estudo, portanto, a sugestão de pesquisas futuras com temporalidade maior amplie a identificação e as estratégias para a mitigação dos incidentes e eventos adversos, protegendo o paciente e ampliando a qualidade do cuidado.

## 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. Proqualis [homepage na internet]. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3ointernacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso: 02 mar. 2024.
3. 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.
4. Reason J. Human error: models and management. The BMJ. 2000;320:768-770. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso: 04 mar 2024.
5. 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.
6. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em 02 mar. 2024.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Introdução à Segurança do Paciente. Módulo 1. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/1/Unidade%201%20-%20Qualidade%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20%281%29.pdf>. Acesso em 04 mar 2024.
8. Ribeiro MJF. Qualidade nos Serviços de Saúde. In: Zucchi P, Ferraz MB. Guia de economia e gestão em saúde. Séries Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar. Paulo FS et al. São Paulo: Manole; 2010. p. 434.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Silva JMP, Kale PL, Fonseca SC, Nantes T, Alt NN. Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2022;23: e20220135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/gVYYwXd8bFTDFH936qPpXbt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 07 mar 2024.
11. Langaro F, Santos AH. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. Psicol. cienc. Prof. 2014;34:625-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000782013>. Acesso: 08 mar 2024.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 8. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_gestante\\_versao\\_eletronica\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf). Acesso: 08 mar 2024.

13. World Health Organization (WHO). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 mar 2024.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso: 08 mar 2024.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2022. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso: 08 mar 2024.
16. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>. Acesso: 08 mar 2024.
17. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Linha de cuidado criança: manual de neonatologia. Almeida AP, Pedutti S (Org). 2.ed. São Paulo: SES-SP; 2018.
18. Watcher RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
19. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(2):277-83. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TjtLdg4p8zq78GQ3KdHhc7m/?format=pdf&lang=pt>, Acesso: 08 mar 2024.
20. São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde de 2024 a 2027. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2024-2027-informacoes-regionais/parte\\_1\\_pes\\_p2024-2027\\_-\\_diagnostico\\_situacional\\_-\\_versao\\_out23.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2024-2027-informacoes-regionais/parte_1_pes_p2024-2027_-_diagnostico_situacional_-_versao_out23.pdf). Acesso: 11 mar. 2024.
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](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/422/Nota_T%C3%A9cnica_n_05-2019_GVIMS-GGTES-ANVISA.pdf). Acesso: 11 mar. 2024
22. Silva FP, Correia KC, Araujo RM, Oliveira EC, Oliveira RC, Pereira EB, et al. Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE00952. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ht4XG3FCYGd5rVddPSW6cBJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 11 mar. 2024.
23. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra: WHO; 2009 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>. Acesso: 11 mar. 2024.
24. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão ACFV. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2):346-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bf4pLKX95sCLWnXgnDpPRsN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 14 mar. 2024.

25. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. *J Pediatr.* 2009;85(4):341-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/stkvCpFMLL97vz4F4TdMz9c/>. Acesso: 15 mar. 2024.
26. Rabelo NN, Matushita H, Cardeal DD. Traumatic brain lesions in newborns. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2017;75(3):180-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/mpTTfHtMGfXK5r8qKvZzqvQ/?format=pdf&lang=en>. Acesso: 15 mar. 2024.
27. Rezende Filho J. *Rezende Obstetrícia*. 14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
28. Foulon S, Greacen T, Pasquet B, Dugravier R, Saïas T, Guedeney N, Guedeney A, Tubach F. CAPEDP Study Group. Predictors of Study Attrition in a Randomized Controlled Trial Evaluating a Perinatal Home-Visiting Program with Mothers with Psychosocial Vulnerabilities. *PLoS One.* 2015;10(11):e0142495. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640666/>. Acesso: 18 mar. 2024.
29. Avilla RM. Fatores associados ao abandono do serviço de pré-natal e abrigo social para gestantes usuárias de substâncias psicoativas em maternidade pública de São Paulo. [Dissertação] São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2017. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/5eac627-7acc-4f38-bee8-7482eecd378b/content>. Acesso: 18 mar. 2024.
30. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC 783/2023. Dispõe sobre os requisitos técnico-sanitários para o funcionamento de Laboratórios Clínicos, de Laboratórios de Anatomia Patológica e de outros Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas (EAC) e dá outras providências. Disponível em: <https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2023/05/RDC-nova-786.pdf>. Acesso: 19 mar. 2024.
31. Santos PR, Silva CL, Gall MC, Grandó AC. Impacto nos custos por erros pré-analíticos em laboratórios de análises clínicas. *J Bras Patol Med Lab.* 2021;57:1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/s6bSYDWrPGZWGjw8MqDqG8H/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 19 mar. 2024.
32. Mendes W, Pavão LB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013;59(5):421-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/NfV343GkBdKZd7tfgkbThhp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 20 mar. 2024.
33. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). VIGIMED: O que é e como cadastrar? Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes/vigimed/vigimed-saiba-mais>. Acesso: 20 mar. 2024.
34. Anacleto TZ, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de Medicação. *Pharmacia Brasileira*; 2010. Disponível em: [https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte\\_farmaciahospitalar.pdf](https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf). Acesso: 20 mar. 2024.
35. Barber N, Rawlins M, Dean Franklin B. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Qual Saf Health Care.* 2003;(12 Suppl 1):i29-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14645746/>. Acesso: 20 mar. 2024.
36. Filgueira VSF. Análise de perda acidental de cateter venoso periférico em adultos e idosos com alterações cardiovasculares [Dissertação] Uberaba: Universidade Federal do Triangulo Mineiro; 2020. Disponível em: <https://bdtd.ufmt.edu.br/bitstream/tede/1048/5/Dissert%20Viviane%20S%20A%20Filgueira.pdf>. Acesso: 21 mar. 2024.
37. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso: 21 mar. 2024.

38. Torino VV, Tsunechiro MA, Santos AU, Aragaki IM, Shimoda GT. Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. *Cogitare Enfermagem*. 2016;21(4):1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653833008/html/>. Acesso: 21 mar. 2024.
39. Nascimento J, Santos IMM, Silva LJ. Cuidados com recém-nascidos alimentados por sonda gástrica: conceitos e práticas. *Texto & Contexto Enferm*. 2019;28:e20170242. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0242>. Acesso: 21 mar. 2024.
40. Mallow, E., Fox, M. Ftalatos e neonatos gravemente doentes: exposições relacionadas ao dispositivo e riscos tóxicos não endócrinos. *J Perinatol*. 2014;34, 892-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/jp.2014.157>. Acesso: 21 mar. 2024.
41. Bortolotto B, Beccaria LM, Oliveira KA, Faria JIL, Barbosa TP. Perda acidental de sonda nasogastrointestinal para aporte nutricional em uma instituição hospitalar. *Cuid Enferm*. 2020;14(1):18-23. Disponível em: <https://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v1/p.18-23.pdf>. Acesso: 21 mar. 2024.
42. Silva AS. Análise das situações de risco notificadas para o serviço de nutrição em um hospital do sul do Brasil [Trabalho de Conclusão de Curso] Rio Grande do Sul: Curso de Graduação em Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/196691/001093647.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: 21 mar. 2024.
43. Neto Junior JG. Ciclo de melhoria para uma correta identificação do paciente em hospitais oncológicos [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
44. Dainton M, Zelle ED. *Applying Communication Theory for Professional Life. A practical Introduction*. 3. ed. Sage Publications: California; 2014, 261p.
45. Santos EV, Quitério L, Gallotti RM, Novaretti MCZ. Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*. 2018;17(2):58-72. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5680/568060413005/html/>. Acesso: 21 mar. 2024.
46. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013;34 (3):196-200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>. Acesso: 25 mar.2024.
47. National Patient Safety Agency (NPSA). Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer Practice Notice; 2005. Disponível em: [http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440\\_safer\\_Patient\\_identification\\_SPN.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_safer_Patient_identification_SPN.pdf). Acesso: 25 mar.2024.
48. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14. Disponível em: doi: 10.1093/intqhc/mzp047. Acesso: 26 mar. 2024.
49. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):521. Disponível em: doi: 10.1186/s12913-018-3335-z. Acesso: 26 mar. 2024.
50. Schanaider A, Manso JEF. Corpos estranhos provenientes de acessos cirúrgicos à cavidade abdominal: aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais. *Rev Col Bras Cir*. 2006; 33(4): 250-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912006000400011>. Acesso: 26 mar. 2024.

51. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery *N Engl J Med*. 2003;348(3):229-35. Disponível em: doi: 10.1056/NEJMsa021721. Acesso: 26 mar. 2024.
52. Beyea, S. Interruptions and Distractions in Health Care: Improved Safety With Mindfulness. PSNet, AHRQ, 2014. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/interruptions-and-distractions-health-care-improved-safety-mindfulness>. Acesso: 28 mar. 2024.
53. Lima Neto AV, Silva FA, Brito GMOL, Elias TMN, Sena BAC, Oliveira RM. Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. *Enfermeria Global*, 2019; 55(7): 324-33. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt\\_1695-6141-eg-18-55-314.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt_1695-6141-eg-18-55-314.pdf). Acesso: 28 mar. 2024.
54. Nascimento NB. Segurança do Paciente Violação às Normas e Prescrições em Saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2601/ENSP\\_Tese\\_Nascimento\\_Nadia\\_Bonfim.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2601/ENSP_Tese_Nascimento_Nadia_Bonfim.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso: 28 mar. 2024.
55. Amaral RT, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Paranaguá TTB, Afonso TC, Souza ACS Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. *Rev. Rene*. 2019; 20:e41302.
56. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*. 2015; 20(3):636- 40. Disponível: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>. Acesso: 28 mar. 2024.
57. Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Di Pietro P, Sasso L, Gambino L, Passalacqua D; Emergency and Urgency Department of the IRCCS Giannina Gaslini. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(3):168-72. Disponível em: doi: 10.1016/j.ienj.2012.07.005. Epub 2012 Dec 1. PMID: 23207054. Acesso: 28 mar. 2024.
58. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. *Cogitare enferm*. 2014;19(2):287-93. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>. Acesso: 28 mar. 2024.
59. Alves M, Melo CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. *REME Rev. Min Enferm*. 2019; 23:e-1194. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622019000100240&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100240&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 28 mar. 2024.
60. Shah Y, Alinier G, Pillay Y. Clinical handover between paramedics and emergency department staff: SBAR and IMIST-AMBO acronyms. *Int Paramedic Pract*. 2016;6(2):37-44. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ippr.2016.6.2.37>. Acesso: 04 abr. 2024.
61. Thomas CV, Castro EK. Modelo dos Cinco Grandes Fatores: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2012;13(1):100-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36224324009>. Acesso: 28 mar. 2024.
62. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em 02 abr. 2024.

63. Bittencourt SD, Reis LGC, Ramos MM, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30 Sup:S208-S219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkSchnSmbLtwMBWGMY8vCfd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 01 abr. 2024.
64. Villar VCFL, Rodrigues JLSQ, Martins M, Rabello ET. Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook? *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(7):e00277421. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pjpr5LDxQXL5V7P3JZVRph/?lang=pt>. Acesso em 2 abr. 2024.
65. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Escola Anna Nery*. 2016;20(1):121-9.
66. Organização Mundial da Saúde. Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente [livro eletrônico]. Organização Mundial da Saúde; Leite FAE (Trad.). Leme, SP: Mizuno; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>. Acesso: 02 abr. 2024.
67. Alves AL, Francisco AA, Osanan GC, Vieira LB. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgicos. *FEMINA* 2020;48(11):671-9. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140183/femina-2020-4811-671-679.pdf>. Acesso: 03 abr. 2024
68. Sousa P, Mendes W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37778>. Acesso em 02 abr. 2024.
69. Albuquerque A. *Disclosure na saúde: comunicação aberta de eventos adversos*. São Paulo: Editora Dialética; 2024.
70. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto contexto-enferm*. 2018;27(3):e2670016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso: 05 abr. 2024.