



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Danielle Cristina Urbanetto Dionisio

**Análise das notificações de eventos relacionados à
segurança do paciente em ambiente hospitalar oncológico.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima.

**Botucatu
2019**

Danielle Cristina Urbanetto Dionisio

**Análise das notificações de eventos relacionados à
segurança do paciente em ambiente hospitalar oncológico.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima.

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO TÉCNICA DE
BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA
APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Dionisio, Danielle Cristina Urbanetto.

Análise das notificações de eventos relacionados à
segurança do paciente em ambiente hospitalar oncológico /
Danielle Cristina Urbanetto Dionisio. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silvana Andrea Molina Lima

Capes: 40400000

1. Gestão de riscos. 2. Erros médicos. 3. Segurança do
paciente. 4. Institutos de câncer. 5. Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Erros Médicos; Gestão de
Riscos; Institutos de Câncer; Segurança do Paciente.

Danielle Cristina Urbanetto Dionisio

**Análise das notificações de eventos relacionados à segurança do
paciente em ambiente hospitalar oncológico**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Andréa Molina Lima

Comissão Examinadora:

Prof (a) Dr (a)

Universidade

Prof (a) Dr (a)

Universidade

Prof (a) Dr (a)

Universidade

Botucatu, ____ de _____ de 2019



Dedico este trabalho

*Ao meu filho Léo
Espero que um dia entenda que o conhecimento é essencial
Sem nunca perder a humildade*

Ao meu esposo por sempre me incentivar e compreender

*À minha família
Pelo apoio, carinho e por acreditarem em mim.
A vocês todo meu amor*

*A todos os pacientes que passaram pela minha vida
Fizeram-me uma pessoa melhor
Espero ter-lhes oferecido o cuidado merecido*

Agradecimentos

Agradeço à minha família. Sem vocês o que seria de mim?

Meus pais Rogério e Sueli, por todo amor e atenção na minha educação. Vocês me ensinaram que é com dedicação que alcançamos nossos objetivos.

Obrigada por cuidarem do Léo nos momentos em que preciso estar ausente.

Sem esse apoio não poderia ter chegado até aqui.

Ao meu esposo André, que está sempre presente nas conquistas e nas dificuldades.

Obrigada por toda atenção e cuidado com nossa família. Sua compreensão e incentivo são o que me fazem buscar ser uma pessoa melhor.

Às minhas irmãs Ariane e Bruna por estarem sempre presentes.

Obrigada pelo carinho e cumplicidade. Vocês dão cor ao meu mundo.

Agradeço especialmente à minha orientadora Professora Silvana Andréa Molina Lima que com muita atenção e ternura segurou minha mão durante essa jornada.

Obrigada Professora por acreditar em mim!

Agradeço à Unesp, na figura das pessoas que cruzaram meu caminho durante o mestrado.

Aos Professores que contribuíram com nosso crescimento profissional e pessoal a cada aula ministrada, cheias de intencionalidade e amor.

À equipe da Secretaria da Pós Graduação, que nos atende com muita atenção e boa vontade.

À equipe da Central de Aulas, que sempre tem um sorriso no rosto para nos receber.

Aos mestrandos que compartilharam o dia a dia dessa jornada. Levo boas amizades comigo!

Agradeço à Professora Carmem Casquel M. Juliani e Doutora Meline Rossetto Kron Rodrigues que gentilmente participaram da banca do Exame Geral de Qualificação, pelas contribuições que favoreceram meu aprendizado.



Ao Hospital Amaral Carvalho, instituição que me acolheu como enfermeira e como pesquisadora com a aprovação da realização desse estudo.

É uma honra poder trabalhar nessa instituição.

À equipe da Gerência de Riscos, Doutor João Gabriel e Tatiana. Obrigada por me acolherem tão bem nessa equipe. Ao colega Afonso, que chegou há pouco e já me ajudou bastante.

É muito bom dividir os dias com vocês.

À equipe da Qualidade. À Fabene que desde o início me incentivou. Tamires, obrigada pelo apoio e parceria sempre.

Agradeço ao Doutor Antonio Carlos de Camargo Andrade Filho, que há alguns anos me deu a oportunidade de aprender sobre segurança do paciente e me encantar por esse assunto.

À Doutora Jacira Alves Caracik de Camargo Andrade, que esteve presente naquele tempo, pelo exemplo de pessoa e acolhimento. Agradeço ao casal pelos ensinamentos, que foram muitos.

Agradeço à banca presente na defesa dessa dissertação. À Professora Wilza Carla Spiri e Doutora Maria Eugênia Guerra Mutro, por prontamente aceitarem o convite.

Obrigada pelas valiosas considerações que engrandeceram esse estudo.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para que este trabalho fosse realizado.



*“Não podemos mudar a condição humana,
mas podemos mudar as condições sob as quais
os humanos trabalham”.*

James Reason

Resumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que segurança do paciente consiste na redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde ao mínimo aceitável. A ocorrência de incidentes no atendimento de pacientes hospitalizados pode acarretar incapacidades temporárias ou permanentes, complicações na sua recuperação e aumento no tempo médio de internação. É importante que as instituições conheçam esses incidentes, analise os fatores contribuintes para criar planos de ações de melhoria. Por essa razão, é essencial que os incidentes sejam comunicados voluntariamente pelos profissionais e os sistemas informatizados mais utilizados como ferramenta para essas notificações. O presente trabalho teve como objetivo analisar os incidentes relacionados à assistência em saúde, registrados no sistema de notificação de incidentes de um hospital especializado em oncologia do interior do estado de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa a partir de fonte secundária de dados. A análise dos dados revelou que a maioria das notificações estava adequada, evidenciando o comprometimento dos profissionais de saúde e da gestão com a segurança do paciente. Verificou-se que a maioria das ocorrências foi classificada como evento adverso com dano leve. Os principais incidentes registrados foram relacionados aos medicamentos, queda e extravasamento de quimioterápicos. O estudo leva à conclusão que o monitoramento das ocorrências de incidentes nas instituições é extremamente importante para adoção de medidas preventivas e corretivas, garantindo maior segurança do paciente. Como produto, foram elaborados um *folder* sobre a importância da notificação de incidentes na instituição de estudo e um manual de orientações sobre notificações e o monitoramento de incidentes no ambiente hospitalar.

DESCRITORES: Gestão de Riscos; Erros Médicos; Segurança do Paciente; Institutos de Câncer; Enfermagem.

Abstract

The World Health Organization (WHO) establishes that patient safety corresponds to the reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. The occurrence of incidents in inpatient care can lead to temporary or permanent disabilities, complications in their recovery and increase in the average time of hospitalization. It is important for institutions to know about these incidents, analyze the contributing factors to create plans for improvement actions. Therefore, it is essential that incidents are voluntarily reported by professionals and computer systems most used as a tool for such notifications. The present study aimed to analyze the incidents related to health care, recorded in the incident reporting system of a hospital specialized in oncology located in the interior of the state of São Paulo. It is a descriptive, retrospective study of quantitative approach from a secondary source of data. The analysis of data revealed that most of the reports were adequate, evidencing the commitment of health professionals and management to patient safety. It was found that most of the occurrences were classified as adverse events with mild damage. The main incidents reported were related to medication, fall and extravasation of chemotherapy. The study concludes that monitoring incidents occurrence in institutions is extremely important for the adoption of preventive and corrective measures, ensuring greater patient safety. As product, a folder on the importance of incident reporting in the study institution and a guidance manual on notifications and the monitoring of incidents in the hospital environment were prepared.

DESCRIPTORS: Risk management; Medical errors; Patient safety; Cancer Institutes; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Classificação de Incidentes (ICPS WHO 2009)	19
Figura 2. Fluxograma de seleção da amostra.	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Total de notificações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.....	36
Tabela 2. Número de incidentes por pacientes notificados no período. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018	37
Tabela 3. Classificação dos incidentes com relação à faixa etária e sexo dos pacientes e também turno de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018	38
Tabela 4. Incidentes por área de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018 .	39
Tabela 5. Classificação das ocorrências por tipo de incidente. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018	40
Tabela 6. Incidentes por tipo de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.	42
Tabela 7. Incidentes relacionados a medicamentos por tipo de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.....	42
Tabela 8. Setores notificantes de incidentes relacionados a medicamentos. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.....	43
Tabela 9. Incidentes com medicamentos relacionados à transcrição. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.	44
Tabela 10. Fatores contribuintes das ocorrências. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.....	44
Tabela 11. Adequação das notificações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.Incidentes ocorridos em atendimentos ambulatoriais e internações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018..... 38

Gráfico 2.Notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde no período analisado. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018..... 40

Gráfico 3.Incidência de eventos adversos por grau de dano. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018. 41

Gráfico 4.Estratificação dos eventos relacionados a medicamentos. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018. 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa..... Agência Nacional de Vigilância Sanitária

DRS..... Departamento Regional de Saúde

EA..... Evento Adverso

O FormSUS é um serviço de formulários na WEB, destinado ao
FormSUS... uso do SUS e de órgãos públicos parceiros, para atividades de
interesse público.

GRSS..... Gerência de Riscos e Segurança em Saúde

HAC..... Hospital Amaral Carvalho

IRAS..... Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde

Notivisa.. Sistema de notificações em Vigilância em Saúde

NSP..... Núcleo de Segurança do Paciente

OMS..... Organização Mundial de Saúde

SCIH..... Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SUS..... Sistema Único de Saúde

TMO..... Transplante de Medula Óssea

UDM Geral. Unidade de Dispensação de Medicamentos em Geral

UDM QT.... Unidade de Dispensação de Medicamentos Quimioterápicos

UI..... Unidade de Internação

UTI..... Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	16
2. INTRODUÇÃO.....	18
2.1 Justificativa	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivos específicos	26
4. MÉTODO	28
4.1. Campo do Estudo	28
4.1.1. Hospital onde o estudo foi realizado	28
4.1.2. Gerência de Riscos e Segurança em Saúde (GRSS).....	29
4.1.3. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	29
4.1.4. Sistema de Notificações	30
4.2. Coleta de Dados.....	31
4.3. Aspectos Éticos.....	33
4.4. Produto da Pesquisa.....	34
5. RESULTADOS	36
5.1. Incidentes notificados.....	36
5.2. Fatores Contribuintes	44
5.3. Adequação das notificações.....	45
6.PRODUTO.....	47
6.1. Folder	47
6.2. Manual de Orientações.....	47
7.DISSCUSSÃO	49
8. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE 1- Folder de orientações	65
APÊNDICE 2- Manual de Orientações.	67
ANEXO 1- Modelo de Ficha de Notificação.....	97
ANEXO 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	98



1. Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Trabalhando alguns anos na saúde pública, em Unidades de Saúde da Família, aprendi na vivência o real significado da palavra prevenção, sua importância para evitar transtornos no futuro e garantir, no presente, qualidade de vida.

Foi na assistência também que me aperfeiçoei no cuidado de pessoas com deficiência em um ambulatório da Rede de Reabilitação Lucy Montoro, o que me levou ao próximo passo dessa trajetória. E então, trabalhando em um ambulatório especializado onde a equipe multidisciplinar estava presente desde o início no planejamento das atividades e na organização do espaço físico, que pude perceber a segurança como fator essencial do cuidado. Acredito que se essa premissa estiver presente tanto na organização do ambiente, quanto no atendimento, certamente existirá uma atmosfera de satisfação que será inferida por profissionais e pacientes.

A vida me trouxe então a oportunidade de conhecer uma especialidade diferente da anterior, desta vez na oncologia, onde desde maio de 2016 atuo na área de segurança do paciente, no gerenciamento de riscos. E como os estudos sempre foram prioridade, sigo buscando conhecimento e observo cada dia mais a importância da prevenção e da segurança em primeiro lugar.



2. Introdução

2. INTRODUÇÃO

Segurança do paciente tem sido um tema muito comentado e explorado nos últimos anos, nas instituições de saúde, na mídia e também pela população, visto que há maior facilidade de acesso à informação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que segurança do paciente consiste na redução do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde ao mínimo aceitável⁽¹⁾; e esse conceito é o disseminado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil⁽²⁾. Em um de seus livros, o professor de pesquisa em segurança médica, Charles Vincent⁽³⁾ a descreve como “o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar”.

Segundo Guarilha *et al*⁽⁴⁾, esse tema se tornou uma preocupação mundial devido as implicações dos danos causados pela assistência prestada, não só ao paciente, mas também a família e profissionais de saúde. Vincent⁽³⁾ considera que apesar da conotação negativa, o aumento da ocorrência de litígios e a exposição de casos que ficaram muito conhecidos, exerceram pressão para que as reformas na segurança do paciente fossem realizadas. “Os pacientes tornaram-se muito mais atentos ao erro médico e exigem ação e maior transparência” (Vincent, 2009 p16)⁽³⁾.

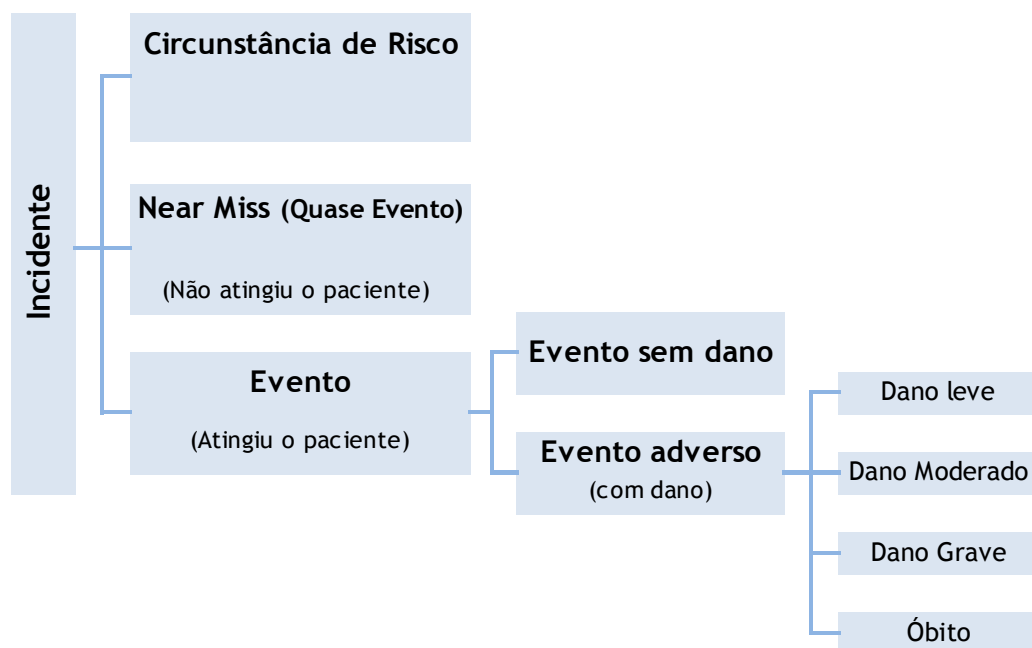
Estudos apontam que a ausência de práticas de segurança pode facilitar a ocorrência de incidentes que atingem os pacientes hospitalizados, acarretando aumento de taxas de infecções, do tempo médio de internação, elevação dos custos com o cuidado, complicações na evolução do paciente ou morte^(5,6).

Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, incidente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou já resultou, em dano desnecessário ao paciente. No caso de agente ou circunstância com potencial de causar dano, a nomenclatura utilizada é circunstância de risco. Quando o incidente é observado e interceptado antes de atingir o paciente, caracteriza o que se conhece por “*near miss*”. Há incidentes que atingem os pacientes, mas não causam danos, são “incidentes sem dano” e aqueles casos que resultam em danos temporários ou permanentes são chamados de eventos adversos (EA)⁽¹⁾.

O conceito de dano corresponde ao comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito dele oriundo, como doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser, físico, mental ou psicológico ⁽¹⁾.

Com relação aos danos causados pelos eventos adversos, a OMS os classifica por graus, sendo denominado dano leve o de consequência sintomática leve, sem intervenção ou com intervenção mínima requerida (ex: observação extra ou pequeno tratamento); dano moderado aquele de consequência sintomática que requer intervenção (ex: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), aumento na estadia ou danos a longo prazo; dano grave quando a consequência no paciente requer intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, causa danos permanentes ou a longo prazo; e óbito que foi causado ou antecipado em curto prazo pelo incidente, de acordo com o balanço das probabilidades. A figura 1 apresenta a classificação de incidentes ⁽¹⁾.

Figura 1.Classificação de Incidentes (ICPS WHO 2009)



Fonte: Elaborado pela autora.

Há estimativa de estudos americanos de que, aproximadamente, uma a cada dez admissões hospitalares resulta em pelo menos um evento adverso, como infecções, lesões por pressão, queda ou ocorrências relacionadas ao uso de

medicamentos. Considerando-se que a metade desses incidentes poderia ter sido evitada a situação é ainda mais alarmante^(7, 8).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino apontou que a incidência de eventos adversos foi de 7,6%, sendo que destes 66,7% considerados evitáveis⁽⁹⁾.

Roque e Melo⁽¹⁰⁾ classificam como eventos adversos (EA) os incidentes que causam danos não intencionais e resultam em perda da capacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte, derivados de um cuidado de saúde prestado.

Acredita-se que os erros e suas consequências são consideravelmente superiores devido a vários fatores, dentre eles, a precariedade dos serviços prestados, déficit de dimensionamento de pessoal, excesso de carga horária e baixa remuneração dos profissionais⁽¹¹⁾.

“A percepção de situações de risco colabora para o adequado gerenciamento do serviço e da assistência, prevenção de falhas e o estabelecimento da cultura de segurança na organização hospitalar. Os eventos adversos devem ser compreendidos como um todo, considerando que existem múltiplos fatores que contribuem para sua ocorrência, como o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, conflitos entre os profissionais, falta de liderança e supervisão inadequada” (DUARTE *et al.*, 2015)⁽¹²⁾.

É válido pontuar, que nos processos de trabalho em oncologia, alguns fatores podem contribuir para a fragilidade da equipe. Segundo Bittencourt⁽¹³⁾ o contexto hospitalar oncológico trata de um local complexo, dinâmico e interativo e possui fatores que influenciam na saúde física e mental dos profissionais, podendo gerar aumento dos danos aos pacientes.

A OMS julga que os incidentes de segurança do paciente geralmente são consequências de uma combinação de fatores contribuintes. Esses são definidos como circunstâncias, ações ou influências que estão presentes na origem ou no desenvolvimento de um incidente. São fatores relacionados aos pacientes (comorbidades, particularidades do quadro clínico, limitações físicas e mentais), recursos humanos (relacionados aos profissionais), os relacionados ao sistema (organização, cultura e ambiente de trabalho) e os externos à organização (fora de sua governabilidade)⁽¹⁴⁾.

As ocorrências indicam que houve um resultado clínico indesejável proveniente de algum aspecto diagnóstico ou terapia, não subjacente à doença, porém a análise não deve ser baseada na classificação dos eventos adversos apenas como erros, negligência ou má qualidade da assistência. É de extrema importância que as instituições conheçam esses incidentes, analise os fatores contribuintes para criar planos de ações de melhoria. Para isso é necessário fomentar a cultura de segurança, onde os colaboradores sintam-se confiantes em comunicar os fatos cientes de que serão tomadas medidas para melhoria dos processos, e de cultura justa, não focada no modelo punitivo ⁽¹²⁾.

No estudo realizado por Wegner ⁽¹⁵⁾ verifica-se que o passo inicial para a prevenção do erro é o profissional ter consciência e admitir que ele pode ocorrer e está presente no cuidado. Ademais, o autor também acredita que os profissionais da saúde devem conhecer os conceitos, tipos de eventos adversos bem como suas causas, consequências e fatores contribuintes.

É reconhecido pelos estudiosos em cultura de segurança que há falhas sistêmicas e erros humanos, sob as quais, os indivíduos não têm controle, mas também é ponderado, que muitos erros ocorrem de interações previsíveis entre profissionais e o sistema. Assim, em contraste com uma cultura que tem como princípio orientador “sem culpa”, uma cultura justa não aceita a ignorância consciente de riscos claros para pacientes ou má conduta profissional, como comportamento de risco ou imprudente ^(16, 17).

O conceito de cultura de segurança do paciente foi adaptado para o contexto das organizações de saúde por Nieva e Sorra ⁽¹⁸⁾, quando descreveram que essa cultura é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos. Esses atributos são determinantes do compromisso, estilo e proficiência da administração de uma organização com a gestão da segurança do paciente. As autoras ainda relatam que, a boa comunicação entre profissionais, confiança e percepções sobre a importância da segurança e efetividade de ações preventivas, são características de cultura de segurança positiva em organizações.

Para que sejam estabelecidas as ações preventivas e o gerenciamento dos riscos que envolvem a segurança do paciente é essencial que os incidentes sejam comunicados pelos profissionais. Os sistemas de notificações voluntárias

consistem em bom alicerce para os programas de segurança do paciente, como estratégia para garantir a qualidade ⁽¹⁹⁾. A notificação voluntária é o método mais utilizado no mundo para reunir informações sobre incidentes e é mais eficiente se contar com a participação ativa dos colaboradores ⁽²⁰⁾.

“[...] a percepção dos profissionais de enfermagem é de que o sistema de notificação de EA é instrumento de auxílio à gestão da assistência ao paciente, que permite aos profissionais da assistência compartilhar responsabilidades com os administradores e estimular ações corretivas, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros EA” (Paiva et al, 2014) ⁽²¹⁾.

Para Capucho ⁽²²⁾, um dos maiores obstáculos para a notificação dos incidentes é a subnotificação, que pode estar relacionada à vários fatores, como medo, culpa, vergonha, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, além das dificuldades referentes ao tipo de sistema de notificação. Outro estudo elucidou que algumas das dificuldades enfrentadas no processo de notificação são referentes à deficiência de tempo e sobrecarga de trabalho; falta de treinamento, informação, de comunicação e conhecimento sobre quais eventos são notificáveis; esquecimento sobre os fatos que causaram o evento e ausência de *feedback* ⁽²³⁾.

Tinoco *et al* ⁽²⁴⁾ referem que é importante oferecer ferramentas para a notificação de incidentes, como por exemplo sistemas informatizados, que estão sendo cada vez mais utilizados por gestores em unidades de atendimento à saúde.

Wachter ⁽¹⁶⁾ menciona que com o passar dos anos, os sistemas de notificações de incidentes têm melhorado em tecnologia, abrangência e filosofia. Destaca também a possibilidade de sigilo, criação de estatísticas e, talvez mais importante, mas infelizmente não contemplada em todos os sistemas, é o direcionamento das notificações aos gestores, que tem a oportunidade de revisar, discutir os incidentes e desencadear ações.

A recomendação considerada mais importante do painel de especialistas, reunido após 15 anos do relatório “Errar é Humano”, é que a liderança (conselhos/órgãos dirigentes e executivos) deve estabelecer uma cultura de segurança como base para obter segurança global dos sistemas. A importância da mudança cultural precisa ser levada ao primeiro plano, em vez de ser tratada como uma entre várias atividades de segurança ⁽¹⁷⁾.

Perante o exposto, observa-se que é fundamental para as organizações o monitoramento dos incidentes e só é possível fazê-lo se houver comunicação das ocorrências por meio de notificação espontânea, que ocorrerá proporcionalmente ao fortalecimento da cultura de segurança.

2.1 Justificativa

A proposta desse estudo nasceu da percepção da equipe de gerenciamento de riscos sobre a necessidade de realizar ações educativas aos colaboradores da instituição com o objetivo de incentivar a notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente. Observou-se existir subnotificação de ocorrências, que eram reportadas informalmente ou anotadas em prontuário e evoluções dos profissionais, mas não eram comunicadas à Gerência de Risco pelos canais instituídos. Supõe-se que a subnotificação ocorra por medo de punição, falta de conhecimento sobre o que notificar ou sobre a importância das notificações.

Assim, a Gerência de Riscos e Segurança em Saúde (GRSS) do Hospital Amaral Carvalho tem trabalhado junto aos colaboradores a importância de notificar incidentes para que sejam conhecidas as oportunidades de melhorias da assistência em saúde. Como parte desse trabalho, foram atualizados os canais de comunicação, a forma de investigação e de tratativa das ocorrências, dando oportunidade para que as equipes envolvidas façam parte dessas etapas e entendam o processo.

À medida que são implementadas ações de sensibilização e fortalecimento da cultura de segurança na instituição têm-se observado um aumento das notificações. Portanto, a realização deste estudo é necessária para que se conheça o perfil das notificações e dos incidentes ocorridos e assim, seja possível nortear as práticas em busca da melhoria contínua.

A partir dessa observação é que foi elaborada a pergunta norteadora da pesquisa: Qual o perfil das notificações dos eventos relacionados à segurança do paciente em um ambiente hospitalar oncológico?



3. Objetivos

3. OBJETIVOS

Analisar os incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados em um Hospital Especializado em Oncologia do interior do estado de São Paulo.

3.1 Objetivos específicos

Caracterizar as notificações de incidentes quanto ao tipo, frequência, setor e turno de ocorrência, dano causado, faixa etária e sexo dos pacientes envolvidos e fatores contribuintes.

Analisar as notificações quanto à adequação das informações para nortear as orientações às equipes.

Apresentar produto por meio de elaboração de um *folder* sobre a importância da notificação de incidentes na instituição de estudo e um manual de orientações sobre notificações e o monitoramento de incidentes no ambiente hospitalar.



4. Método

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa a partir de fonte secundária de dados, que foram retirados das notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente ocorridos durante a assistência em saúde, em um hospital oncológico do estado de São Paulo.

4.1. Campo do Estudo

4.1.1. Hospital onde o estudo foi realizado

A pesquisa foi realizada no Hospital Amaral Carvalho de Jaú (HAC), pessoa jurídica de direito privado dedicada à filantropia e referência em tratamento oncológico e realização de transplantes de medula óssea.

O HAC possui 40 especialidades médicas, que atendem os 308 leitos, dos quais 228 para atendimento de pacientes do Sistema Único de saúde (SUS) e 80 destinados a convênios e particulares. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui 20 leitos e o Centro Cirúrgico 8 salas. O hospital também atua como campo de ensino, pesquisa e extensão para alunos e profissionais de Medicina, Enfermagem e outros cursos através da residência médica, residência multiprofissional e estágios.

A instituição é participante da Rede Sentinela, uma estratégia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que reúne instituições que prestam serviços em saúde, com o objetivo de monitorar eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária, nas áreas de farmacovigilância (medicamentos e imunobiológicos), tecnovigilância (cosméticos, artigos, equipamentos médicos e saneantes) e hemovigilância (sangue e componentes) que são notificados através do sistema nacional de notificações ⁽²⁵⁾. As informações de eventos adversos relacionadas à biovigilância (células, tecidos e órgãos) são notificadas através de FormSUS específico localizado no site da Anvisa. As notificações de incidentes relacionados à assistência são feitas no módulo específico do sistema da Anvisa chamado Notivisa -Assistência à Saúde ⁽²⁶⁾.

4.1.2. Gerência de Riscos e Segurança em Saúde (GRSS)

O setor, que era vinculado ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), foi reestruturado em maio de 2017 e, desde então, trabalha em parceria com o setor de Qualidade no direcionamento de ações de melhoria contínua da qualidade visando a acreditação da instituição.

A equipe é composta por um médico gerente de riscos, dois enfermeiros e um auxiliar administrativo, sendo responsável pelo gerenciamento do sistema de notificações, acompanhamento das ocorrências relacionadas à segurança dos pacientes durante a assistência em saúde, dentre outras atribuições.

As notificações de queixas técnicas de medicamentos, equipamentos e artigos médicos são gerenciadas pela equipe de Padronização de Insumos e Artigos Hospitalares e também pela Engenharia Clínica. As reações adversas decorrentes do uso de medicamentos são analisadas pela farmácia. Os eventos adversos relacionados ao uso de sangue e componentes são gerenciados pela Agência Transfusional/Hemonúcleo. Os eventos adversos relacionados ao uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos são gerenciados pela equipe de Transplante de Medula Óssea (TMO). As notificações correspondentes a não conformidades são responsabilidade do Setor de Qualidade. Os registros das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) são gerenciados pelo SCIH.

Todas as notificações informadas à Anvisa, sejam elas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, biovigilância, são realizadas e liberadas no sistema da Anvisa pelo Gerente de Riscos. As informações sobre IRAS são feitas ao Departamento Regional de Saúde (DRS) pelo SCIH.

4.1.3. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente foi constituído em 2013, conforme a determinação da RDC nº36, de 22 de julho de 2013 ⁽²⁾.

É composto por membros da GRSS, Qualidade, Jurídico, Serviço Social, SCIH, Hemonúcleo, Diretoria Técnica, Diretoria Financeira e Diretoria de Desenvolvimento em Saúde, sendo responsável pelo cumprimento do Plano de Segurança do Paciente e avaliação dos eventos graves e relevantes que são

discutidos em reuniões mensais, bem como as recomendações de melhorias e planos de ação ⁽²⁷⁾.

4.1.4. Sistema de Notificações

No período da coleta de dados, a GRSS recebia notificações de forma espontânea através de sistema informatizado chamado de “Central de Notificações GRSS” e também por outras vias de comunicação, como e-mail, telefone ou pessoalmente. O software foi desenvolvido pela equipe de tecnologias da informação da instituição, possuía um número restrito de acessos e os usuários eram limitados aos gestores das unidades, alguns enfermeiros e outras pessoas sob liberação da GRSS. Apesar de todas as notificações serem identificadas, a Gerência de Riscos mantinha essa informação como confidencial. Esta ferramenta foi substituída em agosto de 2018, portanto, para padronização da amostra, a coleta de dados foi realizada de 01 de julho de 2017 a 30 de junho de 2018, no sistema antigo.

As notificações realizadas no sistema contemplavam queixas técnicas de materiais, artigos, equipamentos médicos, saneantes, medicamentos e eventos relacionados à assistência em saúde. A informação de eventos relacionados à hemovigilância não eram realizadas no sistema, mas em formulário específico no prontuário eletrônico do paciente. As notificações de biovigilância eram feitas por email e as IRAS, identificadas em busca ativa do SCIH.

As notificações relacionadas à segurança do paciente durante a assistência eram impressas, anexadas a um formulário estruturado de análise e depois de finalizados, eram arquivados na GRSS, pois o sistema não contemplava o gerenciamento de todas as etapas.

Os registros de notificações considerados improcedentes, por não fornecerem informações suficientes, por não serem referentes a incidentes, como por exemplo, solicitações que deveriam ter sido feitos através de ordens de serviço diretamente aos setores de manutenção, eram encaminhados ao setor de interesse, arquivados no sistema e desconsiderados da estatística.

O fluxo de gerenciamento das notificações manteve-se o mesmo após a mudança do sistema: as queixas técnicas são gerenciadas pela equipe de Padronização de Insumos e Artigos Hospitalares e Engenharia Clínica. As

notificações correspondentes a não conformidades são gerenciadas pelo Setor de Qualidade e as referentes à segurança do paciente, pela Gerência de Riscos. Uma novidade é que as notificações de eventos com sangue e componentes também são contempladas no sistema atual.

Depois de analisados, os eventos são comunicados à Anvisa, por meio de notificação eletrônica. Os dados são tabulados e apresentados à diretoria e aos setores por meio de um informativo mensal, e constituem a base para elaboração de indicadores e análise crítica.

4.2. Coleta de Dados

Os dados foram obtidos a partir das fichas de notificação arquivadas na Gerência de Riscos. Foram incluídas todas as notificações espontâneas relacionadas à falhas de assistência do período de 01 de julho de 2017 a 30 de junho de 2018. A escolha deste tipo de ocorrências está no fato de ser o que está sob responsabilidade direta da equipe da Gerência de Riscos, que mantém as fichas sob arquivo controlado e completo.

Os seguintes dados foram explorados:

- Número de incidentes;
- Número de pacientes;
- Número de eventos por paciente;
- Notificações e ocorrências por mês;
- Plantão de ocorrência dos eventos;
- Notificações por unidade hospitalar;
- Categorização das notificações segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente ⁽¹⁾ (*International Classification for Patient Safety - ICPS*) como: circunstância de risco, *near miss*, incidente sem dano e incidente com dano (evento adverso);
 - Tipo de dano causado (sem dano, leve, moderado e grave);
 - Fatores contribuintes: relacionados ao quadro clínico do paciente; atitudes do paciente e acompanhante; fator humano e equipe; execução do trabalho; falha de comunicação e outros.
- Adequação das informações fornecidas no registro da notificação.

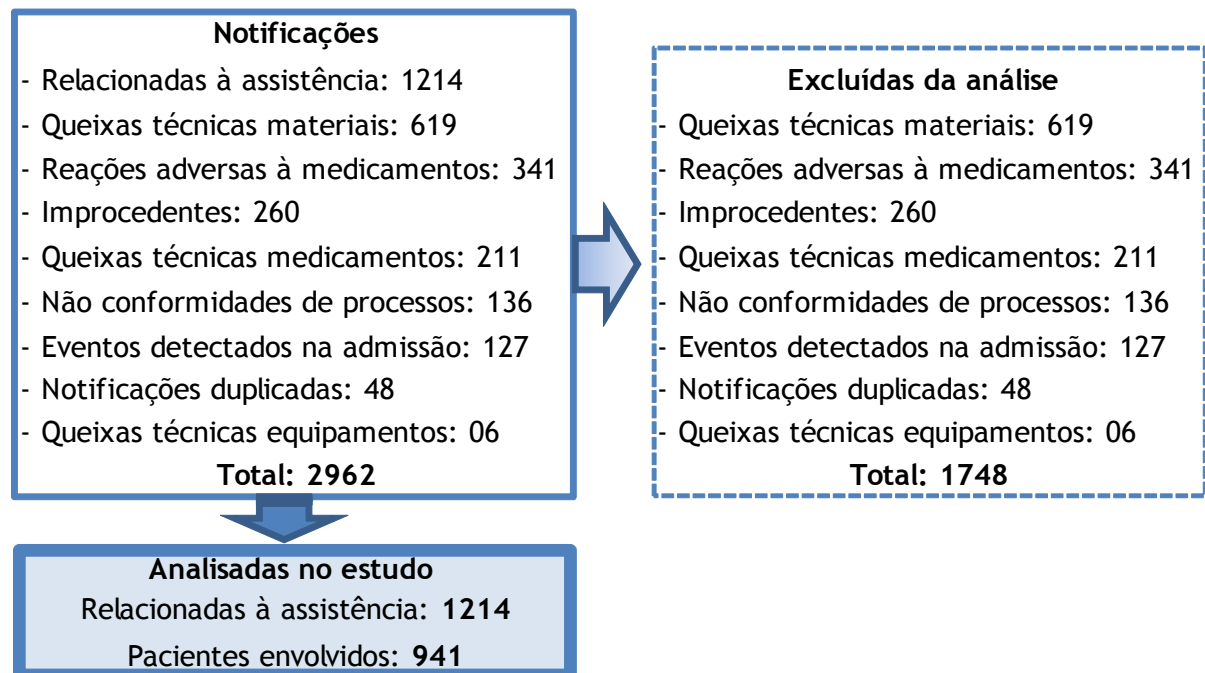
Considera-se notificações adequadas aquelas nas quais é possível identificar o paciente, o local da ocorrência e minimamente uma descrição para investigação do evento. A falta de dados e morosidade na notificação dificultam o processo de análise dos incidentes, pois detalhes importantes podem se perder na memória dos envolvidos e atrasarem o início dos planos de ação. Foram buscados: erros de identificação do paciente; classificação incorreta do tipo de evento; falta de dados; descrições não claras; morosidade e adequação.

Excluiu-se desta pesquisa as notificações:

- Administrativas (exemplo: conflitos, mudanças de rotina, solicitação de serviços, etc);
- Eventos detectados na admissão (não relacionadas à assistência na instituição);
- Tecnovigilância (relacionadas à queixas técnicas de materiais, equipamentos médicos e saneantes);
- Farmacovigilância (queixas técnicas e reações adversas a medicamentos);
- Hemovigilância (eventos adversos ao uso de sangue e componentes);
- Biovigilância (eventos adversos ao uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos)
- As consideradas improcedentes pelo conteúdo durante análise da Gerência de Riscos;
- As que apresentarem duplicidade (consideradas apenas uma vez).

A Figura 2 mostra o fluxograma de seleção da amostra analisada.

Figura 2. Fluxograma de seleção da amostra.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados foram codificados e tabulados pelo *software* Microsoft Office Excel® versão 2013. E realizada a análise descritiva, no *software* SAS® for Windows versão 9.4 a partir de tabelas de distribuição de frequências absoluta e relativa, sob orientação de profissional estatístico do Escritório de Apoio à Pesquisa da Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, SP.

4.3. Aspectos Éticos

Preservados os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Amaral Carvalho de Jaú, nº 2.635.506 em 04/05/2018.

4.4. Produto da Pesquisa

Foram desenvolvidos, um *folder* sobre a importância da notificação de incidentes na instituição de estudo e um manual de orientações sobre notificações e o monitoramento de incidentes no ambiente hospitalar (Apêndices 1 e 2).



5. Resultados

5. RESULTADOS

O total de notificações realizadas no sistema “Central de notificações” no período de 01/julho/2017 a 30/junho/2018 foi de 2962, sendo que 1214 foram relacionadas à assistência, em 941 pacientes (tabela 1).

Tabela 1. Total de notificações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018

Notificações por tipo	N	%
Relacionadas à assistência	1214	40,99
Queixas técnicas de materiais	619	20,90
Reações adversas à medicamentos	341	11,51
Improcedentes	260	8,78
Queixas técnicas de medicamentos	211	7,12
Não conformidades de processos	136	4,59
Eventos detectados na admissão	127	4,29
Notificações duplicadas	48	1,62
Queixas técnicas de equipamentos	6	0,20

Fonte: Sistema Central de Notificações GRSS.

A apresentação dos resultados foi dividida em três fases: Incidentes notificados, fatores contribuintes e adequação das notificações.

5.1. Incidentes notificados

A tabela 2 mostra o número de incidentes por pacientes que foram notificados. No período estudado, considerando os atendimentos de internações e ambulatoriais, alguns pacientes foram envolvidos em mais de um incidente ou circunstância que colocasse sua segurança em risco.

Tabela 2. Número de incidentes por pacientes notificados no período. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018

Incidentes por pacientes	N	%
1	765	81,30
2	121	12,86
3	32	3,40
4	12	1,28
5	7	0,74
6	2	0,21
8	2	0,21

Fonte: Fichas de notificação.

Identificou-se um predomínio do sexo masculino na ocorrência de incidentes. A maioria das ocorrências atingiu pacientes entre 60 e 69 anos (24,96%). O número de ocorrências foi maior no período diurno, sendo 42,83% matutino e 26,61% vespertino, como apresentada na tabela 3.

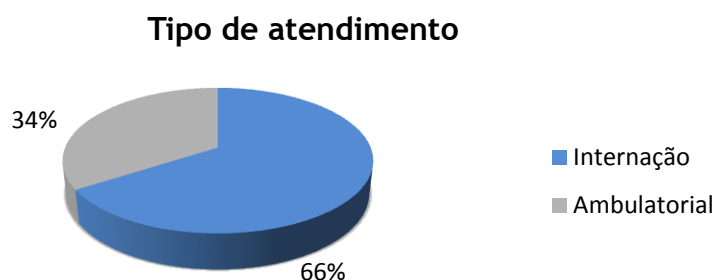
Tabela 3.Classificação dos incidentes com relação à faixa etária e sexo dos pacientes e também turno de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	571	47,03
Masculino	643	52,97
Faixa etária (anos)		
0 - 9	30	2,47
10 - 19	32	2,64
20 - 29	57	4,70
30 - 39	99	8,15
40 - 49	117	9,64
50 - 59	282	23,23
60 - 69	303	24,96
70 - 79	231	19,03
80 - 89	58	4,78
90 - 99	5	0,41
Turno de ocorrência		
Matutino	520	42,83
Vespertino	323	26,61
Noturno	224	18,45
Não informado	147	12,11

Fonte: Fichas de notificação.

Com relação ao tipo de atendimento no qual ocorreu o incidente, observamos que 65,90% dos casos se deram durante internação. Quando dividimos as ocorrências por grandes áreas, identificamos que o maior número de incidentes notificados, são originados de internações clínicas e atendimentos ambulatoriais clínicos.

Gráfico 1.Incidentes ocorridos em atendimentos ambulatoriais e internações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.



Fonte: Fichas de notificação.

A tabela 4 apresenta os incidentes por área do hospital estudado. Dentre as unidades de internação, houve predomínio das unidades clínicas e cirúrgicas (66,38%); já para as unidades ambulatoriais, o predomínio foi na área clínica (73,43%).

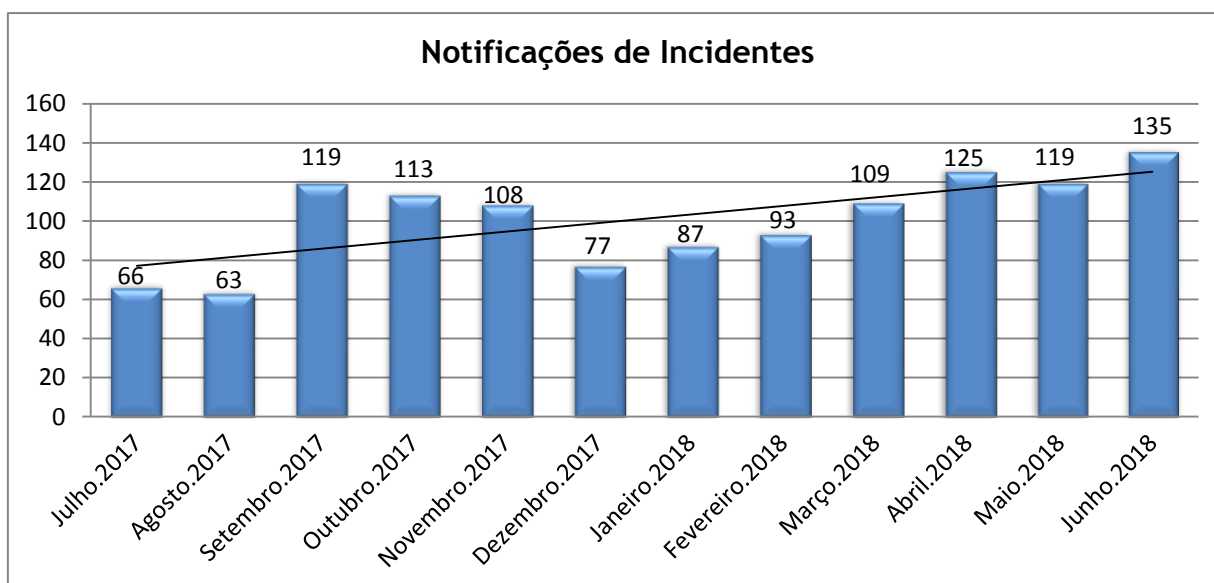
Tabela 4. Incidentes por área de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018

Incidentes por áreas	N	%
Internação		
Unidades Clínicas	307	38,38
Unidades Cirúrgicas	224	28,00
UTI	177	22,13
TMO	62	7,75
Pediatria	30	3,75
Ambulatorial		
Ambulatórios Clínicos	304	73,43
Radiologia	43	10,39
Radioterapia	21	5,07
Ambulatório TMO	15	3,62
Pronto Atendimento	14	3,38
Ambulatório Pediatria	12	2,90
Ambulatórios Cirúrgicos	5	1,21

Fonte: Fichas de notificação.

A frequência mensal de notificações sofreu variações durante o período analisado. Houve uma discreta diferença no final de 2017 e nos primeiros meses de 2018, entretanto, tem apresentado aumento desde fevereiro de 2018 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde no período analisado. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018



Fonte: Fichas de notificação.

As notificações foram agrupadas por tipo de incidente, conforme classificação internacional de segurança do paciente (tabela 5). Observa-se que as ocorrências classificadas como eventos adversos totalizam 48,35% dos incidentes notificados, ou seja, aqueles com algum dano aos pacientes. Os eventos adversos de dano leve representam 42,67% do total de incidentes.

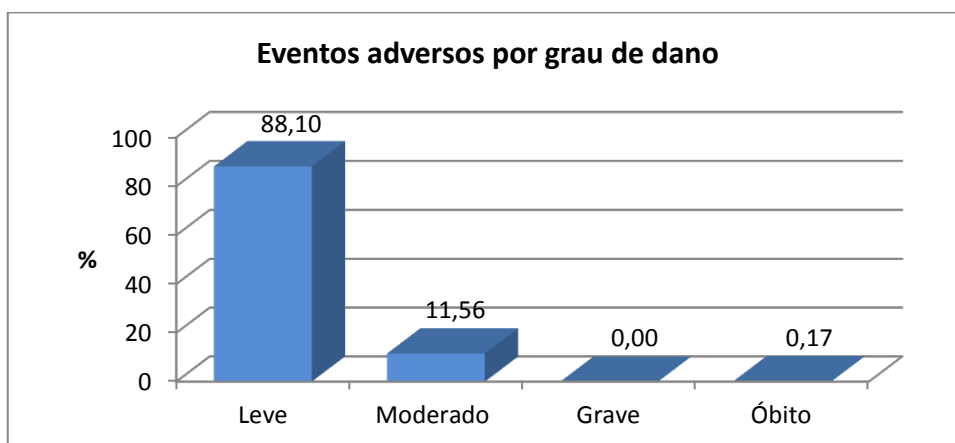
Tabela 5. Classificação das ocorrências por tipo de incidente. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018

Tipo de incidente	N	%
Circunstância de Risco	292	24,05
Quase evento (<i>Near Miss</i>)	129	10,63
Evento sem dano	206	16,97
Evento adverso - dano leve	518	42,67
Evento adverso - dano moderado	68	5,60
Evento adverso - dano grave	0	0,00
Evento adverso - óbito	1	0,08

Fonte: Fichas de notificação.

Quando se analisa os eventos adversos separadamente, é possível verificar que dos eventos que atingiram os pacientes e causaram algum dano, a grande maioria se caracteriza como dano leve (88,10%) e nenhum evento de dano grave foi notificado (Gráfico 3).

Gráfico 3. Incidência de eventos adversos por grau de dano. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.



Fonte: Fichas de notificação.

Os incidentes mais registrados no sistema foram os relacionados a medicamentos (27,10%), queda de pacientes (8,81%) e extravasamento de quimioterápicos (8,48%) [tabela 6].

Tabela 6. Incidentes por tipo de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Tipo de ocorrência	N	%
Relacionada a medicamento	329	27,10
Outros	115	9,47
Queda de paciente	107	8,81
Extravasamento quimioterápicos	103	8,48
Extravasamento não quimioterápicos	88	7,25
Lesão por pressão	87	7,17
Perda de sonda aporte nutricional	80	6,59
Assistência ao paciente	57	4,70
Relacionada à dieta	53	4,37
Flebite	49	4,04
Relacionada a documentos	51	4,20
Perda de Cateter de Inserção Central	29	2,39
Lesão de pele	27	2,22
Radiodermite	23	1,89
Falha de Identificação do paciente	15	1,24
Trombose Venosa Profunda	1	0,08

Fonte: Fichas de notificação.

Das notificações de incidentes relacionados a medicamentos, ao analisar o tipo de incidentes notificados, encontra-se o maior número em circunstâncias de risco (32,2%) e quase eventos (34,95%) [tabela 7].

Tabela 7. Incidentes relacionados a medicamentos por tipo de ocorrência. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Incidentes - Medicamentos	N	%
Circunstância de Risco	106	32,22
Quase evento (<i>Near Miss</i>)	115	34,95
Evento sem dano	80	24,32
Evento adverso - dano leve	25	7,60
Evento adverso - dano moderado	3	0,91
Evento adverso - dano grave	0	0,00
Evento adverso - óbito	0	0,00

Fonte: Fichas de notificação.

Ainda sobre as notificações de incidentes relacionados a medicamentos, observa-se que as farmácias são os setores que mais registraram ocorrências (75,99%) [tabela 8].

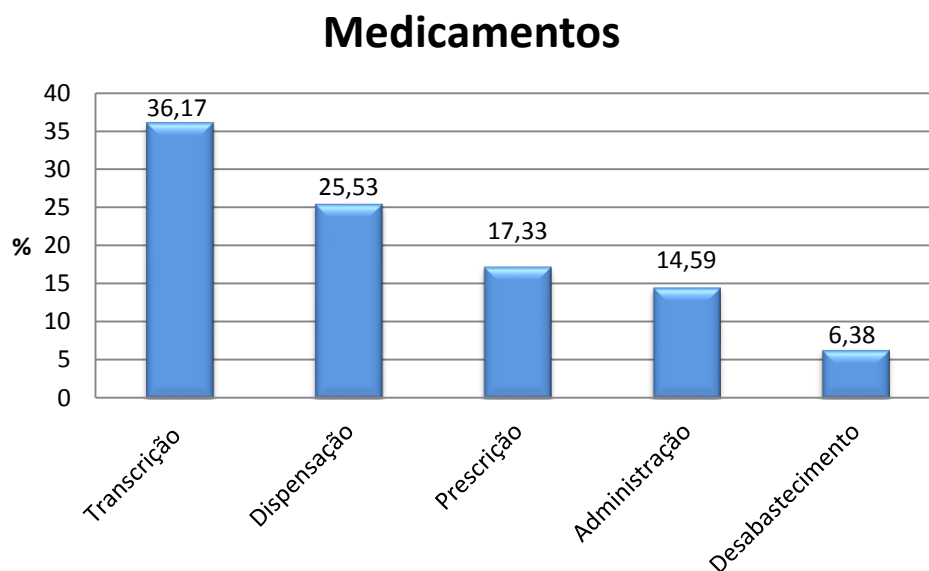
Tabela 8. Setores notificantes de incidentes relacionados a medicamentos. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Setores notificantes - Medicamentos	N	%
Farmácias	250	75,99
Unidades de Internação	49	14,89
UTI	19	5,78
Ambulatórios	6	1,82
Unidades de Apoio	3	0,91
Centro Cirúrgico	2	0,61

Fonte: Fichas de notificação.

Dentre os eventos relacionados a medicamentos, destacam-se os relacionados à transcrição das prescrições para o sistema (36,17%) [gráfico 4].

Gráfico 4. Estratificação dos eventos relacionados a medicamentos. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.



Fonte: Fichas de notificação.

Com relação às transcrições, observa-se que a maior parte dos incidentes notificados corresponde à *Near Misses* (quase eventos) e circunstância de riscos [tabela 9].

Tabela 9. Incidentes com medicamentos relacionados à transcrição. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Incidentes - Transcrição	N	%
Quase evento (Near Miss)	60	50,42
Circunstância de Risco	47	39,50
Evento sem dano	6	5,04
Evento adverso - dano leve	5	4,20
Evento adverso - dano moderado	1	0,84
Evento adverso - dano grave	0	0,00
Evento adverso - óbito	0	0,00

Fonte: Fichas de notificação.

5.2. Fatores Contribuintes

A tabela 10 apresenta os fatores contribuintes atribuídos pelos gestores à ocorrência dos incidentes. Observa-se que os fatores mais registrados correspondem à falha humana/equipe com 43,74%.

Tabela 10. Fatores contribuintes das ocorrências. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Fatores contribuintes	N	%
Humano / equipe	531	43,74
Execução do trabalho	350	28,83
Quadro clínico do paciente	252	20,76
Relacionado ao paciente (atitudes)	220	18,12
Comunicação	125	10,30
Outros	99	8,15
Relacionado acompanhante / familiar	25	2,06
Sistema de informação (falhas)	24	1,98

* Há eventos que foram relacionados a mais de um fator contribuinte.

Fonte: Fichas de notificação.

5.3. Adequação das notificações

A tabela 11 apresenta a adequação das notificações registradas. Observa-se que a maioria das notificações (69,19%) foi considerada adequada.

Quanto às falhas apresentadas no preenchimento do registro das ocorrências, observa-se que a morosidade representou 17,05% das inadequações, que interfere diretamente na qualidade das investigações dos incidentes pelos gestores e Gerência de Riscos.

Tabela 11. Adequação das notificações. Jaú, julho de 2017 a junho de 2018.

Adequação das notificações.	N	%
Adequadas	840	69,19
Morosidade	207	17,05
Falta de dados nos questionários	137	11,29
Falha na escolha do tipo de ocorrência	66	5,44
Falha na identificação do paciente	37	3,05
Descrição não clara	22	1,81
* Há notificações que foram relacionadas a mais de uma variável.		

Fonte: Fichas de notificação.



6. Produto

6.PRODUTO

Foram elaborados um *folder* explicativo da importância da notificação voluntária e um manual de orientações sobre comunicação e monitoramento de incidentes.

6.1. Folder

Este produto foi desenvolvido pela autora no intuito de fornecer aos colaboradores informações claras e de fácil leitura, sobre segurança do paciente e a importância das notificações voluntárias de incidentes, reações adversas, desvios de qualidade e não conformidades (Apêndice 1).

A arte foi realizada pelo setor de comunicação da instituição.

6.2. Manual de Orientações

A elaboração do manual visou esclarecer dúvidas e oferecer dados importantes para a realização das notificações e divulgar como é o monitoramento dos incidentes ocorridos no hospital, de forma simples e objetiva, para que seja consultado tanto por colaboradores que fazem os registros, quanto para os gestores que os analisam (Apêndice 2).



7. Discussão

7.DISSCUSSÃO

O estudo mostrou que no período analisado, do total de notificações (2962), houve uma média de 8,12 notificações por dia. Considerando apenas as notificações relacionadas às falhas de assistência em saúde, que foram o foco dessa pesquisa, observou-se que estas correspondem à 40,99% do total e representam 3,33 notificações diárias, demonstrando participação das equipes nas ações de segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade.

Os dados corroboram com estudo realizado em hospital de 230 leitos no interior do estado de SP, em 2014, com período de análise de um ano, recebeu 2291 notificações (6,27 notificações/dia), sendo que 711 (31,03% do total) eram relacionadas à assistência direta ao paciente e processos assistenciais (1,94 notificações/dia). Foi concluído pela autora, em comparação aos outros estudos, que a instituição tinha cultura voltada para a segurança do paciente, o que contribui para a melhoria dos processos de saúde e da qualidade da assistência ⁽²⁸⁾.

Observou-se que dos 1214 incidentes relacionados à assistência, alguns atingiram mais de uma vez o mesmo paciente abrangendo os atendimentos realizados em internações e ambulatorios, chegando a oito ocorrências em dois casos. No total, as ocorrências envolveram 941 pacientes que em sua maioria (81,30%) foram envolvidos em um incidente no período da pesquisa.

Os incidentes atingiram mais homens do que mulheres por uma pequena diferença de 5,94% entre os sexos. A faixa etária mais atingida foi entre 60 e 69 anos, com 24,96%, o que indica que esta população necessita de mais atenção e cuidados preventivos de incidentes.

Quanto ao turno de ocorrência, observa-se que 42,83% dos relatos são do período matutino. Por esses números não é possível afirmar se há menor incidência nos demais turnos ou se há mais subnotificação, especialmente no período noturno. Observando outros autores, foi encontrado estudo que correlacionou algumas dificuldades dos profissionais em notificar incidentes e a necessidade de treinamento ampliado para todos os enfermeiros, de todos os turnos, uma vez que o profissional da noite, de certa forma, distancia-se da realidade do hospital ⁽²³⁾. Em contrapartida, Menegueti *et al* ⁽²⁹⁾ encontraram números semelhantes quanto ao período das notificações, sendo 50,5% no período da manhã, 34,6% no período

vespertino e 14,9% no período noturno e atribuíram a probabilidade dessa predominância à rotina da instituição, na qual as prescrições dos pacientes hospitalizados são feitas nesse período, coincidindo com as atividades de requisição e dispensação dos medicamentos, culminando então, na identificação dos erros.

Os atendimentos de internação são responsáveis por dois terços das notificações (65,90%). Ao analisar separadamente as grandes áreas de notificação, tanto internações quanto ambulatoriais, o maior número é proveniente das unidades de internação clínicas e dos ambulatórios clínicos. Estudo semelhante encontrado na literatura observou predomínio de notificações de eventos nas unidades cirúrgicas, UTI e clínica médica, que foram consideradas de maior complexidade. Na ocasião, os autores relacionaram o maior número de notificações à preocupação com os riscos e maior comprometimento dos gestores e ainda, sendo observado que nas áreas onde não havia notificação ou um número reduzido delas, havia probabilidade de subnotificação ⁽²⁸⁾. Pondera-se então, a importância de intensificar orientações e treinamentos aos colaboradores de todas as áreas sobre a importância da comunicação de incidentes e cultura de segurança.

D'Aquino *et al* ⁽³⁰⁾ referem que a unidade com maior notificação não é necessariamente aquela que tem maior número de incidentes, pois a que tem menor número de registros pode estar ocorrendo subnotificação.

Neste sentido, segundo Castilho ⁽³¹⁾, apesar de grandes avanços nos sistemas de notificação, a maioria dos eventos decorrentes da assistência em saúde ainda é subnotificada. O autor ainda pontua que reconhecer essa realidade de subnotificações, somada aos estudos de percepções dos profissionais, auxilia as instituições a conhecerem seus riscos, eventos adversos e motivos das ocorrências, para estabelecer estratégias de prevenção, envolvendo os colaboradores, comunicação eficaz e aprendizagem com os erros, a fim de detectar as fragilidades antes da ocorrência de danos graves.

A frequência das notificações de incidentes sofreu variações no início do período estudado, nos meses de julho e agosto de 2017 e nova queda de frequência em dezembro 2017, janeiro e fevereiro de 2018. Atribui-se que as notificações relacionadas à assistência aumentaram a partir de agosto como fruto das ações institucionais de incentivo à segurança do paciente. A queda do número de

notificações, que ocorreu nos meses de dezembro a fevereiro, é atribuída pela equipe da GRSS como reflexo do período no qual o número de internações foi menor (dezembro) e recesso da maioria dos chefes dos setores assistenciais. Nos outros meses, foi mantida a frequência conforme tendência, média de 118 notificações/mês. Comparando com estudo de Melchiades ⁽²⁸⁾, o mês de dezembro 2014 também apresentou queda nas notificações, porém outras alterações com diminuição desses índices ocorreram em setembro e fevereiro de 2014 sem justificativas apresentadas.

Quanto ao tipo de incidente notificado, destacam-se os eventos com grau de dano leve (42,67%) de todas as ocorrências relacionadas à assistência. Esse incidente, de acordo com a Classificação Internacional da Segurança do Paciente da OMS, é aquele que atingiu o paciente, causou sintomas leves ou transitórios, sem intervenções ou com intervenção mínima requerida ⁽¹⁾. Observa-se que conforme o grau de dano ao paciente aumenta, menor é o número de notificações, favorecendo o julgamento de subnotificação por medo de punição, de críticas, culpa ou vergonha ⁽⁹⁾ e ilustrado no gráfico 3, onde observa-se que no período estudado, 88,10% dos eventos adversos notificados foram de dano leve, 11,56% dano moderado e apenas um óbito relacionado à assistência (0,17%), sendo incluído no sistema por orientações da GRSS. Nenhum evento de dano grave foi informado no sistema.

Em um estudo realizado em um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo em 2015, as autoras concluíram através dos dados coletados, que o medo da punição e da evidência do profissional, são fatores que limitam a comunicação dos erros e da notificação de eventos adversos ⁽³²⁾.

Quanto ao tipo de incidentes mais notificados, destacam-se os relacionados a medicamentos (27,10%), seguidos por quedas de pacientes, com um índice três vezes menor (8,81%) e extravasamento de quimioterápicos (8,48%). Mais uma vez, encontrando alguns dados semelhantes ao estudo de Melchiades ⁽²⁸⁾, onde os eventos mais notificados foram os erros de medicação, sendo seguidos de grupos diferentes, perda de sonda nutricional e lesão de pele.

Conforme a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ⁽¹⁾, o erro de medicação consiste em qualquer evento que pode causar ou levar à utilização de medicação de forma inadequada ou dano ao doente, enquanto está

sob controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Em 2017, a OMS definiu que todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis e podem ser reduzidos ou prevenidos com melhorias nos sistemas e práticas de medicação, incluindo solicitações, prescrições, preparação, dispensação, administração e monitoramento ^(1, 33).

Globalmente, o custo associado com erros de medicação foi estimado US \$ 42 bilhões anuais pela OMS, que atribui essas falhas à fragilidades dos sistemas de medicação e/ou fatores humanos como fadiga, problemas ambientais condições ou escassez de pessoal. Esses fatores afetam a prescrição, transcrição, dispensação e as práticas de administração e monitoramento, o que pode resultar em danos graves, deficiência e até a morte ⁽³³⁾.

Dos incidentes relacionados a medicamentos, destacam-se como grande maioria as notificações de circunstâncias de riscos (32,22%) e quase eventos (*near misses*) (34,95), configurando um ponto positivo na cultura de segurança, uma vez que esses incidentes são identificados antes de atingirem os pacientes, mostrando que as barreiras de segurança existentes têm sido satisfatórias. Essa informação é confirmada quando se analisa os setores que mais notificaram os incidentes relacionados a medicamentos, sendo que 75,99% foram notificados pelas farmácias da instituição, seguidas das unidades de internação (14,89%). Esses dados corroboram com o estudo de D'Aquino *et al* ⁽³⁰⁾, que explicitou a necessidade de fortalecer as etapas do sistema de medicação, pois se pressupõe que sistemas seguros devem interceptar erros antes da administração.

O hospital possui sistema informatizado de prontuário de paciente onde as prescrições são realizadas de forma eletrônica, de acordo com as recomendações do protocolo.

As farmácias do hospital estão divididas em Unidade de Dispensação de Medicamentos Quimioterápicos (UDMQT), Central de Kits (uma no Centro Cirúrgico e uma na UTI), Unidade de Dispensação de Medicamentos Geral (UDM Geral), que abastece Farmácia de Imunossuprimidos e duas Farmácias Satélites de unidades de internação. Todas elas utilizam sistema informatizado onde recebem as requisições das prescrições e realizam bipagem das saídas por paciente, realizam fracionamento e preparo de doses unitárias. No sistema também há possibilidade de registrar alergias e reações adversas a medicamentos, que são informadas como

alertas no momento da prescrição, auxiliando o médico na decisão da conduta. Além das barreiras de segurança para a dispensação, os farmacêuticos realizam as avaliações clínicas de prescrições, conciliação medicamentosa e orientação farmacêutica na dispensação de quimioterápicos por via oral. É durante a realização dessas atividades que são identificados os incidentes e notificados à GRSS. Não se pode deixar de ressaltar que ferramentas e tecnologias podem ajudar profissionais de saúde e contribuir para a segurança do paciente. D'Aquino *et al* ⁽³⁰⁾ concluiu que “a instituição deve apoiar o papel do farmacêutico nas intervenções frente às prescrições médicas, avaliação clínica e implantação de tecnologias automatizadas”.

A partir das informações dos incidentes relacionados a medicamentos foi possível estratificá-los de acordo com a etapa do processo onde ocorreram as falhas. É sabido que 36,17% dos incidentes ocorreram na fase de transcrição para o sistema e que, felizmente, 50,42% correspondem a quase eventos (*near misses*) e 39,50% às circunstâncias de risco, quando ainda não atingiram os pacientes, confirmando mais uma vez que o trabalho da farmácia clínica é uma barreira de segurança importante na instituição. Como parte do programa de melhoria contínua da qualidade implantado no hospital, o processo de transcrição está sendo revisto pela direção.

A análise dos incidentes notificados corresponde à etapa onde os gestores ou a Gerência de Riscos atribuem os fatores contribuintes às ocorrências. Observa-se que os fatores contribuintes que mais foram registrados são de falha humana/equipe (43,74%), que corresponde à distração/omissão, sobrecarga de trabalho/fadiga/esgotamento, problemas de atenção, excesso de confiança, não cumprimento de normas/protocolos, fatores emocionais, ausência de informações/anotações, informações ilegíveis/incorretas e outros. Também observa-se fatores relacionados à execução do trabalho (28,83%), relacionados ao quadro clínico dos pacientes (20,76%), atitudes dos pacientes (18,12%), fatores de comunicação (10,30%) e outros. Esses fatores estão contemplados no sistema de notificações NOTIVISA 2.0 (Assistência à Saúde), no formulário de análise de incidentes ⁽²⁶⁾. Com esses dados, pode-se entender a necessidade de manter o incentivo à cultura de segurança do paciente, treinamentos às equipes e orientações aos pacientes.

Na análise da adequação dos registros de notificações foram destacados alguns pontos importantes para orientação dos profissionais. Foram consideradas adequadas as notificações completas, que permitiam identificar o paciente, o local da ocorrência e uma mínima descrição para investigação do incidente. O fato de 69,19% dos registros terem sido classificados como adequados mostra que os profissionais que se dispuseram a notificar um incidente estão comprometidos com a correta transmissão das informações.

Paiva *et al* ⁽²¹⁾ referem que, durante a decisão de notificar os EA, os profissionais tem expectativas de colaboração com a instituição e de obtenção de retorno, incluindo revisão da conduta tomada e aumento da resolubilidade.

Observou-se que 17,05% dos registros apresentaram morosidade entre o tempo da ocorrência do incidente e a notificação no sistema. A demora pode influenciar na investigação dos incidentes, principalmente os de dano grave, pois os detalhes se perdem na memória dos envolvidos com o passar dos dias. Foram consideradas morosas as notificações que ultrapassaram o terceiro dia depois do incidente. Este limite de tempo foi estipulado pela GRSS para que, se por ventura, no plantão da ocorrência não fosse possível registrar a notificação por acúmulo de atividades ou falta de tempo, o profissional pudesse fazê-lo no próximo plantão. No caso dos incidentes com dano grave/óbito, a orientação é que além de notificar no sistema, a Gerência de Riscos seja informada o mais rápido possível por telefone para iniciar a análise do evento adverso.

Estudo realizado por D'Aquino *et al* ⁽³⁰⁾ em 2014 observou que a notificação realizada imediatamente após o incidente permite maior agilidade na tomada de decisão por parte dos gerentes.

Em estudo realizado em hospital de ensino em Minas Gerais, os autores evidenciaram algumas barreiras na prática de notificações relacionadas à falta de conhecimento por parte de profissionais sobre “o que é erro, evento adverso e o próprio conceito de segurança do paciente.” Os autores informam ainda que foi relatada prática de notificações deficitária pela falta de preparo, de conhecimento e esquecimento ⁽¹⁹⁾.

Por meio da monitoração e incentivo constante da equipe de saúde para a realização de notificações, o setor de gerenciamento de risco poderá analisar os resultados e elaborar ações de melhoria para prevenir novos incidentes ⁽⁵⁾.

Alguns autores sugerem que é imprescindível investir na educação permanente dos profissionais como estratégia para melhoria na cultura de segurança. Wegner ⁽¹⁵⁾ refere que a educação permanente incentiva a troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais, dessa forma viabiliza discussões sobre a ocorrência de eventos e reflexão sobre as práticas e condutas. Siman, Cunha, Brito 2017 a prática educativa contínua pode melhorar a comunicação entre liderança e liderados, gerando um ambiente mais favorável à notificação ⁽¹⁹⁾.

Cabe ainda ressaltar que, de acordo com Fundação Nacional de Segurança do Paciente dos Estados Unidos, um achado fundamental dos últimos quinze anos é que as iniciativas de segurança do paciente só podem avançar se for feito do trabalho de equipe, cultura e engajamento do paciente um foco essencial ⁽¹⁷⁾.



8. Conclusão

8. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a análise dos incidentes relacionados à assistência à saúde notificados em hospital oncológico.

Verificou-se que a maioria das ocorrências foi classificada como evento adverso de dano leve, sendo que os principais incidentes registrados foram relacionados aos medicamentos.

A análise da adequação das notificações de incidentes revelou que a maioria estava adequada, evidenciando o comprometimento dos profissionais de saúde e da gestão com a segurança do paciente.

Os fatores contribuintes dos incidentes analisados pelos gestores das áreas eram, em sua maioria, relacionados a fatores humanos/equipe e a maior não conformidade das notificações estava na morosidade dos registros, seguidos de falta de alguns dados importantes para a investigação dos eventos adversos.

Este estudo pode direcionar estratégias educativas que podem ser adotadas para fomentar a cultura de segurança do paciente, por meio de treinamentos, orientações sobre registro de notificações e monitoramento de incidentes, divulgações das melhorias alcançadas e indicadores de segurança do paciente. Também é importante a oportunidade de educação permanente aos gestores e a equipe para análise dos incidentes em suas respectivas áreas de responsabilidade, com relação aos fatores contribuintes e oportunidades de melhoria.

Percebe-se a partir deste estudo que o monitoramento das ocorrências de incidentes nas instituições, principalmente na área de oncologia, é extremamente importante para adoção de medidas preventivas e corretivas, garantindo maior segurança do paciente.



Referências

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Final Technical Report. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 [Internet]. Geneva: WHO; 2009a [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 26 Jul 2013. nº 143 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/287504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
3. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. Rio de Janeiro: Yendis; 2009.
4. Guarilha JB, Andrade A, Bueno AA, Fassarella CS. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. Rev Rede Cuid Saúde [Internet]. 2013 [citado 4 Nov 2018];7(1):1-16. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1901>
5. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. Rev Enferm UERJ Online [Internet]. 2009 [citado 10 Dez 2018];17(4):467-72. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf
6. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. N Engl J Med [Internet]. 2011 [citado 4 Aug 2018];364:1037-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410372>
7. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, EL-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. Br Med J [Internet]. 2012 [citado 14 Out 2018];344:e832. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e832.full.pdf>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013 [Internet]. Rockville, MD: CDC/AHRQ; 2015.

- (AHRQ Publication n. 16-0006-EF) [citado 10 Dez 2018]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.tml>.
9. Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [citado 6 Out 2018];15(3):523-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>
 10. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [citado 8 Jul 2018];16(1):121-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16.pdf>
 11. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2010 [citado 14 Nov 2018];22(3):257-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07.pdf>
 12. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [citado 12 Ago 2018];68(1):144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
 13. Bittencourt AR. As representações do enfermeiro em oncologia expressões da resiliência [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009 [citado 7 Jan 2019]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=cab05632a&AN=unr.000024505&lang=pt-br&site=eds-ive&scope=site>
 14. World Health Organization. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009b [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
 15. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura de segurança do paciente: implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 22 Nov 2018];20(3):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>

16. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010
17. National Patient Safety Foundation. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after *To Err Is Human* [Internet]. Boston, MA: NPSF; 2015 [citado 8 Nov 2018]. Disponível em: http://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf
18. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care [Internet]. 2003 [citado 20 Nov 2018];12:ii17-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14645891>
19. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [citado 16 Jan 2019] ; 51:e03243. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342017000100445&lng=en. Epub Oct 09,2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.
20. Murff HJ, Forster AJ, Peterson JF, Fiskio JM, Heiman HL, Bates DW. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. J Am Med Inform Assoc [Internet]. 2001 [citado 20 Dez 2018];10(4):339-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181984/>
21. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMMC. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. RLAE [Internet]. 2014 [citado 16 Dez 2019]; 22(5):747-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99290>
22. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [citado 10 Ago 2018];34(1):164-72. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26538>
23. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação] [Internet]. Juiz de fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem; 2015 [citado 10 Dez 2018]. Disponível em:

<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>

24. Tinoco A, Evans RS, Staes CJ, Lloyd JF, Rothschild JM, Haug PJ. Comparison of computerized surveillance and manual chart review for adverse events. J Am Med Inform Assoc [Internet]. 2011 [citado 20 Dez 2018];18:491-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147601/>

25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Diário Oficial da União. 16 Jun 2014. nº 113 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html

26. Brasil. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (GVIMS/GGTES/Anvisa). Nota Técnica 01/2015: orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília; 2015 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União. 2013. [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

28. Melchiades EP. Segurança do paciente: análise das notificações de eventos em um hospital privado [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Julio Mequista Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2016.

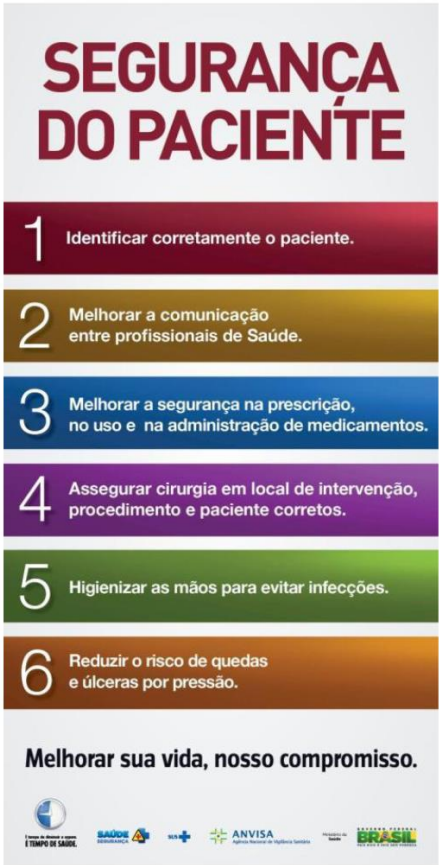
29. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP, Shimura CMN, Guilherme C, Rodrigues RAP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [citado 07 Jan 2019]; 11(Supl.5): 2046 - 55. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23358/18979>

30. D'Aquino, FFR. /incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: subsídios para a gestão [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Julio Mequista Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.
31. Castilho AFIM. Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança [tese] [Internet]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2015 [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/5662>
32. Massoco ECP, Melleiro MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. Ver Min Enferm [Internet]. 2015 [citado 15 Jan 2019]; 19(2): 187-91. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>
33. World Health Organization. Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO; 2017 [citado 28 Nov 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>



Apêndices

APÊNDICE 1- Folder de orientações (visualização externa).



SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

Programa Nacional de Segurança do Paciente
(ANVISA - RDC Nº 36, de 25/julho/2013)

Implementação de seis protocolos de segurança do paciente baseados nas seis metas internacionais

Contatos

Qualidade
Ramal 1703
qualidade@amaralcarvalho.org.br

Gerência de Riscos
Ramal 1252
gerenciaderisco@amaralcarvalho.org.br

www.amaralcarvalho.org.br



SEGURANÇA DO PACIENTE
Qualidade e Gerência de Riscos (GRSS)

Photo by VisualHunt

HOSPITAL AMARAL CARVALHO

FOLDER DE ORIENTAÇÕES (visualização interna).

Segurança do paciente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que segurança do paciente corresponde à redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde ao mínimo aceitável.

A partir da identificação e análise dos riscos, é possível estabelecer ações de melhoria e garantir maior segurança no atendimento. Por esse motivo, é muito importante que haja notificação dos incidentes.

O que é notificação?

É a comunicação feita por todos os profissionais da instituição, a fim de relatar os riscos e incidentes relacionados à assistência em saúde.

O que é um incidente?

Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Pode ser uma circunstância de risco, um quase evento, um evento sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).

O que pode ser notificado?

- ⇒ Incidentes relacionados à assistência em saúde (quedas, lesões, erros de medicação, entre outras)
- ⇒ Não conformidades de processos e rotinas
- ⇒ Desvios de qualidade (artigos médico-hospitalares, equipamentos, saneantes, medicamentos)
- ⇒ Reações adversas ao uso de medicamentos (gerais e quimioterápicos)
- ⇒ Incidentes e reações adversas envolvendo transfusões de sangue, componentes e transplantes de células e tecidos

Quem pode notificar?

Todos os profissionais da instituição.

Sistema de notificações - como acessar?



Em todos os computadores que fazem parte da rede do hospital, localize o ícone de acesso com login (MV) ou ícone de acesso anônimo.

No menu GESTÃO DE OCORRÊNCIAS, selecionar a opção REGISTRO DE OCORRÊNCIAS.

Está disponível um manual de orientações em todos os computadores, que foi elaborado pela equipe de TI (Tecnologia da Informação).

O que acontece com as notificações?

São avaliadas pelos respectivos receptores (Qualidade, GRSS, Padronização, Farmácias, Agência Transfusional) e classificadas por tipo, grau de dano, criticidade e procedência. Depois, encaminhadas aos gestores dos setores para análise e planejamento de ações de melhorias.

Nos casos de danos graves à pacientes, são investigadas pela GRSS e discutidas no NSP (Núcleo de Segurança do Paciente). Em seguida, realizadas reuniões com gestores das áreas para elaborar planos de ações de melhorias.

O que é NSP?

Núcleo de Segurança do Paciente.

* Comissão criada em 2013 conforme orientação da ANVISA (RDC 36, 25/07/2013) que monitora os incidentes e comunica ANVISA. Composta por membros da diretoria do hospital e representantes das principais áreas de assistência ao paciente.

APÊNDICE 2- Manual de Orientações.



Notificações de incidentes: segurança do paciente

Manual de Orientações sobre notificações e o monitoramento de incidentes no ambiente hospitalar.

Gerência de Riscos e Segurança em Saúde

Elaboração: Danielle Cristina Urbanetto Dionisio (Enfermeira GRSS)

Jaú

2019

*“Não podemos mudar a condição humana,
mas podemos mudar as condições sob as quais
os humanos trabalham”.*

James Reason

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	3
Hospital Amaral Carvalho	3
Gerência de Riscos e Segurança em Saúde	3
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	4
Sistema de Notificações – Gestão de Ocorrências	4
2. INTRODUÇÃO.....	6
2.1 Justificativa.....	8
3. OBJETIVO	10
4. DEFINIÇÕES IMPORTANTES.....	11
5. NOTIFICAÇÕES	13
6. ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES	22
REFERÊNCIAS	25

1. APRESENTAÇÃO

Hospital Amaral Carvalho (HAC)

Pessoa jurídica de direito privado dedicada à filantropia e referência em tratamento oncológico e realização de transplantes de medula óssea (TMO).

O HAC possui 40 especialidades médicas, que atendem os 308 leitos, dos quais 228 para atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80 destinados a convênios e particulares. A UTI possui 20 leitos e o Centro Cirúrgico 8 salas. O hospital também atua como campo de ensino, pesquisa e extensão para alunos e profissionais de Medicina, Enfermagem e outros cursos através da residência médica, residência multiprofissional e estágios.

A instituição é participante da Rede Sentinela, uma estratégia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que reúne instituições que prestam serviços em saúde, com o objetivo de monitorar eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária, nas áreas de farmacovigilância (medicamentos e imunobiológicos), tecnovigilância (cosméticos, artigos, equipamentos médicos e saneantes) e hemovigilância (sangue e componentes) que são notificados através do sistema nacional de notificações⁽⁷⁾. As informações de eventos adversos relacionadas à biovigilância (células, tecidos e órgãos) são notificadas através de FormSUS específico localizado no site da Anvisa. As notificações de incidentes relacionados à assistência são feitas no módulo específico do sistema da Anvisa chamado Notivisa -Assistência à Saúde⁽⁸⁾.

Gerência de Riscos e Segurança em Saúde (GRSS)

O setor que era vinculado ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), foi reestruturado em maio de 2017 e desde então, trabalha em parceria com o setor de Qualidade no direcionamento de ações de melhoria contínua da qualidade visando a acreditação da instituição.

A equipe é composta por um médico gerente de riscos, dois enfermeiros e um auxiliar administrativo. É responsável pelo gerenciamento de riscos e do sistema de notificações, acompanhamento das ocorrências relacionadas à segurança dos pacientes durante a assistência em saúde, dentre outras atribuições.

As notificações de queixas técnicas de medicamentos, equipamentos e artigos médicos são gerenciadas pela equipe de Padronização de Insumos e Artigos Hospitalares e também pela Engenharia Clínica. As reações adversas decorrentes do uso de medicamentos são analisadas pelas farmácias. Os eventos adversos relacionados ao uso de sangue e componentes são gerenciados pela Agência Transfusional/Hemonúcleo. Os eventos adversos relacionados ao uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos são gerenciados pela equipe de Transplante de Medula Óssea (TMO). As notificações correspondentes a não conformidades são responsabilidade da Qualidade. Os registros das Infecções Relacionadas à Assistência em saúde (IRAS) são gerenciadas pelo SCIH.

Todas as notificações informadas à Anvisa, sejam elas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, biovigilância são realizadas liberadas no sistema da Anvisa pelo Gerente de Riscos. As informações sobre IRAS são feitas à DRS pelo SCIH.

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente foi constituído em 2013, conforme a determinação da RDC nº36, de 22 de julho de 2013 ⁽⁶⁾.

Composto por membros da GRSS, Diretoria Técnica, Qualidade, SCIH, Hemonúcleo, Engenharia Clínica, Farmácia, Coordenação de Enfermagem, Registro Câncer Hospitalar e Segurança do Trabalho. O núcleo é responsável pelo cumprimento do Plano de Segurança do Paciente e avaliação dos eventos graves e relevantes que são discutidos em reuniões mensais, bem como as recomendações de melhorias e planos de ação.

Sistema de Notificações - Gestão de Ocorrências

A GRSS recebe notificações de forma espontânea através de sistema informatizado chamado “Gestão de Ocorrências” e também por outras vias de comunicação, como e-mail, telefone ou pessoalmente.

O software está disponível em todos os computadores que fazem parte da rede da instituição através de dois *links* na área de trabalho. Um de acesso registrado por login e outro de acesso anônimo.

2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estabelece que “segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” e esse conceito é o disseminado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil ^(24, 6).

O tema se tornou uma preocupação mundial em função dos danos sofridos durante a assistência em saúde, afetando não só o paciente, mas sua família e profissionais de saúde envolvidos. Com o passar dos anos e a divulgação na mídia desses incidentes, os pacientes estão muito mais atentos ao erro médico e exigem ação e transparência ^(12, 20).

Estudos apontam que a ausência de práticas de segurança pode facilitar a ocorrência de incidentes que atingem os pacientes hospitalizados, acarretando, aumento de taxas de infecções, do tempo médio de internação, elevação dos custos com o cuidado, complicações na evolução do paciente ou morte ^(3,16).

Há estimativa de estudos americanos de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta em pelo menos um evento adverso, como infecções, lesões por pressão, queda ou ocorrências relacionadas ao uso de medicamentos. Se considerarmos que metade desses incidentes poderiam ter sido evitados, a situação é ainda mais alarmante ^(1, 23). No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino apontou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis ⁽¹³⁾.

É válido pontuar, que nos processos de trabalho em oncologia, alguns fatores podem contribuir para a fragilidade da equipe. Segundo Bittencourt ⁽⁴⁾ o ambiente hospitalar oncológico possui fatores que podem influenciar na saúde física e mental dos profissionais no que se refere a complexidade do paciente, a agressividade terapêutica e a demanda emocional do paciente, da família e da equipe. “O contexto de trabalho da enfermagem em oncologia se traduz num espaço complexo, dinâmico, interativo, necessitando do enfermeiro respostas imediatas, eficientes e eficazes” (Bittencourt, 2009, p55) ⁽⁴⁾.

A OMS julga que os incidentes de segurança do paciente, geralmente são consequência de uma combinação de fatores contribuintes. Esses são definidos como circunstâncias, ações ou influências que estão presentes na origem ou no desenvolvimento de um incidente. São fatores relacionados aos pacientes (comorbidades, particularidades do quadro clínico, limitações físicas e mentais), fatores humanos (relacionados aos profissionais), os fatores relacionados ao sistema (organização, cultura e ambiente de trabalho) e os externos à organização (fora de sua governabilidade)⁽²⁵⁾.

É de extrema importância que as instituições conheçam esses incidentes, analise os fatores contribuintes para criar planos de ações de melhoria. Para isso é necessário fomentar a cultura de segurança, onde os colaboradores sintam-se confiantes em comunicar os fatos cientes de que serão tomadas medidas para melhoria dos processos, e de cultura justa, não focada no modelo punitivo⁽¹¹⁾.

Em seu estudo, Wegner⁽²²⁾ afirma que “o primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes”.

É reconhecido pelos estudiosos em cultura de segurança que há falhas sistêmicas e erro humano, sob as quais, os indivíduos não têm controle, mas também é ponderado que muitos erros ocorrem de interações previsíveis entre profissionais e o sistema. Sendo assim, em contraste com uma cultura que tem como princípio orientador “sem culpa”, uma cultura justa não aceita a ignorância consciente de riscos claros para pacientes ou má conduta profissional, como comportamento de risco ou imprudente^(15, 21).

Para que sejam estabelecidas as ações preventivas e o gerenciamento dos riscos que envolvem a segurança do paciente é essencial que os incidentes sejam comunicados pelos profissionais. Os sistemas de notificações voluntárias são um bom alicerce para os programas de segurança do paciente, como estratégia para garantir a qualidade⁽¹⁸⁾. A notificação voluntária é o método mais utilizado no mundo para reunir informações sobre incidentes e é mais eficiente se contar com a participação ativa dos colaboradores⁽¹⁴⁾.

“[...] a percepção dos profissionais de enfermagem é de que o sistema de notificação de EA é instrumento de auxílio à gestão da assistência ao paciente, que permite aos profissionais da assistência compartilhar responsabilidades com os administradores e estimular ações corretivas, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros EA” (Paiva et al, 2014, p752)⁽¹⁷⁾.

Para Capucho⁽¹⁰⁾, um dos maiores obstáculos para a notificação dos incidentes é a subnotificação, que pode estar relacionada à vários fatores, como medo, culpa, vergonha, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, além das dificuldades referentes ao tipo de sistema de notificação. Outro estudo elucidou que algumas das dificuldades enfrentadas no processo de notificação são referentes à falta de tempo e sobrecarga de trabalho; falta de treinamento, informação, de comunicação e conhecimento sobre quais eventos são notificáveis; esquecimento sobre os fatos que desencadearam o evento e ausência de feedback⁽¹³⁾.

Tinoco et all⁽¹⁹⁾ refere que é importante oferecer ferramentas para a notificação de incidentes, como por exemplo sistemas informatizados, que estão sendo cada vez mais utilizados por gestores em unidades de atendimento à saúde. Wachter⁽²¹⁾ menciona que com o passar dos anos, os sistemas de notificações de incidentes têm melhorado em tecnologia, abrangência e filosofia. Destaca também a possibilidade de sigilo, criação de estatísticas e, talvez mais importante, mas infelizmente não contemplada em todos os sistemas, é o direcionamento das notificações aos gestores, que tem a oportunidade de revisar, discutir os incidentes e desencadear ações.

Perante o exposto, observa-se que é fundamental para as organizações o monitoramento dos incidentes e só é possível fazê-lo se houver comunicação das ocorrências por meio de notificação espontânea, que ocorrerá proporcionalmente ao fortalecimento da cultura de segurança.

2.1 Justificativa

A proposta desse documento nasceu da percepção da equipe de gerenciamento de riscos sobre a necessidade de realizar ações educativas aos

colaboradores da instituição com o objetivo de incentivar a notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente. Observou-se existir subnotificação de ocorrências, que eram reportadas informalmente ou anotadas em prontuário e evoluções dos profissionais, mas não eram comunicadas à Gerência de Risco pelos canais instituídos. Supõe-se que a subnotificação ocorra por medo de punição, falta de conhecimento sobre o que notificar ou sobre a importância das notificações.

3. OBJETIVO

Esclarecer os profissionais sobre o tema segurança do paciente, a importância das notificações de incidentes e o monitoramento dessas notificações.

4. DEFINIÇÕES IMPORTANTES

- **Segurança do paciente:** “redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”⁽²⁴⁾.
- **Não conformidade:** não atendimento aos requisitos, definidos, regulamentados, ou ainda, contratados nos produtos produzidos ou serviços prestados⁽²⁾.
- **Desvio de qualidade / queixa técnica:** suspeita de alteração ou irregularidade do produto, relacionada a aspectos técnicos ou legais, podendo ou não causar dano à saúde do indivíduo ou da coletividade⁽⁷⁾;

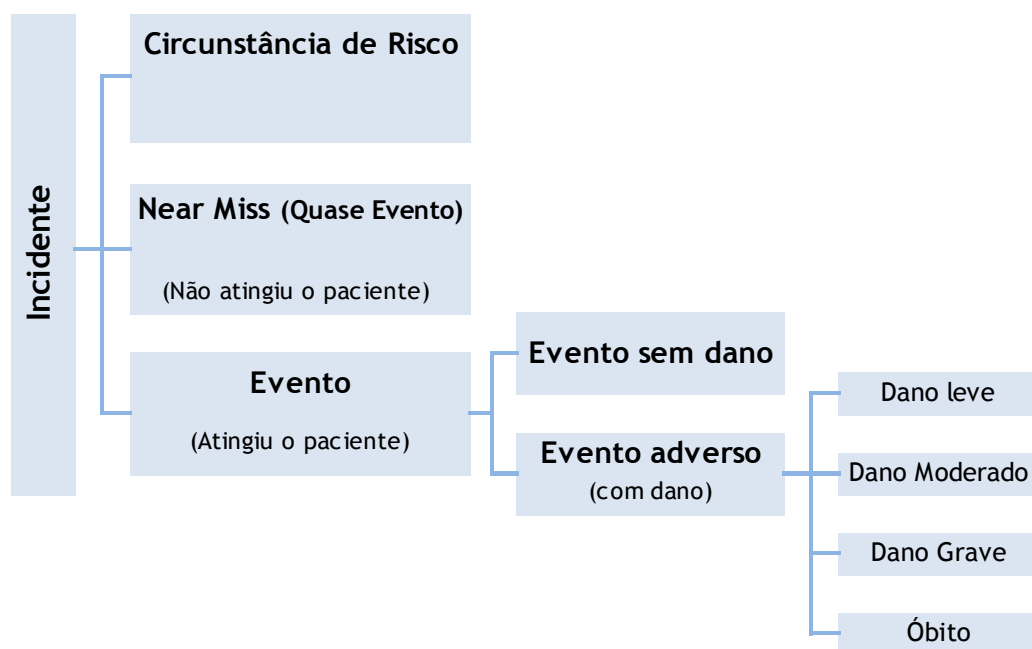
Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente⁽²⁴⁾:

- **Incidente** é “um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente”;
- **Circunstância de Risco:** agente ou circunstância com potencial de causar dano;
- **Near Miss (Quase evento):** quando o incidente é observado e interceptado antes de atingir o paciente;
- **Incidentes sem dano:** incidentes que atingem os pacientes, mas não causam danos,
- **Eventos adversos:** incidentes que resultam em danos temporários ou permanentes são chamados de eventos adversos (EA);
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito dele oriundo, como doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser, físico, mental ou psicológico.

Com relação aos danos causados pelos eventos adversos, a OMS os classifica por graus.

- **Dano leve:** o de consequência sintomática leve, sem intervenção ou com intervenção mínima requerida (ex: observação extra ou pequeno tratamento);
- **Dano moderado:** aquele de consequência sintomática que requer intervenção (ex: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), aumento na estadia ou danos a longo prazo;
- **Dano grave:** quando a consequência no paciente requer intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, causa danos permanentes ou a longo prazo;
- **Óbito:** que no balanço das probabilidades foi causado ou antecipado em curto prazo pelo incidente.

Figura 3.Classificação de Incidentes (ICPS WHO 2009)



Fonte: Elaborado pela autora.

5. NOTIFICAÇÕES

O que são as notificações?

São os relatos feitos pelos colaboradores da instituição, a fim de comunicar os riscos e incidentes relacionados à assistência em saúde.

O que é um incidente?

Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Pode ser uma circunstância de risco, um quase evento, um evento sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).

O que pode ser notificado?

- Incidentes relacionados à assistência em saúde (que envolveram pacientes)
- Não conformidades de processos e rotinas
- Desvios de qualidade (artigos médico-hospitalares, equipamentos, saneantes, medicamentos)
- Reações Adversas ao uso de Medicamentos (Gerais e Quimioterápicos)
- Incidentes e reações adversas envolvendo transfusões de sangue, componentes e transplantes de células e tecidos.

No sistema de notificações você encontrará uma lista com TIPOS DE OCORRÊNCIA e cada uma delas mostrará as opções de OCORRÊNCIA a escolher. Essa lista foi cadastrada baseada nas recomendações da Anvisa e nas ocorrências mais

frequentes no último ano. Caso você queria sugerir algum tipo ou ocorrência que não encontrar, entre em contato com a GRSS, por gentileza.

Tabela1. Tipos de Ocorrência e Ocorrências correspondentes. Hospital Amaral Carvalho - Jaú. 2019

Tipo de ocorrência	Ocorrência
Aspiração	Broncoaspiração
Assistência ao paciente	Procedimento/ tratamento/ intervenção não realizado
	Procedimento/ tratamento/ intervenção errado
	Procedimento/tratamento/intervenção incompleto ou inadequado
	Assistência Geral
	Procedimento/tratamento/intervenção em paciente errado
Atividades Administrativas	Admissão
	Alta
	Regulação / referenciamento
Cirúrgicos	Cancelamento de Cirurgia
	Procedimento cirúrgico em lado errado do corpo
	Procedimento cirúrgico em local errado do corpo
	Procedimento em paciente errado
	Retenção não intencional de corpo estranho em cavidade após cirurgia.
	Abertura involuntária da ferida operatória (deiscência)
	Exposição de órgãos pela ferida operatória após a cirurgia (evisceração)
	Hemorragia após a cirurgia
	Lesão de órgão após a cirurgia
Desvio de Qualidade	Componentes do sangue e hemoderivados
	Materiais e Saneantes
	Materiais consignados
	Materiais excedentes
	Medicamentos
	Paciente errado

Dieta Integral (Oral, cateter oral ou nasal, ostomias)	Dieta errada
	Via errada
	Frequência errada
	Consistência errada
	Não administração
	Paciente errado
Dieta Parenteral (Via intravenosa)	Dieta errada
	Via errada
	Frequência errada
	Não administração
	Prontuário
Documentos	Rotulo / Etiqueta
	Prescrição médica
	Registro / Ficha de Atendimento
	Prontuário
	Laudos / Resultados
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Evasão	Evasão
Exame	Cancelamento de Exames
	Perda de Amostra
	Troca de exames
Extravasamento	Extravasamento de Quimioterápicos
	Extravasamento de Contrastes
	Extravasamento de Medicamentos em Geral
Flebite	Mecânica
	Química
	Infecciosa
Identificação do Paciente	Identificação incorreta/ incompleta da pulseira
	Identificação incorreta/ incompleta do leito
	Falta de pulseira de identificação
	Falta de identificação no leito

Infecção	Infecção de Sítio Cirúrgico Superficial - ISC Superficial
	Infecção de Sítio Cirúrgico Profundo - ISC Profundo
	Infecção de Sítio Cirúrgico de Órgão ou Espaço- ISC Órgão ou Espaço
	Infecção do Acesso Vascular - IAV
	Infecção do Trato Gastrointestinal
	Infecção do Trato Urinário -ITU
	Infecção do Trato Urinário relacionado ao Cateterismo Vesical- ITURC
	Infecção Neurológica
	Infecção Osteoarticular
	Infecção Primária da Corrente Sanguínea Clínica- IPCS Clínica
	Infecção Primária da Corrente Sanguínea com Confirmação Laboratorial- IPCS laboratorial
	Infecção Tegumentar
	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica- PAV
	Pneumonia Não Associada a Ventilação Mecânica- NPAV
	Sepse
Lesão	Lesão Por Pressão Detectada na Admissão (Desenvolvida no domicílio/outra instituição)
	Lesão Por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos (Desenvolvida nesta instituição)
	Lesão Por Pressão (Desenvolvida nesta instituição)
	Queimadura
	Lesão de Córnea
	Lesão de Pele (em geral)
	Radiodermite
Medicamento	Erro de administração
	Erro de dispensação
	Erro de prescrição
	Erro de transcrição
Não conformidade	Processo / Rotina
	Quebra de acordo
	Estrutura física

Queda	Queda de paciente
	Queda de colaborador
	Queda de visitante/acompanhante
Reação Adversa a Medicamento	Quimioterápico
	Contraste
	Medicamentos em geral
Retirada Não programada (perda) de dispositivo invasivo	Cânula endotraqueal
	Cânula de traqueostomia
	Cateter Venoso Periférico
	Cateter Venoso Central
	Cateter de Pressão Arterial Invasiva (PAI)
	Cateter Central de Inserção Periférica (PIC)
	Sonda Nasogástrica
	Sonda Nasoenteral
	Sonda Enteral (Gastrostomia, Jejunostomia, Ileostomia)
	Sonda Vesical de Demora
	Dreno Cirúrgico
Transfusão	Reação Transfusional

Fonte: Sistema Gestão de Ocorrências.

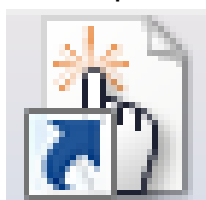
Quem pode notificar?

Todos os colaboradores da instituição.

Sistema de notificações - como acessar?

Em todos os computadores que fazem parte da rede do hospital, localize o ícone de acesso com *login* (MV) ou ícone de acesso anônimo.

Figura. Ícone do sistema disponível nos computadores.



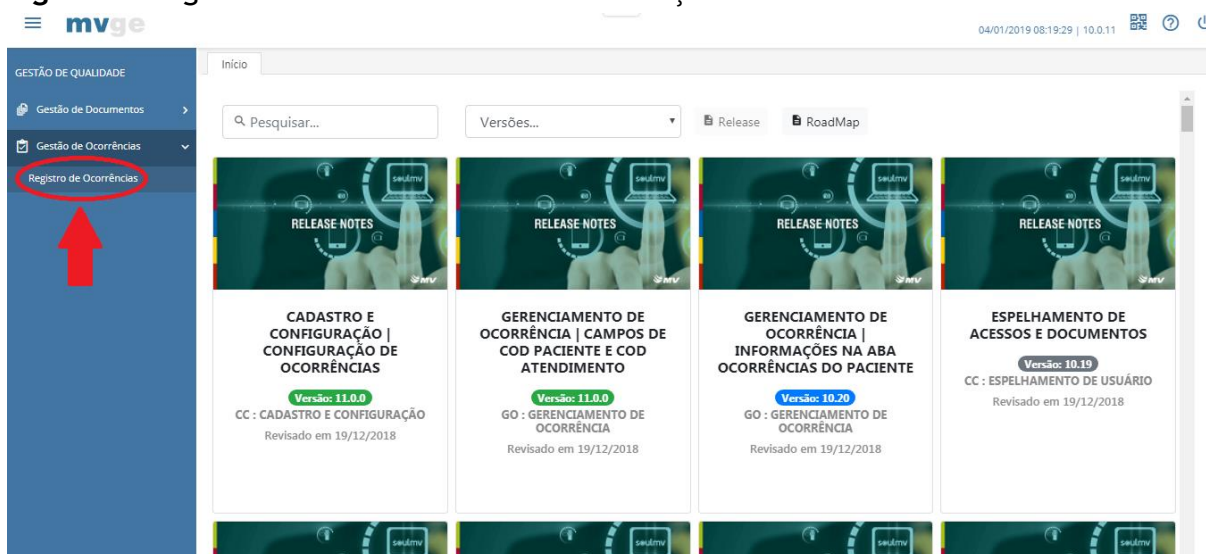
Fonte: Sistema Gestão de Ocorrências

A notificação pode ser:

- Identificada: quando o colaborador tiver acesso (*login*) ao sistema MV;
- Anônima: nos casos de não ter acesso ao MV ou preferir sigilo de informações.

No menu GESTÃO DE OCORRÊNCIAS, selecionar a opção REGISTRO DE OCORRÊNCIAS.

Figura 3. Página inicial do Sistema de Notificações.



Fonte: Sistema Gestão de Ocorrências

É importante que sejam preenchidos todos os campos obrigatórios, para localizar o paciente, compreender o incidente e gerar as estatísticas.

Figura 4. Página de Registro de Ocorrências.

Fonte: Sistema Gestão de Ocorrências

Figura 5. Página de Registro de Ocorrências (detalhe).

The screenshot shows a web form for recording incidents. At the top, there's a toggle for 'Anônimo' and buttons for 'Meus Registros', 'Limpar', and a user icon. The form is divided into several sections: 'Organização do Registrante' (FUNDACAO AMARAL CARVALHO), 'Setor do Registrante' (PADRAO), and 'Registrante' (TATIANA ROBERTA GONCALVES BARREIRO). Below these are 'Organização da Ocorrência' (FUNDACAO AMARAL CARVALHO) and 'Setor da Ocorrência' (highlighted with a red box and number 1). The 'Responsável' field is empty. Further down, there are four dropdown menus: 'Tipo Ocorrência' (highlighted with a red box and number 2), 'Ocorrência' (highlighted with a red box and number 3), 'Método de Detecção', and 'Ação Imediata'. Below these is the 'Título' field with the placeholder 'Informe o título do Registro da Ocorrência'. To the right of the title are two date/time pickers: 'Data do Ocorrido' (highlighted with a red box and number 4, showing 04/01/2019) and 'Hora do Ocorrido' (highlighted with a red box and number 5, showing 08:20). At the bottom, there's a text area for 'Insira a descrição'.

Fonte: Sistema Gestão de Ocorrências

1. Setor da Ocorrência: o setor onde aconteceu ou teve início o incidente.

Há casos em que um profissional observa o evento logo que o admitiu transferido de outro setor. É importante identificar corretamente o setor onde ocorreu o incidente, no caso, o setor de origem do paciente.

2 e 3. Tipo de Ocorrência e Ocorrência: os quais se encaixam no incidente observado, caso não exista essa ocorrência cadastrada no sistema, favor entrar em contato com a Gerência de Riscos para orientações ou escolher a opção mais próxima possível.

4 e 5. Data do Ocorrido e Hora do Ocorrido: A data e horários que aparecem são as do momento de abertura do sistema, é preciso que se altere esses campos para a data e horário da ocorrência do incidente.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Gerência de riscos (GRSS).

O que acontece com as notificações?

São avaliadas pelos respectivos receptores:

- **Qualidade:** avalia não conformidades;
- **Padronização:** avalia desvios de qualidade de materiais e saneantes, materiais consignados, excedentes e medicamentos;
- **Agência Transfusional:** avalia reações transfusionais de sangue e componentes;

- **Gerência de Riscos:** avalia incidentes envolvendo pacientes.

Na **AVALIAÇÃO** são classificados por:

- **Tipo de incidente:** se é uma circunstância de risco, quase evento ou evento adverso e qual o grau de dano nesse caso.
- **Criticidade:** Se é uma não conformidade de nível crítico maior (que ofereça grande risco) ou menor (que não oferece grandes riscos à segurança do paciente).
- **Procedência:** Se a notificação procede e seguirá para análise ou se não procede e será arquivada. Quando arquivada, ela não será analisada pelos gestores e não será contabilizada nas estatísticas. São consideradas improcedentes os registros que não fornecem informações suficientes para continuidade, os que não correspondem à segurança do paciente ou da instituição.

Depois da **AVALIAÇÃO**, as notificações seguem caminhos distintos:

- **Desvios de qualidade:** São acompanhadas pelos setores de Padronização e Hemonúcleo com suas respectivas ocorrências;
- **Não conformidades:** São encaminhadas aos gestores responsáveis pelos processos para análise;
- **Reações transfusionais:** São acompanhadas e tratadas no Hemonúcleo;
- **Ocorrências envolvendo pacientes:**

- Circunstâncias de Riscos, Quase eventos, Eventos sem dano, Eventos adversos de dano leve e moderado: São encaminhados aos gestores responsáveis pelos setores de ocorrência, para que procedam análise e tratativa.

- Eventos de dano grave e óbitos: São analisados pela GRSS junto com os responsáveis pelos setores. Depois de conhecidos os fatores que contribuíram para a ocorrência, é realizada uma reunião para traçar as tratativas e o planos de ação. Posteriormente são encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Depois de analisados, os eventos são comunicados à Anvisa, por meio de notificação eletrônica. Os dados são tabulados e apresentados à diretoria e aos setores por meio de um informativo mensal, e constituem a base para elaboração de indicadores e análise crítica.

6. ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES

Esta etapa corresponde à investigação do incidente. É a etapa onde os gestores levantam as informações, os fatores que contribuíram para a ocorrência, descrevem a tratativa do incidente e as ações programadas para evitar recorrência. Para isso é essencial incentivar o desenvolvimento de um ambiente de cultura justa baseada na segurança do paciente.

Os gestores analisam os fatores contribuintes através de ferramenta adaptada no sistema. Essa seleção pode ser feita através de Diagrama de Ishikawa, no qual a lista de fatores contribuintes está distribuída por grupos:

Tabela 2. Fatores contribuintes por grupos

FATORES DO PACIENTE
Comorbidades do paciente
Comportamento agressivo
Comportamento arriscado / imprudente
Dificuldades linguísticas
Excesso de confiança
Fadiga / exaustão
Fatores emocionais
Limitações físicas do paciente (motoras, auditivas, visuais)
Não adesão ao tratamento
Paciente sem acompanhante (quando indicado)
Percepção / Compreensão
Problemas com uso / abuso de substâncias
Quadro clínico do paciente
AMBIENTE
Afastado ou a longa distancia do serviço
Distrações no ambiente
Equipe reduzida no plantão
Fatores relacionados à infraestrutura / ambiente físico
Intercorrências no plantão
Sobrecarga de trabalho
TAREFA / PROCEDIMENTO
Falha no Sistema de Informação
Falha no uso de tecnologias
Indisponibilidade de recursos
Mobilização do dispositivo intravenoso
GESTÃO

Falha de protocolos / políticas / documentos
Falta de cultura de segurança
Fatores externos (fora da governabilidade da instituição)
Indisponibilidade de protocolos / políticas / documentos
Indisponibilidade de recursos
Normativas e Leis estaduais e regionais
FATORES INDIVÍDUAIS
Acumulo de tarefas
Ausência / esquecimento
Ausência de anotações (prontuário / sistema / documentação do paciente)
Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
Comportamento agressivo
Comportamento arriscado / imprudente
Comportamento negligente
Descumprimento de normas
Dificuldades linguísticas
Distração / desatenção
Erro técnico na execução (desempenho)
Fadiga / exaustão
Falha de comunicação
Fatores emocionais
Informações ilegíveis (prontuário / documentação do paciente)
Liderança da equipe
Não cumprimento de normas / protocolos
Parcialidade
Percepção / Compreensão
Problema / evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbais)
Problema / evento adverso na execução do trabalho
Problemas com uso / abuso de substâncias
Sabotagem / ato criminoso
Saúde física e mental
Seletividade
Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento
Supervisão e solicitação de ajuda
EQUIPE
Ausência de anotações (prontuário / sistema / documentação do paciente)
Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
Falha de comunicação
Informações ilegíveis (prontuário / documentação do paciente)
Problema / evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbais)
Problema / evento adverso na execução do trabalho
Seletividade

Fonte: Elaborada pela autora.

Nos casos de eventos adversos de dano grave/óbito, a GRSS realiza investigação com a colaboração dos gestores da área e se necessário, convida outros profissionais que porventura possam colaborar com conhecimento específico sobre o caso.

É usado um formulário específico baseado no Protocolo de Londres conforme orientação da Anvisa⁽⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality. 2013 Annual Hospital-Acquired Condition Rate and Estimates of Cost Savings and Deaths Averted From 2010 to 2013 [Internet]. Rockville, MD: CDC/AHRQ; 2015. (AHRQ Publication n. 16-0006-EF) [citado 10 Dez 2018]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.tml>.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulário. NBR ISO 9000/;2005. [citado 22 Jan 2019]. Disponível em: <http://gestao-de-qualidade.info/iso-9000.html>
3. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. Rev Enferm UERJ Online [Internet]. 2009 [citado 10 Dez 2018];17(4):467-72. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf
4. Bittencourt AR. As representações do enfermeiro em oncologia expressões da resiliência [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009 [citado 7 Jan 2019]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=cat05632a&AN=unr.000024505&lang=pt-br&site=eds-ive&scope=site>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União. 2013. [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 26 Jul 2013. nº 143 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/287504/RDC_36_2013_COM_P.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Diário Oficial da União. 16 Jun 2014. nº 113 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html

8. Brasil. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (GVIMS/GGTES/Anvisa). Nota Técnica 01/2015: orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília; 2015 [citado 16 Jul 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. [citado 20 Jan 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>
10. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [citado 10 Ago 2018];34(1):164-72. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26538>
11. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [citado 12 Ago 2018];68(1):144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
12. Guarilha JB, Andrade A, Bueno AA, Fassarela CS. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. Rev Rede Cuid Saúde [Internet]. 2013 [citado 4 Nov 2018];7(1):1-16. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1901>
13. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação] [Internet]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem; 2015 [citado 10 Dez 2018]. Disponível em:

<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>

14. Murff HJ, Forster AJ, Peterson JF, Fiskio JM, Heiman HL, Bates DW. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 2001 [citado 20 Dez 2018];10(4):339-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181984/>
15. National Patient Safety Foundation. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after *To Err Is Human* [Internet]. Boston, MA: NPSF; 2015 [citado 8 Nov 2018]. Disponível em: http://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf
16. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med* [Internet]. 2011 [citado 4 Aug 2018];364:1037-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410372>
17. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *RLAE* [Internet]. 2014 [citado 16 Dez 2019]; 22(5):747-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99290>
18. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [citado 16 Jan 2019]; 51:e03243. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342017000100445&lng=en. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.
19. Tinoco A, Evans RS, Staes CJ, Lloyd JF, Rothschild JM, Haug PJ. Comparison of computerized surveillance and manual chart review for adverse events. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 2011 [citado 20 Dez 2018];18:491-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147601/>
20. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. Rio de Janeiro: Yendis; 2009.
21. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010

22. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura de segurança do paciente: implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 22 Nov 2018];20(3):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>
23. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, EL-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. Br Med J [Internet]. 2012 [citado 14 Out 2018];344:e832. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e832.full.pdf>
24. World Health Organization. Final Technical Report. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 [Internet]. Geneva: WHO; 2009a [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
25. World Health Organization. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009b [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf



ANEXOS

ANEXO 1- Modelo de Ficha de Notificação



Fundação Hospital Amaral Carvalho

Notificação de Ocorrência

Emissão do relatório: 00/00/0000 - 00:00

Notificante:

Notificação Nº 00000 de 00/00/0000 00:00 - QUEDA DE PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE (R.A.)

0000000 – Nome do paciente

Tipo: INTERNAÇÃO/AMBULATÓRIO

RGP: 0

Origem/Leito: UI XXXXXXXX / Leito: 000

Prestador: Médico Responsável

Data: 00/00/0000

CID: XXXXXXXXXXXXXXXX

Idade: 00

PACIENTE INTERNADO OU AMBULATORIAL?

INTERNADO

DATA DA

QUEDA

00/00/0000

HORARIO DA OCORRENCIA

00:00HORAS

SETOR/QUARTO E LEITO

UNIDADE XXXXXXXXX

LOCAL ESPECIFICO DA QUEDA

NA PORTA DO BANHEIRO

SE QUEDA DO LEITO: HAVIA GRADES DE PROTECAO?

NÃ
O

QUEDA DA PROPRIA ALTURA: ESTAVA ACOMPANHADO? SIM

QUAL O MOTIVO DA QUEDA?

DOR E DESEQUILIBRIO
NÃ
O

PACIENTE POSSUI ACOMPANHANTE?

HOUE

LESOES?

QUAIS MEDIDAS FORAM TOMADAS APOS A QUEDA?

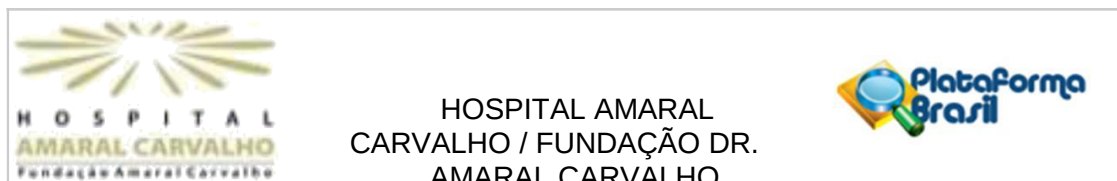
ESCORIAÇÃO NO JOELHO DIREITO
COLOCADO PACIENTE NO LEITO E
COMUNICADO A
PLANTONISTA

Detalhes do usuário

00:00 HORAS, CLIENTE CHAMANDO PELA ENFERMAGEM POIS HAVIA SE DESEQUILIBRADO AO TENTAR IR ATÉ O BANHEIRO.

Evolução da notificação (Gerência de riscos)

ANEXO 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL AMARAL
CARVALHO / FUNDAÇÃO DR.
AMARAL CARVALHO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTE HOSPITALAR ONCOLÓGICO.

Pesquisador: DANIELLE CRISTINA URBANETTO DIONISIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82036718.0.3001.5434

Instituição Proponente: FUNDACAO DOUTOR AMARAL CARVALHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.635.506

Apresentação do Projeto:

Projeto para obtenção do título de mestrado em que será realizado um estudo descritivo com objetivo de identificar e analisar os incidentes relacionados à assistência em saúde que foram notificados no HAC.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar os incidentes relacionados à assistência em saúde, notificados no HAC e elaborar Protocolo de Monitoramento de Eventos relacionados à Assistência em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há riscos mínimos para a realização desta pesquisa por tratar-se de estudo retrospectivo de dados institucionais, sem identificação de pacientes. Quanto aos benefícios, o estudo analisará dados relacionados à cultura de segurança institucional, podendo ser fonte de informação para implementação de medidas preventivas de incidentes relacionados à segurança do paciente, além de estabelecer protocolos na instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Houve aprovação da instituição co-participante conforme parecer 2.498.931 de 20/04/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados sendo eles: autorização do chefe do

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP **Município:** JAU

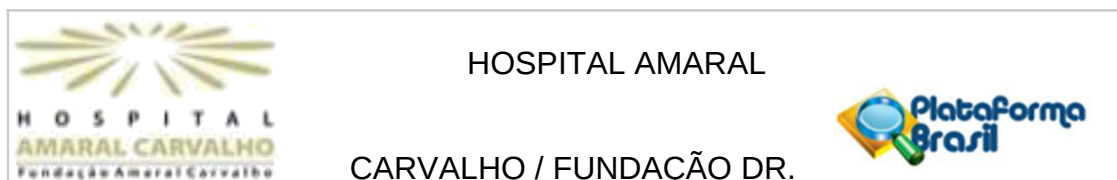
Telefone (14)3602-

:

1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br



AMARAL CARVALHO

Continuação do Parecer: 2.635.506

serviço e da diretoria da instituição, declaração de ônus financeiro, curriculum vitae das pesquisadoras, termo de sigilo e confidencialidade dos dados. Foi solicitado dispensa do TCLE com a justificativa de que o estudo será retrospectivo e não haverá identificação dos dados dos pacientes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Entendo que a dispensa do TCLE é pertinente, visto que os dados estudados serão da notificação e não dos pacientes; e ressalto que o estudo dos dados notificados na instituição foram autorizados pelo chefe do serviço e pela diretoria da instituição.

Não vejo entraves éticos, visto que a instituição autoriza o estudo, sugiro aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Informamos que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar Relatórios Semestrais referentes à evolução do estudo e Relatório Final contendo os resultados da pesquisa.

Qualquer alteração/emenda o projeto deverá passar novamente por apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Não autorizamos divulgação dos dados e/ou publicação sem antes passar para análise deste CEP o Relatório Final de encerramento do estudo contendo os resultados da pesquisa.

ANTES DE INICIAR A PESQUISA É OBRIGATÓRIO QUE O PESQUISADOR ENCAMINHE-SE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA PROVIDENCIAR A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	declaracao_dani.pdf	04/04/2018 14:11:17	Oswaldo Contador Junior	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1078912.pdf	23/03/2018 12:53:42		Aceito

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-

mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br



HOSPITAL AMARAL
CARVALHO / FUNDAÇÃO DR.
AMARAL CARVALHO



Continuação do Parecer: 2.635.506

Outros	cv_danielle.pdf	23/03/2018 12:52:42	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	cv_silvana.pdf	23/03/2018 12:52:23	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	oficio_cancelamento_EMENDA.pdf	23/03/2018 12:51:43	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	folha_dani.pdf	23/03/2018 12:43:36	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	dispensatcle.pdf	23/03/2018 12:42:55	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	termodanielle.pdf	23/03/2018 12:40:01	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	termosilvana.pdf	23/03/2018 12:39:41	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	oficios_encaminhamento.pdf	23/03/2018 12:38:55	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	termo_relatoriofinal.pdf	23/03/2018 12:38:28	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	autorizacao_servico.pdf	23/03/2018 12:37:26	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	autorizacao_dracristina.pdf	23/03/2018 12:36:50	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Outros	declaracao_onus.pdf	23/03/2018 12:29:36	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDanielle.pdf	12/01/2018 11:28:44	DANIELLE CRISTINA URBANETTO	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br



HOSPITAL AMARAL
CARVALHO / FUNDAÇÃO DR.
AMARAL CARVALHO



Continuação do Parecer: 2.635.506

JAU, 04 de Maio de 2018

Assinado por:

**Oswaldo Contador Junior
(Coordenador)**

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br