



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR –
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

ALICE EULÁLIA CHAGAS RIBEIRO

Notificações de incidentes no espaço hospitalar: criação de um sistema de notificação interno online em hospital público federal

Rio de Janeiro

2021

ALICE EULÁLIA CHAGAS RIBEIRO

Notificações de incidentes no espaço hospitalar: criação de um sistema de notificação interno online em hospital público federal

Relatório final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiane de Oliveira Novaes

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

C484 Chagas Ribeiro, Alice Eulália
Notificações de incidentes no espaço hospitalar:
criação de um sistema de notificação interno online
em hospital público federal / Alice Eulália Chagas
Ribeiro. -- Rio de Janeiro, 2021.
103

Orientador: Cristiane de Oliveira Novaes.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2021.

1. Evento adverso. 2. Segurança do paciente. 3.
Sistema online. 4. Notificação. 5. Tecnologia em
saúde. I. de Oliveira Novaes, Cristiane, orient.
II. Título.

*Notificações de incidentes no espaço
hospitalar: criação de um sistema de
notificação interno online em hospital
público federal*

ALICE EULÁLIA CHAGAS RIBEIRO

APRESENTADO EM: 7 de abril de 2021

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Cristiane de Oliveira Novaes
Presidente / Orientadora
UNIRIO

Prof.ª Dr.ª Alessandra Bento Veggi David – externo à UNIRIO
1ª Examinadora

Prof.ª Dr.ª Eliza Cristina Macedo
2ª Examinadora

Prof.ª Dr.ª Pacita Germana de Souza Aperibense – externo à UNIRIO
Suplente

Prof.ª Dr.ª Danielle Galdino de Paula
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu avô e à minha mãe, *in memoriam*, escritores e poetas, Diamantino Chagas e Maria Dalva Chagas Ribeiro, pela inspiração.

AGRADECIMENTOS

À minha filha, pela participação, incentivo e empenho em ajudar-me a prosseguir.

Ao meu marido, pela companhia e paciência em ouvir e esperar.

RESUMO

Introdução: O processo de notificação visa monitorar a ocorrência de incidentes para melhor compreensão e desenvolvimento de estratégias de prevenção e redução de danos, assim como promover a melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado prestado. O presente estudo teve como meta a estruturação de três produtos, a saber: Produto 1 – Produto bibliográfico técnico e tecnológico intitulado “Caracterização dos incidentes em um hospital público federal entre os anos 2014 a 2019”; Produto 2 – Produto bibliográfico técnico e tecnológico intitulado “Criação de sistema interno *online* para notificação de incidentes no espaço hospitalar: relato de experiência”. Produto 3 – Produção técnica intitulada “Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno *online* para notificação de incidentes”. **Objetivo:** Criar um sistema interno *online* para monitoramento dos incidentes em um hospital federal, a partir do FormSUS, bem como organizar um guia orientador para a sua utilização para auxiliar os profissionais no processo de notificações. **Materiais e Métodos:** O primeiro produto foi um estudo transversal após pesquisa em base de dados secundários de acesso restrito referente ao período de 2014 a 2019, que identificou 10.837 incidentes classificados segundo as Metas Internacionais de Segurança do Paciente: Eventos Adversos, Incidentes sem Dano, Quase Falhas, Circunstâncias Notificáveis. O sistema de notificação foi construído por meio da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde para criação de formulários públicos, conhecida como FormSUS versão 3.0. O instrumento já é existente no Ministério da Saúde com base na interface do FormSUS organizado a partir de dados, tais como: dados da internação, data da ocorrência do incidente, descrição completa do incidente, identificação do profissional notificador, contato por e-mail, telefone ou presencial, cargo e função do profissional notificador. **Resultados:** Finalmente, foi estruturado um guia orientador para preenchimento das notificações de forma simples, baseado em dúvidas mais frequentes, no qual se explicam detalhadamente os incidentes e a forma de acessar o sistema interno *online* de notificação para o envio ao Núcleo de Segurança do Paciente. **Conclusões:** Caracterizar e analisar os dados relacionados aos incidentes ocorridos no hospital é um exercício fundamental, pois auxilia o processo de educação contínua sobre segurança do paciente. A partir desse conhecimento, a criação de um sistema *online* de notificação, e do manual para o preenchimento correto dos formulários, pode contribuir para aumentar a adesão dos profissionais às notificações e trazer informações fidedignas para o desenvolvimento de estratégias que reduzam os danos ao paciente.

Descritores: Evento adverso. Segurança do paciente. Sistema *online*. Notificação. Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The notification process aims to monitor the occurrence of incidents in order to better understand and develop strategies for preventing and reducing harm, as well as promoting continuous improvement in the quality and safety of the care provided. The present study aimed at structuring three products, namely: Product 1 – Technical and technological bibliographic product entitled “Characterization of incidents in a federal public hospital between the years 2014 and 2019”; Product 2 – Technical and technological bibliographic product entitled “Creation of an internal online system for notification of incidents in the hospital space: experience report”. Product 3 – Technical production entitled “Guiding guide for the proper filling of data in the internal online system for notification of incidents”. **Objective:** Create an internal online system for monitoring incidents in a federal hospital, using FormSUS, as well as organizing a guiding guide for its use to assist professionals in the notification process. **Materials and methods:** The first product was a cross-sectional study after searching a secondary database with restricted access for the period from 2014 to 2019, which identified 10,837 incidents classified according to the International Patient Safety Goals: Adverse Events, Incidents Without Damage, Almost Failure, Circumstances Notifiable. The notification system was built using the platform of the Informatics Department of the Unified Health System to create public forms, known as FormSUS version 3.0. The instrument already exists at the Ministry of Health based on the FormSUS interface organized from data, such as: hospitalization data, date of the incident, complete description of the incident, identification of the notifying professional, contact by e-mail, telephone or in person, position and function of the notifying professional. **Results:** Finally, a guiding guide for filling out notifications in a simple way was structured, based on the most frequent doubts, in which the incidents are explained in detail and how to access the internal online notification system for sending to the Patient Safety Center. **Conclusions:** Characterizing and analyzing the data related to the incidents that occurred in the hospital is a fundamental exercise, as it helps the process of continuous education on patient safety. Based on this knowledge, the creation of an online notification system, and the manual for the correct filling of forms, can contribute to increase the professionals' adherence to the notifications and bring reliable information for the development of strategies that reduce harm to the patient.

Descriptors: Adverse event. Patient safety. Online system. Notification. Health technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Definições disponíveis referentes ao conceito de qualidade	14
Figura 1 –	Taxonomia de incidentes com base na Classificação Internacional de Segurança do Paciente	17
Figura 2 –	Classificação Internacional de Segurança do Paciente	18
Figura 3 –	Modelo do queijo suíço e a prevenção de acidentes – Reason (1990)	22
Figura 4 –	Motivos que contribuem para não notificar	26
Figura 5 –	Motivos que contribuem para notificar	27
Quadro 2 –	Versão impressa do formulário de notificação de incidentes	99
Figura 6 –	E-book “Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno <i>online</i> para notificação de incidentes”	101

PRODUTO 01 – Artigo 1

Tabela 1 –	Ocorrência e Fatores Associados aos Incidentes: Análise por Metas	46
Tabela 2 –	Ocorrência e Fatores Associados aos Incidentes: Análise por Tipo de Ocorrência	47

PRODUTO 02 – Artigo 2

Figura 1 –	Fluxograma para notificar incidentes	64
Quadro 1 –	Termo anterior para notificações	65
Quadro 2 –	Notificações de incidentes mais frequentes	67
Figura 2 –	Sistema de Notificação de Incidentes <i>Online</i>	68

PRODUTO 03 – Produção Técnica

Figura 1 –	Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente	76
Figura 2 –	Motivos para não notificar incidentes	78
Figura 3 –	Motivos para notificar incidentes	79
Quadro 1 –	Incidentes	81
Quadro 2 –	Evento sentinela – notificação obrigatória	82
Figura 4 –	Sistema de Notificação de Incidentes <i>Online</i>	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	Análise Causa-Raiz
AMSP	Aliança Mundial para a Segurança do Paciente
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Área de Planejamento Sul
BI	<i>Business Intelligence</i>
BPF	Boas Práticas de Funcionamento
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETIC	Tecnologia da Informação em Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
FormSUS	Formulários do Sistema Único de Saúde
GDHI	<i>Global Digital Health Index</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICPS	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Instituto Americano de Medicina
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
PDCA	Preparar, Implementar, Avaliar, Decidir
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROQUALIS	Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
SSUP	Sistema de Saúde Suplementar
TCLE	Termo de Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TS	Telessaúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Qualidade em Serviços de Saúde	13
2.2	Segurança do Paciente	16
2.3	Referencial Normativo Brasileiro	20
2.4	Erros e Violações	21
2.5	Impacto Social e Econômico do Erro	23
2.6	Notificação de Incidentes pelos Profissionais	25
2.7	Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde	28
3.	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4.	JUSTIFICATIVA	32
4.1	Intervenção	33
4.1.1	Apresentação dos Produtos	33
5.	METODOLOGIA	35
5.1	Materiais e Métodos	35
5.2	Etapas da pesquisa	35
5.3	Delineamento da Pesquisa	36
5.4	Aspectos Éticos	37
6.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	39
6.1	Produto 01. Artigo	39
6.2	Produto 02. Artigo	55
6.3	Produto 03. Produção Técnica	73
6.3.1	Produto Acadêmico	74
6.3.2	Objetivo	75
6.3.3	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente	75
6.3.4	Relevância das Notificações	77
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
8.	PERSPECTIVAS FUTURAS	89
	APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES COM BASE NO FORMSUS	99
	APÊNDICE 2 – E-BOOK “GUIA ORIENTADOR PARA O PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS DADOS NO SISTEMA INTERNO ONLINE PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES”	100
	ANEXO 1 – CARTA DE ACEITE DO PRIMEIRO ARTIGO	102
	ANEXO 2 – CARTA DE ACEITE DO SEGUNDO ARTIGO	103

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido alvo de esforços em nível mundial com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, e tem como um dos marcos importantes o relatório de Harvard publicado em 1999 pelo Instituto de Medicina Americano (IOM) referente ao erro humano (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), os sistemas de notificação devem ser considerados uma fonte de aprendizagem para o aprimoramento contínuo da segurança e da qualidade dos cuidados prestados. Prover o cuidado centralizado no paciente, agregar e facilitar o acesso aos dados de alta qualidade e à taxonomia são itens essenciais para o manejo do problema (YU *et al.*, 2016).

Diversos países têm adotado estratégias para aumentar o número de notificações de incidentes (SOUZA; LAGE; RODRIGUES, 2019). Assim, o principal objetivo dos sistemas de notificação de incidentes é investigar e analisar os dados e, com as informações obtidas, disseminar e implementar recomendações que promovam a redução desses eventos. Considerando a aprendizagem e a melhoria dos processos, os sistemas de notificação de incidentes devem prover recursos adequados e apoio organizacional, com definições claras e ações colaborativas. As notificações exigem o envolvimento dos profissionais como condição *sine qua non* para a melhoria das estruturas e processos que possam constituir a ocorrência de incidentes (WACHTER; GUPTA, 2018).

O Reino Unido é um exemplo pelo seu sistema de notificação de incidentes para o cuidado em saúde, denominado *National Reporting and Learning System*, ou seja, um Sistema Nacional de Notificação e Aprendizagem (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH RESEARCH, 2016). Na Nova Zelândia, foi definido o *Safety Reporting System*, com tecnologias envolvidas na padronização, formatação, comunicação, *feedback*, análise, aprendizagem e respostas acerca dos incidentes ocorridos, assim como a disseminação dos desdobramentos desses incidentes (HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION NEW ZEALAND, 2016). A *Healthcare Improvement Scotland* adota uma abordagem de aprendizagem referente aos eventos adversos (EA), em nível local e nacional, que visa contribuir para a segurança do sistema de cuidados para todos, oferecer recursos para desenvolver habilidades, cultura e sistemas para uma aprendizagem efetiva. A iniciativa é coerente na identificação, notificação e revisão dos EA, permitindo que boas práticas sejam ativamente promovidas em todo o país (HEALTHCARE IMPROVMENT SCOTLAND, 2018).

No Brasil, a notificação de incidentes é obrigatória, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). Trata-se de uma ferramenta reativa para a gestão de risco, para a vigilância e o monitoramento do que é notificado – essenciais para que ações específicas sejam praticadas pelos profissionais de saúde, cruciais para a aprendizagem e para a qualificação da segurança do paciente (CALDAS, 2019). A Portaria nº 529/2013, na RDC nº 36/2013, prevê que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são as instâncias que devem promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, devendo ser aplicadas a todos os serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo ações de ensino e pesquisa, em todo o território nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; BRASIL, 2013a).

Face ao exposto, o presente trabalho se propôs, em convergência com o compromisso para com a segurança do paciente, a identificar o perfil da ocorrência de incidentes em um hospital federal do município do Rio de Janeiro; bem como a desenvolver um instrumento interno e *online*, acompanhado de manual, que sirva à normatização do processo de notificação para identificação, monitoramento, análise e manejo da ocorrência de incidentes, propiciando o aprendizado e qualificando as ações para a intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade em Serviços de Saúde

A perspectiva de implementar processos de qualidade em serviços de saúde tem sido objeto de interesse em todo o mundo, considerando-se o conceito de qualidade como o grau com que os serviços de saúde voltados para o cuidado de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale revolucionou a área de enfermagem ao promover mudanças no ensino e no cuidado ao paciente. Através da sua observação e análise sobre as condições precárias dos hospitais ingleses durante a Guerra da Crimeia, introduziu mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, provocando melhorias como a redução do número de infecções e mortes (NEUHAUSER, 2003).

De 1914 a 1934, o cirurgião Ernest Amory Codman não obteve apoio nas suas ideias organizacionais. Codman acreditava que o trabalho desenvolvido pelos médicos era limitado por não haver uma avaliação final. Ele fundou um hospital privado onde acompanhou sistematicamente os pacientes, registrando os erros de diagnóstico e tratamento, os tipos de erro ocorridos, falta de conhecimento e habilidade, julgamento cirúrgico e falha no processo do cuidado. Nesta época, Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts, nos Estados Unidos, já argumentava que, para obter melhores resultados no cuidado aos pacientes, era necessário melhorar as condições dos hospitais, e propôs o primeiro método de monitoramento do resultado do cuidado, alegando que é fundamental verificar se o cuidado prestado foi efetivo (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Codman, um militante pioneiro nesta área, conseguiu influenciar positivamente o Colégio Americano de Cirurgiões, que criou em 1917 o primeiro elenco de padrões hospitalares, conhecido como “padrões mínimos”. Os padrões mínimos constituíram-se no alicerce da estratégia de avaliação dos serviços de saúde conhecida como acreditação (LUCHE; BINDMAN; LEE, 1994).

Atualmente, a área de saúde vem evidenciando dificuldades em solucionar as demandas crescentes, devido ao aumento populacional, da longevidade e de doenças associadas. Em diversas situações, a inovação, a tecnologia e o alto custo dos recursos diagnósticos e terapêuticos não são suficientes para atender às necessidades da população. Nesse contexto, a

gestão estratégica é um caminho para posicionar as instituições de forma a garantir a continuidade do cuidado a longo prazo (RESE *et al.*, 2017).

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação em saúde, cuja característica é fazer um juízo de valor. Contudo, o conceito de qualidade do cuidado vem se modificando ao longo do tempo, conforme demonstrado no Quadro 1 (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, M., 2012).

Quadro 1 – Definições disponíveis referentes ao conceito de qualidade

Donabedian- 1980	Cuidado de qualidade é maximizar o bem-estar do paciente, considerando o balanço entre os ganhos e perdas em todas as etapas do processo de cuidado
Associação Médica Americana 1984	A qualidade do cuidado contribui para melhorar e manter a qualidade e a duração da vida.
Office of Technology Assessment, 1988	Qualidade de um prestador é o grau em que a assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, em razão do estado do conhecimento médico.
Palmer, 1991	Qualidade da assistência é medida da melhora da saúde do paciente, ajustadas as restrições da tecnologia e pela gravidade da doença; é coordenar a tecnologia disponível, habilidades e julgamento para melhorar a saúde dos pacientes
Donabedian – 1990	Considerando a qualidade do cuidado como uma dimensão mais ampla, foram definidos sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, otimização, legitimidade, equidade.
Institute of Medicine, IOM, 1990	Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes em conhecimento profissional corrente.
Institute of Medicine IOM, 2001	Foram definidas as dimensões que ganharam mais adesão, incluindo a segurança e cuidado centrado no paciente, efetividade, eficiência, equidade.

Fonte: Blumenthal, 1996.

Avis Donabedian, em 1990, considerando a qualidade do cuidado como uma dimensão mais ampla, incluiu sete pilares, a saber: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Para o autor, a eficácia é a capacidade na ciência e na tecnologia empregadas no cuidado, na intervenção de produzir impacto potencial em uma situação ideal, isto é, de melhorias à saúde em circunstâncias favoráveis. A efetividade é o grau de melhoria na saúde alcançado de fato, representando a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa em funcionamento e o impacto potencial em uma situação ideal. A eficiência é a capacidade de diminuir custos sem comprometer o nível de melhoria da saúde; diz respeito à relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento e seus custos. Por sua vez, a otimização consiste no balanço entre melhorias na saúde e custos para o alcance dessas melhorias, visto que o processo de aumentar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos. A aceitabilidade refere-se à conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares (depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e amenidade do cuidado). A legitimidade é a conformidade com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação. A equidade é relativa à conformidade a princípios justos e legítimos na distribuição equânime, sem distinções, discriminações ou preferências, para o cuidado e concessão de benefícios entre os membros da população.

A segurança do paciente aparece pela primeira vez como dimensão constituinte do conceito de qualidade do cuidado quando o Instituto de Medicina Americano (IOM), em 1999, publicou o relatório *National Healthcare Quality Report* (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Outra importante publicação do IOM foi o *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, destacando outras dimensões da qualidade que ganharam ampla adesão na comunidade internacional: oportunidade, segurança, efetividade, eficiência, cuidado centrado no paciente e equidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). De acordo com estas duas publicações, a definição de oportunidade é a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado. Por seu turno, a segurança consiste em evitar lesões e danos decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudar os pacientes. A efetividade é o cuidado baseado no conhecimento científico para todos, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão; concerne, portanto, à subutilização e à sobreutilização. A eficiência equivale ao cuidado sem desperdício, incluindo o associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia. O cuidado centrado no

paciente refere-se ao cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. E, finalmente, citam a qualidade do cuidado, que não deve variar em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Como mencionado, a Organização Mundial da Saúde (DONALDSON; PHILIP, 2004) define a qualidade do cuidado em saúde como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Compreende-se, então, que a segurança é uma dimensão da qualidade que se refere aos direitos das pessoas a terem o risco de dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável (RUNCIMAN, W. *et al.*, 2009).

2.2 Segurança do Paciente

Atualmente, as pessoas sobrevivem a doenças que antes eram fatais, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral e, à medida que a efetividade do cuidado de saúde aumenta, cada vez mais pacientes envelhecem mantendo suas doenças sob controle. As projeções atuais sugerem que, até o ano 2030, 25% da população de muitos países viverão mais de 90 anos (VINCENT; AMALBERTI; 2016). Segundo Chantler (1999) o processo do cuidado mudou, corroborando o aforismo de Hipócrates, ao afirmar que o cuidado era simples no passado, menos efetivo e relativamente seguro; já na atualidade passou a ser mais complexo e efetivo, porém potencialmente perigoso. Na Antiguidade, a cura da doença era uma prática procurada nos templos e coexistiam várias escolas de medicina, entre elas a escola da qual fez parte Hipócrates, que viveu entre 460 a.C. e 377 a.C. Considerado o pai da medicina, Hipócrates afirmava que o médico deveria dirigir os cuidados com a finalidade de alcançar a recuperação do paciente, abstendo-se de toda maldade e dano. Assim, o termo *primum non nocere*, que significa primeiro não causar dano, é reconhecido como uma das primeiras referências explícitas à segurança do paciente (PITA, 2007).

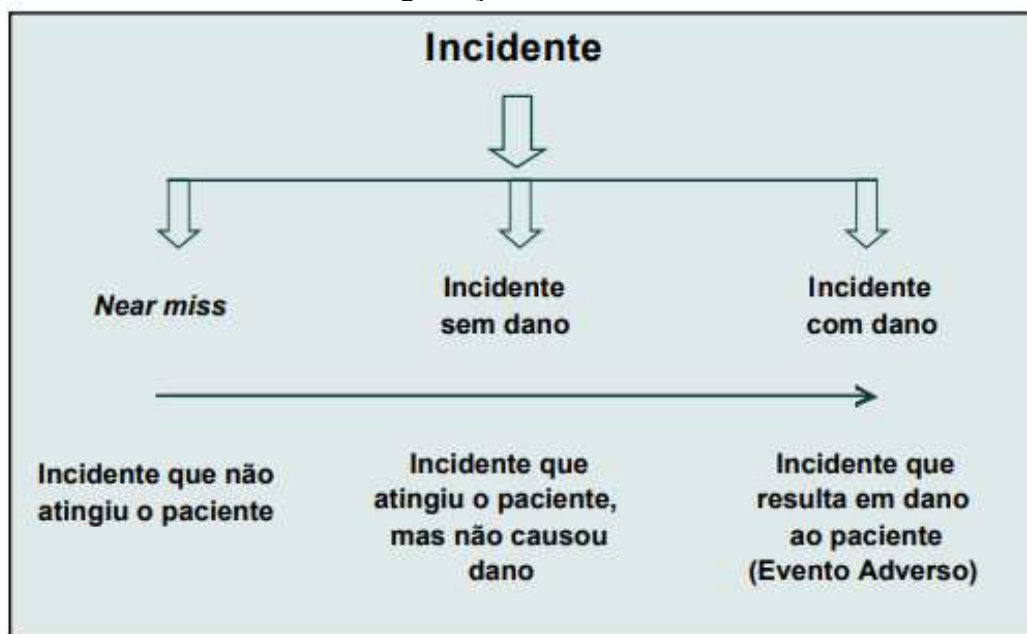
Nos últimos anos, os processos de cuidado têm vivenciado uma série de transformações e melhorias em todo o mundo. Segundo Couto *et al.* (2018), a atenção aos aspectos relacionados à segurança do paciente tem aumentado no Brasil, sendo acompanhada pelo incremento dos conhecimentos genuinamente nacionais. No entanto, os estudos nacionais ainda mostram que

o Brasil está aquém de outros países, embora muito já tenha sido realizado graças aos esforços de milhares de profissionais e instituições responsáveis.

O *Harvard Medical Practice Study*, realizado em 1984 em hospitais do estado de Nova Iorque, tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do paciente internado e é considerado pioneiro por seu escopo e desenho (BRENNAN *et al.*, 2004; LEAPE, 2008). Esse estudo gerou o relatório *To err is human*, publicado em 1999 pelo IOM, que apresentou a frequência de ocorrência dos eventos adversos (EA) (KOHN; CORRIGAN; DONALDS, 2000; LEAPE, 2008). A partir desse marco, o tema segurança do paciente ganhou projeção em muitos países, alertando para os erros no processo do cuidado em saúde e para os danos.

A preocupação com a segurança do paciente levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*The World Alliance for Patient Safety*) em 2004, com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde e conceituar as questões envolvidas com a segurança do paciente (DONALDSON; PHILIP, 2004). Desse modo, uma de suas primeiras iniciativas foi o desenvolvimento de uma taxonomia, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Taxonomia de incidentes com base na Classificação Internacional de Segurança do Paciente

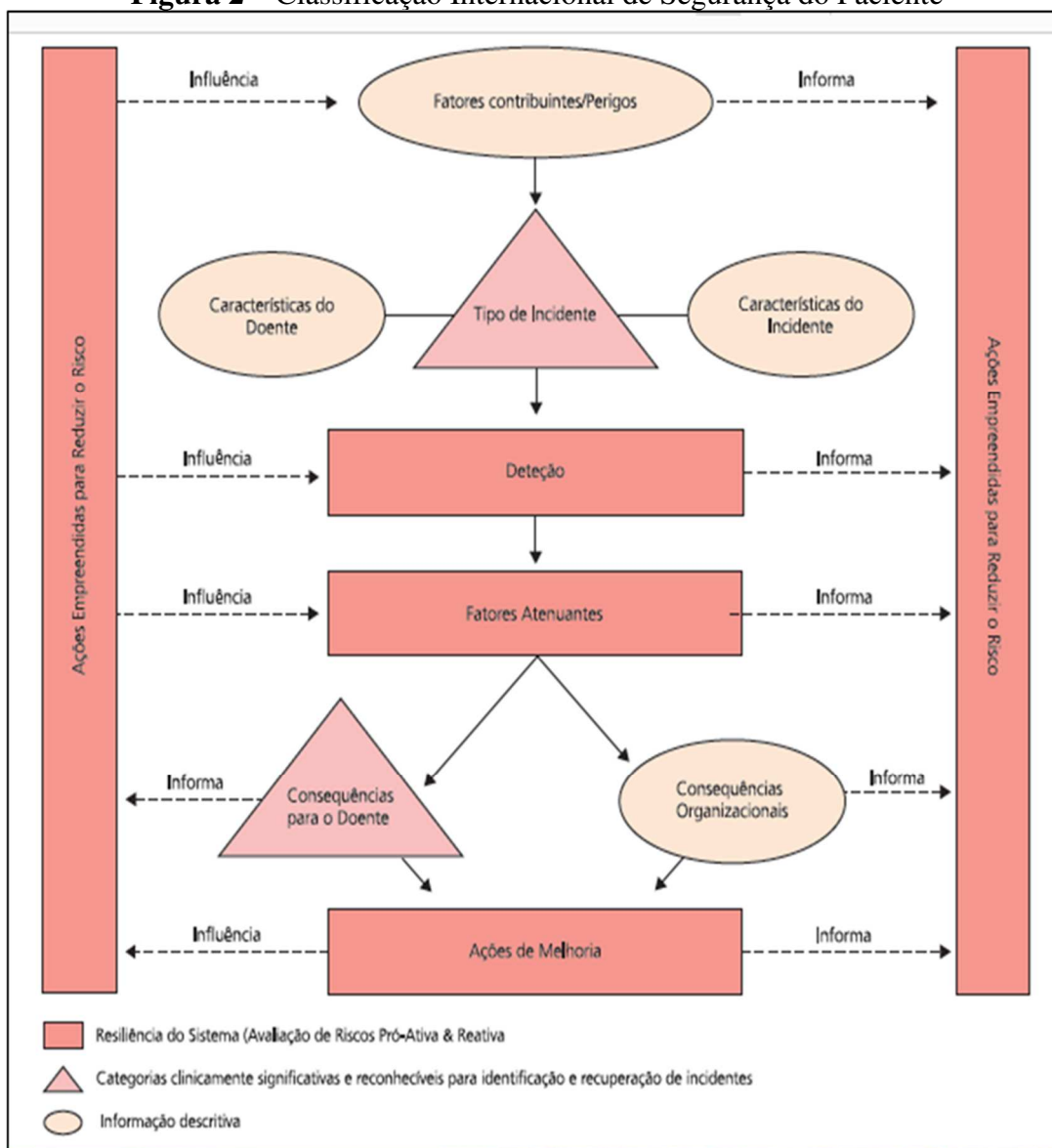


Fonte: Proqualis, 2012.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, junto ao grupo de trabalho coordenado por William Ruciman, que participou do projeto australiano *Shared Meanings*, desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) (WORDL HEALTH

ORGANIZATION, 2009a), um esquema conceitual que auxilia na compreensão global da segurança do paciente, contribuindo para a construção do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme se observa na Figura 2. A estrutura da ICPS não só indica a taxonomia, como também organiza a forma de raciocinar, à medida que se estabelecem as relações entre as causas e consequências dos incidentes e de que forma as ações podem prevenir ou reduzi-los, na lógica de uma organização que aprende com os erros (MENDES, W., 2019).

Figura 2 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente



Nota: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS). Traduzido para o português pela Divisão de Segurança do Paciente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde do Ministério de Saúde de Portugal.
Fonte: World Health Organization, 2009a.

No presente estudo, serão adotados os termos “incidente com dano” e “evento adverso” (EA) como sinônimos, segundo as definições para os principais termos relacionados na ICPS (WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2009a), descritas a seguir:

- Incidente: todo evento ou circunstância que poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente.
- Evento: algo que ocorre com ou envolve o paciente.
- Circunstâncias notificáveis: situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.
- Agente: substância, objeto ou sistema que age para produzir mudança.
- Dano: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico.
- Dano associado ao cuidado de saúde: dano surgido por, ou associado a, planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde em vez de uma doença de base ou lesão.
- Cuidados de saúde: serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde.
- Saúde: estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas ausência de doença ou enfermidade.
- Doença: disfunção fisiológica ou psicológica.
- Erro: falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação ou comissão) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são, por definição, não intencionais.
- Violação: divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou regra. São de forma habitual intencionais, apesar de raramente maliciosas; e, em determinado contexto, podem se tornar rotineiras ou automáticas; um exemplo de violação é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.

O *Journal of Patient Safety and Risk Management* introduz o debate sobre a terceira vítima, definido como os profissionais que trabalham na área segurança do paciente, como as equipes de qualidade, gerenciamento de riscos, profissionais de comunicação encarregados de lidar com as consequências públicas dos erros, especialistas que dão apoio a pacientes e

familiares. Sabe-se que os danos atingem não só pacientes, como também afetam os profissionais diretamente envolvidos, conhecidos como a segunda vítima. Os profissionais são vítimas invisíveis dos eventos adversos nos hospitais (HOLDEN; CARD, 2019).

2.3 Referencial Normativo Brasileiro

Como membro da OMS, o Brasil participa da segurança do paciente em todos os estados brasileiros e foram criadas bases legais necessárias para a organização e gestão dos serviços em saúde. A Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, do Ministério da Saúde (MS), instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS) no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para monitoramento de produtos e serviços em saúde (BRASIL, 2009). E a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, estabeleceu requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) em saúde e padrões para as ações de qualidade e segurança (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

O MS instituiu o PNSP através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, buscando melhorar a qualidade dos processos do cuidado, promovendo a segurança do paciente, a gestão de risco, a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), incentivando a participação de pacientes e familiares no cuidado, facilitando o acesso a informações referentes à segurança do paciente, a promoção da cultura de segurança, a disseminação de conhecimentos e incluindo o tema no ensino, na graduação, pós-graduação e pesquisa (BRASIL, 2013a). O documento de referência para o PNSP versa sobre a implantação de ações, prevenção de riscos e redução de incidentes, desde a admissão, transferência, alta, até o óbito (BRASIL, 2014).

A RDC nº 36, publicada em 25 de julho de 2013, estabeleceu ações e providências para a segurança do paciente, e tornou obrigatória a implantação do NSP em todos os serviços de saúde no território nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), além de nomear a composição dos membros executores para a atuação nestes núcleos, conferindo-lhes autoridade, responsabilidade e poder para as seguintes ações definidas no PNSP:

- 1) Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

- 2) Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- 3) Implementação de protocolos estabelecidos pelo MS;
- 4) Identificação do paciente;
- 5) Higienização das mãos;
- 6) Segurança cirúrgica;
- 7) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 8) Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- 9) Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- 10) Manutenção de registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- 11) Prevenção de quedas dos pacientes;
- 12) Prevenção de úlceras por pressão;
- 13) Prevenção e controle de EA em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS);
- 14) Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- 15) Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- 16) Estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- 17) Promoção do ambiente seguro.

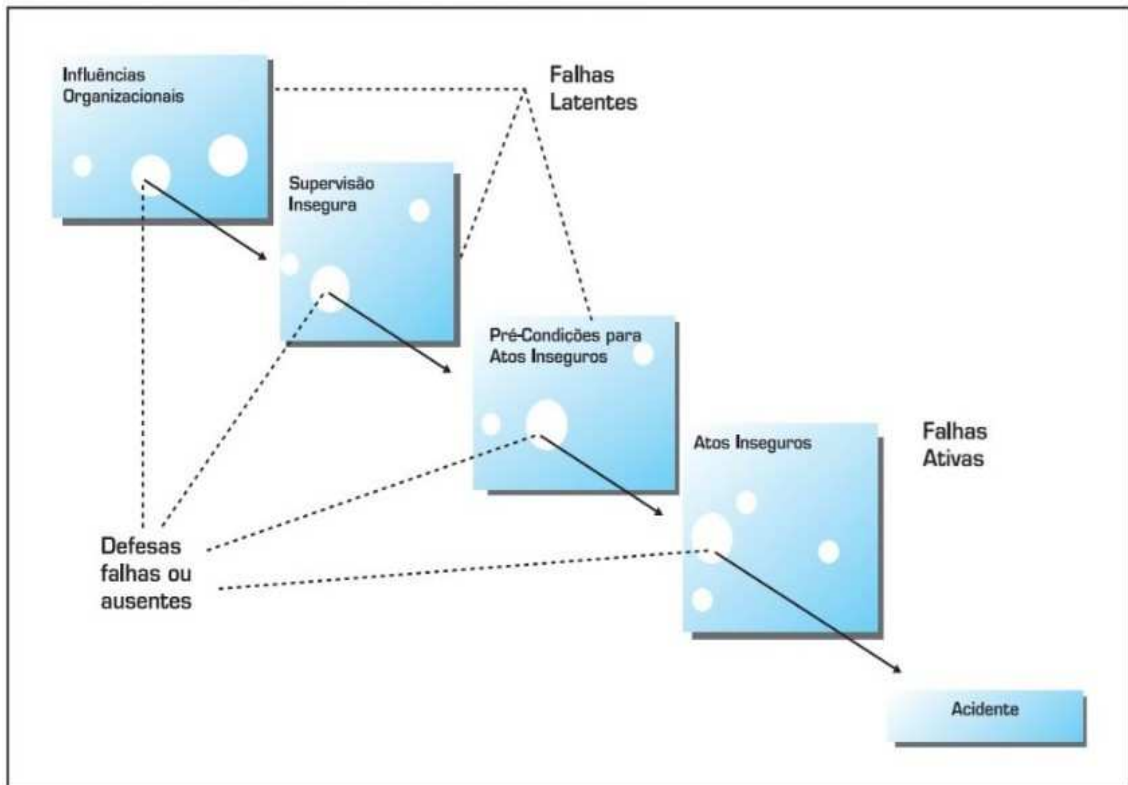
O PNSP representa um marco para a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovou os protocolos de prevenção de quedas; identificação do paciente; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013b). Posteriormente, a Portaria MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, validou os protocolos de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL, 2013c).

2.4 Erros e Violações

O professor de psicologia da Universidade de Manchester, James Reason, autor do modelo epidemiológico, ou queijo suíço, utilizou a análise de risco em áreas de segurança como a aviação, engenharia e serviços de saúde (FERNANDES *et al.*, 2014). Nesse modelo,

a segurança do paciente é representada como barreiras ou defesas, comparando-se o sistema humano a fatias de queijo suíço postas lado a lado, pelas quais o risco de uma ameaça pode ser eliminado (Figura 3).

Figura 3 – Modelo do queijo suíço e a prevenção de acidentes – Reason (1990)



Fonte: ISO 45001 – certificacao.iso.com.br

Em teoria, as barreiras defensivas não permitem a concretização de um risco, frente às falhas humanas. Enfileiradas, algumas barreiras podem funcionar como alarmes; outras são focadas em ações de ponta representadas por cirurgiões ou pilotos; outras dependem de procedimentos e de controles gerenciais. Os “furos” no queijo suíço se sucedem em função de erros ativos e erros latentes, que permitem a distinção da contribuição humana no sistema. Os erros latentes inevitáveis são gerados pelo desenho do processo e seu funcionamento (REASON, 2000). O autor explica que a abordagem sistêmica do erro tem como premissa básica a falha humana, e que, como é impossível mudar a natureza humana, as condições de trabalho devem ser melhoradas por meio de sistemas de defesa; a questão mais importante é identificar como e por que as defesas falham (REASON, 2003).

Pelo fato de sua teoria estar intrinsecamente voltada para a prática, Reason propõe algumas definições operacionais. O erro é um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades, mentais ou físicas, falha em alcançar o resultado

esperado e quando essas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso. Ele também distingue as ações que não ocorrem conforme a intenção pretendida daquelas em que há inadequação do planejamento, assim como aponta duas definições operacionais subsequentes: os deslizes e os lapsos, que são erros que resultam de falhas na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma sequência de ações, independente de o plano ser ou não adequado (REASON, 2003).

Em relação às violações, estas diferem dos erros por envolverem um elemento de escolha e implicarem ações fora do prescrito nas normas, que incorrem em risco de dano. Runciman considera as violações como atos repreensíveis, executados com clara intenção, mas as aproxima dos problemas ligados à adesão a protocolos e procedimentos padronizados no âmbito da área de saúde por comprovada efetividade (RUNCIMAN, B.; MERRY; WALTON, 2007).

Christophe Dejours (LANCMAN; SZNELWAN, 2004) alerta sobre os mecanismos de defesa coletivos, a passividade e o desinteresse dos profissionais quanto aos procedimentos na área de saúde. Ademais, expôs que os efeitos deletérios do sofrimento podem insensibilizá-los e propiciar os fatores que incidem diretamente na segurança do paciente. Assim, propôs um modelo sistêmico de compreensão das ações e tarefas importantes para as atividades profissionais dentro do contexto de trabalho, considerando as múltiplas inserções envolvidas no microcosmo em que o trabalho é realizado (DEJOURS, 2011).

2.5 Impacto Social e Econômico do Erro

O IOM estimou que ocorrem aproximadamente 44.000 a 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos devido a EA. Anualmente, um milhão de pacientes admitidos nos hospitais norte-americanos são vítimas de EA por erros evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDS, 2000). Países membros da União Europeia demonstram ocorrência de 8 a 12% de EA nas internações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Segundo a OMS, as infecções estão entre as maiores causas de morte e aumento de morbidade entre os pacientes hospitalizados, levando a prejuízos sociais, econômicos e a problemas de estruturação nas instituições de saúde. A morbidade e a mortalidade associadas às IRAS são significativas, resultando em menor qualidade de vida, maior tempo de internação e em cerca de 99.000 mortes a cada ano.

No Brasil, a prevalência de EA em pacientes internados no SUS é de 6,4%, dos quais 1,9% são EA graves e 22,8% com mortalidade. No Sistema de Saúde Suplementar (SSUP), a prevalência de EA é de 7,1%, sendo 1,4% de EA graves e com mortalidade de 12% (COUTO *et al.*, 2018). A incidência de óbito ultrapassou a taxa de 20% de pacientes vítimas de EA graves. Os principais eventos relatados foram a endocardite infecciosa, septicemia, choque séptico, úlcera por pressão, insuficiência respiratória aguda, aspiração pulmonar, mediastinite, insuficiência renal aguda, pneumonia, meningite e infecção relacionada a dispositivo intravascular. A fração de mortalidade atribuível aos EA graves que são preveníveis correspondeu a 30,5% no SUS e 36,1% no SSUP (COUTO *et al.*, 2018).

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma instituição intergovernamental que busca soluções para problemas mundiais, evidenciou que 15% dos custos hospitalares são referentes à ocorrência de EA; estima-se que o custo total seja de trilhões de dólares por ano (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017). Nos Estados Unidos, o ônus econômico das IRAS é estimado em US\$17 a US\$29 bilhões anualmente (NEVES; BULGARELI, 2019).

Destaca-se que as consequências da insegurança do paciente vão além dos EA e do aumento do custo hospitalar, pois incluem as morbidades, os prejuízos ao paciente e família, a perda da dignidade, do respeito, sofrimento psíquico e quebra da confiança (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017). No que concerne aos profissionais de saúde, são relatados efeitos psicológicos como raiva, culpa, depressão e até suicídio devido a falhas reais ou percebidas. A esse respeito, a ameaça de uma ação legal pode agravar esses sentimentos e levar à perda de confiança na capacidade de atuação do profissional. Assim, o medo da punição afeta os profissionais de saúde, causando uma resistência em relatar os erros que resultarão em ações disciplinares (RODZIEWICS; HOUSEMAN; HIPSKIND, 2018).

A magnitude, o impacto social e a gravidade dos EA relacionados à assistência médico-hospitalar desencadearam um amplo movimento de órgãos governamentais e não governamentais em todo o mundo, incluindo o Brasil, para o controle e prevenção destas ocorrências, mobilizando esforços para vigilância e notificação desses incidentes (COUTO *et al.*, 2018).

2.6 Notificação de Incidentes pelos Profissionais

O sistema de notificação de incidentes permite que os profissionais de saúde registrem, de forma voluntária ou confidencial, a ocorrência de incidentes, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre erros e riscos. Por meio da investigação e análise dos incidentes, geram-se informações e correções das fragilidades e falhas (MEYER-MASSETI, 2011). Wachter e Gupta (2018) mencionam as características para o funcionamento adequado de um sistema de notificações, como um ambiente organizacional que apoia e protege a privacidade dos profissionais que notificam e a produção de relatórios que estimulem os profissionais a divulgarem os incidentes notificados. As notificações permitem a construção de uma base de dados, geração de indicadores, avaliação de riscos, bem como promovem a aprendizagem, a pesquisa, a educação, o entendimento, a melhoria dos processos, a disseminação de cultura de segurança e, conseqüentemente, a redução da ocorrência de incidentes.

Nesse cenário, com base na confidencialidade, o nome de quem notifica é conhecido pela gestão, mas não é divulgado para os órgãos externos e para os órgãos da Justiça, a menos que tenha sido constatada intencionalidade. Entretanto, em sistemas de notificação anônima, perdem-se a clareza e os desdobramentos na investigação, que poderiam contribuir para a redução de incidentes. Sistemas com maior publicidade das notificações são pouco utilizados pelos profissionais por conta do medo de punições e identificação dos envolvidos no incidente (CALDAS, 2019).

Uma revisão sistemática sobre a notificação de incidentes no processo do cuidado revelou consequências negativas para quem notifica e apontou o sistema e o processo de notificação como as duas maiores barreiras à notificação segundo os estudos. Os três aspectos mais citados foram os valores, as crenças e as políticas relativas ao sistema e ao processo de notificação (ARCHER *et al.*, 2017).

Todavia, é importante ressaltar que as informações oriundas das notificações proporcionam uma abordagem sistêmica dos danos, a transformação da cultura organizacional para uma cultura de segurança sustentada e justa, capaz de construir conhecimentos que evoluem e produzem mais conhecimentos, através de tecnologias e premissas determinadas na busca da aprendizagem com os erros (BORRASCA, 2018).

Embora as notificações de incidentes configurem o principal dispositivo de gestão da segurança do paciente, existe ainda o desafio de aumentar a adesão dos profissionais ao sistema, considerando que muitos alegam medo de punições, vergonha, timidez, falta de tempo e de

entendimento. Portanto, preferem buscar soluções mais rápidas a notificar incidentes com dano e tentam omitir as falhas porque a abordagem é individual (BORRASCA, 2018).

Ao se depararem com inúmeras barreiras para realizar notificações, ou por terem dificuldade em classificar os incidentes e acessar o sistema de notificações, os profissionais acabam adotando um comportamento “conserte e esqueça” (*fix and forget*), ou “conserte e notifique” (*fix and report*) (HEWITT; CHREIM, 2015). Disto, depreende-se que o processo de notificações enfrenta barreiras devido à persistência de uma antiga cultura institucional.

A Figura 4 elucidada os motivos que contribuem para não notificar, conforme a publicação da Fundação Oswaldo Cruz, *Segurança do paciente e a vigilância sanitária*.

Figura 4 – Motivos que contribuem para não notificar



Fonte: Caldas, 2019.

Entre essas barreiras, encontram-se os relatos de que notificar não é prioridade; consome muito tempo; o incidente tem pouca chance de ocorrer; interrompe o trabalho; falta de *feedback*; medo de punição; o incidente já foi notificado; é trabalho burocrático; medo de ser visto como incompetente; o processo é muito complicado; o incidente não era previsível; falta de definição clara do que notificar; falta de crença de que o sistema de notificações trará mudanças; medo de uma ação disciplinar; não está claro quem é o responsável a notificar; falta de anonimato e

confidencialidade; a causa do incidente já está clara; não houve consequências; medo de uma reação dos colegas.

Em relação ao estímulo às notificações, diferentes estudos listam alguns motivos relatados, tais como: sou premiado para notificar; o processo é simples; eu valorizo a importância de notificar os incidentes; eu aprendo com as notificações; os pacientes sofrem danos sérios; existe uma política bem definida para notificar incidentes; o sistema é anônimo e confidencial; existem diretrizes e protocolos institucionais para o processo de notificações; eu sinto que a minha obrigação é notificar; eu trabalho em uma instituição que tem uma cultura livre de punições; eu não tenho medo de ser punido (Figura 5).

Figura 5 – Motivos que contribuem para notificar



Fonte: Caldas, 2019.

Sendo assim, é perceptível que o processo de notificações enfrenta barreiras em função da cultura institucional, falta de apoio das lideranças, inexistência de um sistema de segurança que transpasse completamente todos os processos de trabalho, ausência de gestão adequada das notificações realizadas, bem como carência de uma estrutura de manejo dos problemas. E nesse campo é primordial que se invista em todas as frentes em prol da melhoria da qualidade e ampliação da segurança dos pacientes. Nesse sentido, uma das alternativas tem sido os debates e estudos que visam caracterizar e descrever a ocorrência dos incidentes, os investimentos no

desenvolvimento de protocolos e ferramentas para notificação, vigilância e manejo dos erros, e a incorporação de tecnologias da informação e comunicação (TIC) em saúde.

2.7 Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde

Nos últimos anos, as mudanças demográficas e epidemiológicas mundiais têm sido acompanhadas pela incorporação de tecnologias de cuidado de diferentes naturezas, leves, leve-duras, duras e ainda aquelas relacionadas à informação e comunicação. Segundo Merhy *et al.* (2002), a tecnologia leve são os relacionamentos, o acolhimento, a autonomização, o afeto, as respostas, as informações, o entendimento, a escuta ativa, as opções, as responsabilidades, o acompanhamento, as intervenções; a tecnologia leve-dura engloba os saberes estruturados, a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, dentre outras; e a tecnologia dura corresponde a máquinas-ferramentas, equipamentos, aparelhos, normativas e estruturas organizacionais.

Conceitualmente, as tecnologias em saúde são os medicamentos, os sistemas de apoio na atenção à saúde, os equipamentos, os procedimentos clínicos e cirúrgicos, os modelos de organização e acessórios médico-farmacêuticos. São utilizadas nos serviços de saúde para a proteção contra danos, a prevenção de riscos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (ELIAS, 2013). Recentemente, as denominadas tecnologias emergentes vêm trazendo crescimento para a área de atuação, e benefícios como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), *Business Intelligence* (BI), certificação digital, tecnologias sem fio e computação móvel.

Em paralelo às tecnologias próprias da área da saúde, cada vez se assiste à adoção de técnicas e conhecimentos próprios de outras áreas, de modo que, atualmente, o processo de cuidado tem sido acompanhado pelas ferramentas derivadas das tecnologias da informação.

As profundas transformações decorrentes do rápido desenvolvimento das tecnologias da informação, flexíveis e computadorizadas, configuraram o estabelecimento da Sociedade da Informação, que se reflete na revolução tecnológica constituída com base na microeletrônica, nas telecomunicações e na informática, as TIC (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Na Europa, América do Norte, Austrália e em outros países, a presença de tecnologias produz conhecimentos e dissemina a adoção tecnológica na área da saúde. Desta forma, a participação nos processos de incorporação e a utilização de tecnologias contribuem para a equidade, acesso, maior eficiência e efetividade, qualidade dos serviços e sustentabilidade (BANTA; ALMEIDA, 2009).

Nesse sentido, os profissionais de saúde cada vez mais precisam desenvolver habilidades na educação e no uso de técnicas e instrumentos que possam apoiar e aprimorar suas atividades de rotina, uma vez que a complexidade do sistema de saúde relaciona-se com múltiplas informações e diferentes interfaces entre o profissional, equipe, paciente e tecnologia. É preciso lembrar, ainda, que o resultado do trabalho é influenciado pelo procedimento, ambiente, local e contexto organizacional (MENDES, I. *et al.*, 2011). Segundo Camargo e Ito, em 2012, a utilização das TIC avançou na área de saúde, formando as especializações de telemedicina, cibermedicina e a informática em saúde.

As TIC abrangem mais do que medicamentos, equipamentos e procedimentos utilizados nos serviços em saúde. Traduzem-se por conhecimentos e habilidades no uso e aplicação de recursos e objetos que profissionais e usuários mantêm e acessam, que não envolvem necessariamente apenas instrumentos e técnicas, nem uma simples associação à superioridade, à especialização e ao profissionalismo. As TIC são também representadas como um conjunto complexo de atividades e pela criação de um fenômeno que transcende um simples maquinário, pois engloba objetos físicos, tais como instrumentos, equipamentos e matéria, e o conhecimento, como reparar, projetar e produzir (MARTINS, C.; DAL SASSO, 2008). As TIC referem-se à reunião de tecnologias que permite o acesso à informação por meio da telecomunicação que, por sua vez, é a transmissão de sinais a longas distâncias, destacando-se o uso da internet e das redes de telefonia celular (CAMARGO; ITO, 2012).

A OMS afirma que a área de saúde digital é o campo do conhecimento e da prática associados com qualquer aspecto de adoção de tecnologia digital para melhorar a saúde, desde o início até a operação dinâmica, e que progride rapidamente. Como *e-Health*, a informática médica, a informática em saúde, a telemedicina e a telessaúde (TS) estão de acordo com as TIC disponíveis para as áreas de saúde e assistência médica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). No Brasil, a estratégia de saúde digital foi elaborada com base no pacote de ferramentas e nas experiências bem-sucedidas em países como Canadá, Austrália, Inglaterra e Escócia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNIÃO INTERNACIONAL DAS TELECOMUNICAÇÕES, 2012), sendo apresentada pelo Ministério da Saúde e denominada e-Saúde (BRASIL, 2017). Os principais objetivos do e-Saúde são identificar políticas, modelos de governança, financiamento, infraestrutura, tecnologias, recursos humanos e viabilizar o cenário estratégico. Por meio do e-Saúde, são obtidos benefícios que abarquem o PEP, o TS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Registro Eletrônico de Saúde (RES), a

Interoperabilidade, o *Picture Archiving and Communication System* (PACS), e Saúde na Nuvem (BRASIL, 2017; HSIA *et al.*, 2019).

Diante disso, nota-se que os recursos de TIC têm sido essenciais para integrar e facilitar as atividades e o uso de ferramentas para resolver problemas na área de saúde. No entanto, como já mencionado, deve-se considerar igualmente o fator humano para o sucesso de um sistema, o que torna o treinamento um item indispensável no uso da tecnologia adotada (NOVOA, VALERIO NETTO, 2019).

A adoção de indicadores é outra iniciativa necessária, que permite monitorar e avaliar o uso das TIC, como a gestão, infraestrutura, legislação, investimento, dentre outros fatores. Nessa direção, o TIC Saúde investiga a infraestrutura, a disponibilidade das TIC e de outras aplicações baseadas nos estabelecimentos de saúde no Brasil e o *Global Digital Health Index* (GDHI) faz uma análise comparativa das ações de saúde digital entre países (CETIC.BR, 2019; GLOBAL DIGITAL HEALTH INDEX, [2019]).

O desenvolvimento de um sistema informatizado de notificações para as instituições converge com a tendência de estruturação dos cuidados em saúde, e pode facilitar e agilizar o processo de envio de informação para auxiliar a gestão de risco, a tomada de decisões e, conseqüentemente, ampliar a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Além disso, o sistema informatizado é uma importante estratégia de promoção da qualidade aliada à sustentabilidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estruturar um sistema interno *online* para notificar a ocorrência de incidentes no espaço hospitalar.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar e analisar a ocorrência de incidentes em hospital público federal no período de 2014 a 2019.

Desenvolver um guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno *online* de notificações.

4. JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente e a qualidade do cuidado são temas fundamentais na assistência em saúde, seja pelos impactos diretos ou indiretos na saúde, seja pelo custo laboral aos profissionais e por custos decorrentes dos erros, denominados incidentes. Nesse sentido, desenvolver e propor educação permanente voltada a melhorias em relação ao cuidado está em consonância com os esforços que se dão nesse campo a nível mundial.

Dessa forma, a estruturação de um sistema interno *online* para notificar incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) poderá aumentar a adesão dos profissionais às notificações e, assim, ajudar a identificar os incidentes, reduzir a ocorrência de erros e viabilizar a criação de estratégias para melhorar a qualidade e a segurança do cuidado na instituição.

Adicionalmente, entendeu-se que seria importante a confecção de um manual no intuito de padronizar e facilitar o processo de notificação pelos profissionais, usando como modelo um instrumento que consiste em um formulário próprio que permite enviar notificações de incidentes ao NSP, seguindo-se a estrutura já organizada do FormSUS.

Em virtude da necessidade de planejamento e implementação de ações orientadas à prevenção e redução de incidentes associados à assistência hospitalar, o presente trabalho, embora não aborde todos os aspectos envolvidos, pretendeu trazer à luz o *status* da ocorrência de incidentes em um hospital público federal, propor uma tecnologia para fins de padronização e otimização das notificações e oferecer base teórica para o uso correto do sistema através do manual – ações que podem representar um importante passo no manejo dos incidentes no cenário de estudo. Os produtos deste trabalho, além de promoverem o maior entendimento da dinâmica da segurança ao apresentar os dados dos últimos anos, propiciam a reflexão sobre a sistematização de processos e da ação conjunta das equipes multiprofissionais envolvidas no processo de cuidado.

Somado a isso, o uso da tecnologia por meio de um instrumento interno e *online* para normatização do processo de notificação, com vistas à identificação, monitoramento, análise e manejo da ocorrência de incidentes, pode contribuir significativamente para o aprendizado e a qualificação das ações, melhorando, por conseguinte, a velocidade e o alcance da intervenção.

4.1 Intervenção

A pesquisa lançou novas bases para implementar, em um futuro próximo, ações relativas aos profissionais e às instituições, de forma geral. Neste cenário, a área de segurança do paciente emerge contribuindo para a organização do desafio de aplicar o conhecimento construído nas práticas produzidas.

4.1.1 Apresentação dos Produtos

Primeiro produto: artigo intitulado *Caracterização dos incidentes em um hospital público federal entre os anos 2014 e 2019*. Este produto é classificado, segundo critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como produto bibliográfico técnico/tecnológico, transversal, retrospectivo e documental (T2 = 75 pontos).

A amostra compreendeu todos os dados referentes aos incidentes ocorridos entre janeiro de 2014 a dezembro de 2019 e o número de pacientes internados por ano. Após o levantamento e a extração dos dados, verificou-se um total de 47.202 pacientes internados no hospital cenário. O estudo contemplou as seis metas internacionais de segurança do paciente, tendo sido adicionada uma sétima meta, úlceras por pressão, para compor os incidentes.

Segundo produto: artigo intitulado *Criação de sistema interno online para notificação de incidentes no espaço hospitalar: relato de experiência*, classificado pela CAPES como produto bibliográfico técnico/tecnológico, retrospectivo e documental (T2 = 75 pontos).

A criação de um sistema interno *online* para notificação de incidentes, desenvolvido no escopo do Núcleo de Segurança do Paciente por meio do FormSUS, possibilitou a construção de um sistema *online* simples e ágil, que respeita preceitos éticos, dados individuais identificados, garantindo a privacidade e confidencialidade. O formulário do FormSus pode ser acessado por um *link* nos computadores da instituição.

Terceiro produto: material didático instrucional intitulado *Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno online para notificar a ocorrência de incidentes*, classificado como Desenvolvimento de Material Didático (T1 = 100 pontos); e criação de um sistema interno *online* simples e ágil para notificação de incidentes.

O guia oferece aos profissionais orientações sobre como acessar o sistema e o formulário *online* para realizar as notificações; apresenta breve esclarecimento sobre a importância da

segurança do paciente e das notificações; e define os tipos de incidentes que encontrarão no formulário ao acessarem o sistema.

Quanto ao sistema, foi desenvolvido no escopo do NSP, por meio do FormSUS, respeitando-se os preceitos éticos de garantia à privacidade e à confidencialidade dos dados individuais dos usuários. O formulário poderá ser acessado por um *link*/atalho do FormSUS fixados nos computadores da instituição.

5. METODOLOGIA

5.1 Materiais e Métodos

Esta pesquisa organiza-se, do ponto de vista metodológico, como estudo transversal, retrospectivo, quantitativo e documental, realizado a partir da análise de notificações de incidentes no espaço hospitalar.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público geral da rede federal, referência em tratamentos clínicos e cirúrgicos especializados, em 26 especialidades, com 201 leitos, e cuja produtividade tem sido de cerca de 20 mil consultas e 500 cirurgias por mês. O hospital está localizado na Área Programática 2.1, na divisão administrativa de planejamento no município do Rio de Janeiro.

5.2 Etapas da pesquisa

Foram produzidos dois artigos científicos aceitos para publicação pela revista *Research Society and Development* e um produto acadêmico. Neste sentido, foram construídos um e-book e um guia orientador para incentivar e obter a adesão dos profissionais ao processo de notificações de incidentes no ambiente de trabalho.

Produto 1: Artigo intitulado *Caracterização dos incidentes em um hospital público federal entre os anos 2014 e 2019*

O primeiro produto foi um estudo transversal efetuado em base de dados secundários, de acesso restrito, referentes ao período de 2014 a 2019. A coleta de dados foi feita entre 10 e 19 de fevereiro de 2020. Após a extração dos dados das diferentes formas de notificação e registros, foi identificado um total de 47.202 pacientes internados. Foram notificados 10.832 incidentes classificados segundo as Metas Internacionais de Segurança do Paciente: Eventos Adversos (EA), Incidentes sem Dano, Quase Falhas, Circunstâncias Notificáveis. A análise dos incidentes orientou-se pelas metas internacionais e por ocorrência de eventos. Para a coleta de dados, utilizou-se o acervo digital do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Produto 2: Artigo intitulado *Criação de sistema interno online para notificação de incidentes no espaço hospitalar: relato de experiência*

O objetivo do artigo foi relatar a experiência da criação de sistema interno *online* para notificação de incidentes no espaço hospitalar. A construção do sistema foi dividida em etapas, sendo a primeira correspondente à definição de um profissional gestor de formulários, com base na interface do FormSUS, que consiste na utilização de um instrumento já existente no Ministério da Saúde (MS). O sistema criado permite a inserção de dados e informações do paciente e do incidente notificado. Os incidentes mais frequentes são listados conforme as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. O acesso responsável respeita os preceitos éticos, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados individuais identificados.

Produto 3: Material didático *Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno online para notificar a ocorrência de incidentes*

O produto acadêmico visa dar suporte aos profissionais de saúde, mediando o processo de ensino e aprendizagem relativo à notificação de incidentes no ambiente de trabalho. A primeira etapa do estudo referiu-se à análise das ocorrências de notificações de incidentes no espaço hospitalar; a segunda foi a criação de um sistema interno online; e a última etapa foi a confecção de um guia orientador com o intuito de instrumentalizar os profissionais para a notificação adequada dos dados no sistema e o aprendizado com o propósito de melhorar a segurança do paciente. O estudo proporcionou a identificação de incidentes relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente e incidentes tais como EA, incidentes sem dano, circunstâncias notificáveis e quase falhas. As notificações de incidentes foram consideradas uma fonte de aprendizagem sobre a ocorrência de erros e danos ao paciente.

5.3 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em três etapas após a elaboração de um plano que sofreu mudanças ao longo do percurso. No projeto de pesquisa que lhe deu origem, formularam-se o problema e as hipóteses. A primeira hipótese foi a escolha do tema “notificações no espaço hospitalar”. Em relação à problematização, foi realizada uma revisão da literatura nacional e internacional disponível, relativa às opções para alcançar a solução do problema primeiramente

relacionado às seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, bem como a adição de mais uma meta e os EA, incidentes sem dano, circunstâncias notificáveis e a quase falhas.

No delineamento da pesquisa, a problematização confere o caráter objetivo e formal do estudo com vistas a explicações e à compreensão do objeto. Desta forma, a pesquisa teve como objeto as notificações de incidentes e a ideia de criação de um sistema interno *online* em hospital geral público federal no município do Rio de Janeiro. O sistema selecionado foi o FormSUS, uma interface simples e de baixo custo na estruturação do projeto.

Como primeiro produto, foi elaborado um artigo científico que teve como objeto a pesquisa concernente à caracterização da ocorrência de incidentes entre os anos 2014 e 2019.

O segundo produto foi igualmente elaborado como um artigo científico que teve como objeto a criação do sistema interno *online* para notificação de incidentes no espaço hospitalar.

O terceiro produto, uma produção técnica e tecnológica, obteve e promoveu recursos para facilitar o aprendizado voltado à formação/instrução de recursos humanos, por meio da criação, uso e organização de processos e produtos digitais. Finalmente, foi confeccionado um guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno *online* de notificação de incidentes.

5.4 Aspectos Éticos

O estudo não envolveu pesquisa com seres humanos, pois tratou-se de pesquisa documental, transversal e retrospectiva, utilizando dados secundários de acesso restrito. Ciente das normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), no artigo XIII.3, que menciona especificidades éticas de pesquisa nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas em resolução complementar:

§1º. A avaliação científica dos aspectos teóricos dos projetos submetidos a essa Resolução, compete às instâncias acadêmicas específicas, tais como comissões acadêmicas de pesquisa, bancas de pós-graduação, instituições de fomento à pesquisa, dentre outros. Não cabe ao Sistema CEP/CONEP a análise do desenho metodológico em si.

A pesquisa foi realizada em banco de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação. Conforme o artigo 24, todas as etapas preliminares necessárias para que o pesquisador elabore seu projeto não são alvo de avaliação do sistema do Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

Conforme a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), capítulo V do procedimento de Análise Ética, a pesquisa não será registrada nem avaliada pelo sistema supracitado.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 Produto 01. Artigo

Caracterização dos incidentes em um hospital público federal entre os anos 2014 e 2019

Alice Eulália Chagas Ribeiro¹, Cristiane de Oliveira Novaes²

1 Programa de Pós-Graduação de Tecnologia e Saúde no Espaço Hospitalar/UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação de Tecnologia e Saúde no Espaço Hospitalar/UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Introdução: a ocorrência de incidentes em serviços de saúde pode provocar graves repercussões ao paciente. A fração da mortalidade atribuível (FAP) de eventos adversos graves que são preveníveis foi 30,5% no Sistema Único de Saúde e 36,1% no Sistema de Saúde Suplementar. **Objetivo:** caracterizar os incidentes de um hospital geral público federal de referência na cidade do Rio de Janeiro no período entre janeiro de 2014 e dezembro de 2019.

Método: estudo transversal, retrospectivo e documental, realizado a partir da análise de notificações. A coleta de dados foi realizada entre 10 e 19 de fevereiro de 2020. **Resultados:**

foram notificados 10.832, no período entre 2014 e 2019. A caracterização dos incidentes foi classificada segundo as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, Eventos Adversos, Incidentes sem Dano, Quase Falhas, Circunstâncias Notificáveis e o item “Não se aplica”.

Considerações finais: assegurar a identificação, a prevenção e criar soluções para a redução de eventos adversos, estabelecendo procedimentos de notificação, comunicação e envolvimento centralizado no paciente, são algumas das estratégias para melhorar a qualidade do cuidado e um passo para a cultura de segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Eventos adversos; Erros médicos; Metas de saúde.

ABSTRACT

Introduction: the occurrence of incidents in health services can cause serious repercussions for the patient. The fraction of attributable mortality (FAP) of serious adverse events that are preventable was 30.5% in the Unified Health System and 36.1% in the Supplementary Health System. **Objective:** to characterize the incidents of a reference public federal general hospital in the city of Rio de Janeiro in the period between January 2014 and December 2019. **Method:** cross-sectional, retrospective and documentary study, carried out from the analysis of notifications. Data collection was carried out between February 10 and 19, 2020. **Results:** 10.832 were reported in the period between 2014 and 2019. The characterization of the incidents was classified according to the International Patient Safety Goals, adverse events, incidents without damage, almost failure, notifiable circumstances and the item “not applicable”. **Final considerations:** ensuring identification, prevention and creating solutions to reduce adverse events by establishing procedures for notification, communication and centralized patient involvement, are strategies to improve the quality of care and a step towards a safety culture.

Keywords: Patient safety; Adverse events; Medical errors; Health goals.

CHARACTERIZATION OF INCIDENTS IN A FEDERAL PUBLIC HOSPITAL BETWEEN THE YEARS 2014 AND 2019

RESUMEN

Introducción: la ocurrencia de incidencias en los servicios de salud puede ocasionar graves repercusiones para el paciente. La fracción de mortalidad atribuible (PAF) de eventos adversos graves prevenibles fue del 30,5% en el Sistema Único de Salud y del 36,1% en el Sistema Complementario de Salud. **Objetivo:** caracterizar los incidentes de un hospital general público federal de referencia en la ciudad de Río de Janeiro en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2019. **Método:** estudio transversal, retrospectivo y documental, realizado a partir del análisis de notificaciones. La recolección de datos se llevó a cabo entre el 10 y el 19 de febrero de 2020. **Resultados:** se reportaron 10.832 en el período entre 2014 y 2019. La caracterización de los incidentes se clasificó de acuerdo a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Eventos Adversos, Incidentes sin Daño, Casi Fallo , Circunstancias notificables y el ítem “No aplica”. **Consideraciones finales:** asegurar la identificación, prevención y generar soluciones para la reducción de eventos adversos mediante el

establecimiento de procedimientos de notificación, comunicación y participación centralizada del paciente, son algunas de las estrategias para mejorar la calidad de la atención y un paso hacia una cultura de seguridad.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Eventos adversos; Errores médicos; Objetivos de salud.

CARACTERIZACIÓN DE INCIDENCIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2019

INTRODUÇÃO 2020

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta que 15% dos custos hospitalares são referentes à ocorrência de eventos adversos, e que o custo total derivado desse quadro esteja na ordem de trilhões de dólares por ano (Slawomirski et al., 2017). Somado a isso, a incidência de óbito ultrapassou a taxa de 20% nos pacientes vítimas de eventos adversos graves. Os principais eventos relatados foram a endocardite infecciosa, septicemia, choque séptico, úlcera por pressão, insuficiência respiratória aguda, aspiração pulmonar, mediastinite, insuficiência renal aguda, pneumonia, meningite e infecção relacionada a dispositivo intravascular. A fração atribuível populacional (FAP) mede o efeito da eliminação do fator de risco (eventos adversos) para a diminuição da mortalidade; foi 30,5% no SUS e 36,1% no Sistema de saúde Suplementar (Couto et al., 2018).

Por essa razão, em anos mais recentes, o cuidado seguro tornou-se uma prioridade e tem consumido esforços em nível mundial, em especial a partir da publicação do relatório de Harvard “To Err is Human”, que se tornou referência mundial na área, publicado pelo *Institute of Medicine* (Institute of Medicine, 2001). Nesse campo, a *World Health Organization* (WHO) criou, em 2004, o programa *The World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde, e entre as iniciativas desse programa, destaca-se o desenvolvimento de uma taxonomia, que define o termo “incidente com dano” como sinônimo de evento adverso (Mendes, 2019). Nesse caso, entende-se por evento adverso, ou incidente com dano, o prejuízo não intencional causado ao paciente, não relacionado à morbidade de origem, em decorrência das intervenções da equipe de saúde, que pode gerar prolongamento do tempo de internação, sofrimento, desconforto físico e emocional, incapacidade e óbito (World Health Organization [WHO], 2012).

Diante da magnitude do problema em termos de risco, frequência e ocorrências dos eventos adversos, a WHO (2012) visando a redução da ocorrência de incidentes nas áreas consideradas mais críticas da assistência, e assim maior qualidade do cuidado em serviços de saúde, estabeleceu seis metas internacionais, a saber: Meta 1 – Identificação correta dos pacientes; Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais; Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso de administração de medicamentos; Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; Meta 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções; Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras de pressão.

No Brasil, as iniciativas envolveram a criação de mecanismos na legislação, como a Portaria nº 1.660, do Ministério da Saúde, de 22 de julho de 2009, que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, buscando monitorar os incidentes com dano e queixas técnicas referentes a produtos (Ministério da Saúde, 2009). Posteriormente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, estabeleceu padrões para ampliar as ações de segurança e qualidade ao instituir os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) em saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2011). Mais recentemente, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), apresentando como objetivos: qualificar o cuidado, promover e apoiar a segurança do paciente nas áreas de atenção, gestão de serviços, implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente, envolver pacientes e familiares no cuidado, facilitar o acesso às informações sobre a segurança do paciente, disseminar conhecimentos e incluir a segurança do paciente no ensino, técnico, na graduação e pós-graduação na área da saúde (Ministério da Saúde, 2013).

A vigilância pode ser vista como etapa fundamental a esses objetivos e, nesse sentido, a notificação dos eventos, além de obrigatória e regulamentada, propicia o monitoramento não só da ocorrência dos mesmos, mas de sua caracterização, subsidiando ações que contribuem para a identificação das causas e, conseqüentemente, da melhoria dos processos assistenciais, implicando em maior qualidade e segurança do paciente.

Sendo assim, a partir desse contexto, o presente artigo teve como objetivo caracterizar a ocorrência de incidentes em um hospital público federal no Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2019, com o intuito de identificar a magnitude do problema da segurança do paciente,

criando subsídios para o manejo adequado do problema afim de contemplar a ampliação da segurança do paciente na Instituição.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, documental, a partir de dados secundários de acesso restrito e sem identificação dos pacientes e/ou profissionais envolvidos, realizado em um hospital geral público da rede federal, referência em tratamentos clínicos e cirúrgicos, com 26 especialidades, 201 leitos, e cuja produtividade tem sido em torno de vinte mil consultas e quinhentas cirurgias por mês, localizado na Área Programática 2.1, na divisão administrativa de planejamento no Rio de Janeiro. De acordo com Pereira et al. (2018), nas pesquisas com métodos quantitativos, faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos nas suas respectivas unidades, que por sua vez geram conjuntos de dados passíveis de serem analisados por meio de técnicas matemáticas.

A amostra compreendeu todos os dados referentes aos incidentes ocorridos entre janeiro de 2014 a dezembro de 2019 e o número de pacientes internados por ano. Cabe destacar que, de 2011 a 2013, os incidentes eram notificados por meio de formulário de ocorrências assistenciais e administrativas da instituição através de memorandos, ofícios, impressos depositados em urnas e via e-mails, e que apenas a partir da RDC 36 em 2013 (ANVISA, 2013), tornaram-se obrigatórias as notificações de incidentes enviadas para o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Não foram estipulados critérios de exclusão, tendo sido incluídos e analisados todos os incidentes notificados no período do estudo.

Os incidentes foram classificados nas seguintes subdivisões:

- As Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Adicionada a meta 7, para classificar úlceras de pressão, separada da meta 6;
- Item “não se aplica” para aqueles que não se aplicam às metas internacionais;
- Evento adverso equivalente a incidentes com dano;
- Incidentes sem dano;
- Circunstâncias Notificáveis considerados os fatores que podem influenciar um evento;
- Quase falha definido como o evento que não atingiu o paciente.

A análise estatística destinou-se a examinar a distribuição dos eventos por meio de análise univariada, para análise da distribuição da frequência, foi usado o *software* SPSS 18.0.

RESULTADOS

Após o levantamento e extração dos dados das diferentes formas de notificação ou registro dos eventos, foram identificados, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, um total de 47.202 pacientes internados. Chama atenção que o número de internações apresentou um discreto aumento progressivo ao longo do período. O total de incidentes foi 5488 entre os anos de 2014 e 2019, sendo que o ano com maior ocorrência foi 2016 com 1359 registros, seguido do ano de 2017 com 1273 registros. Em 2014 foram identificados 30 registros, a menor proporção identificada, o que pode ser explicado pelo contexto histórico em relação às ações de vigilância de eventos, que vêm sendo priorizadas em anos mais recentes. No caso do hospital, local do estudo, as ações destinadas à segurança do paciente tiveram início, de forma mais efetiva, após a constituição do NSP criado pelo setor de Qualidade. O NSP foi nomeado e instituído em 2013, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do PNSP e descrever estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

A Tabela 1 mostra a análise da ocorrência e dos fatores associados aos Incidentes por Metas. Podemos identificar um total de 5.488 registros para esse campo, sendo que a maior parte das ocorrências refere-se à Meta 1, relacionada à identificação correta do paciente, com um total de 3.636 notificações, correspondente a 66,20% das notificações e 7,07% das internações totais do período. A falha na identificação correta do paciente (Meta 1) pode levar a graves consequências por atravessar todos os demais processos do cuidado, desde a internação até a alta. A identificação deve ser verificada antes de realizar procedimentos clínicos, cirúrgicos, hemotransfusões, realizar exames, coletar amostras de material, por exemplo.

Em segundo lugar, foram registradas 740 notificações para a Meta 5, que trata da prevenção de infecções, com percentual de 13,47% dos incidentes por meta e a 1,57% nas internações. A Meta 5 trata da prevenção de infecções relacionadas à assistência em serviços de saúde (IRAS). O serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) acompanha os casos de infecção e participa em reuniões destinadas ao tratamento adequado ao paciente que adquire infecção durante a internação. A adesão ao processo exige um conjunto de ações que garantem o cuidado seguro, por meio de treinamento profissional na higienização das mãos: antes de tocar

o paciente; antes de realizar procedimentos; antes de manusear um dispositivo; ao se mover de um sítio contaminado para outro do mesmo paciente; após o risco de exposição a fluidos corporais, excreções, mucosas, pele não íntegra ou curativo; após remover luvas esterilizadas ou não; após tocar o paciente antes e depois do contato com o paciente; após remover luvas esterilizadas ou não; após tocar superfícies próximas ao paciente; após contato com superfícies e objetos inanimados.

A categoria com menos registros foi a Meta 4, com 31 registros que correspondem a 0,56% dos acidentes por meta e 0,06% das internações. Foi observado que em relação à Meta 4 não houve adesão à lista de verificação de segurança nas cirurgias. Esse processo exige perfeita comunicação, colaboração e harmonia de toda a equipe profissional para confirmação de dados do paciente, da cirurgia, da equipe médica do serviço de anestesia e da cirurgia, técnicos de enfermagem e enfermeiros, equipe da central de material e esterilização e responsáveis pelo transporte do paciente para a enfermaria, centro de tratamento intensivo (CTI) e unidade do pós-operatório.

Tabela 1 – Ocorrência e Fatores Associados aos Incidentes: Análise por Metas

Classificação	2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de Pacientes Internados	5.941	100	6.471	100	6.845	100	6.951	100	10.070	100	10.924	100	47.202	100
META 1 Identificação do paciente	4	0,07	979	15,13	1.186	17,33	878	12,63	266	2,64	323	2,96	3.636	66,20*
META 2 Comunicação efetiva	1	0,02	30	0,46	25	0,37	28	0,40	55	0,54	53	0,49	192	3,50*
META 3 Utilização de medicamentos	2	0,03	27	0,42	56	0,82	39	0,56	39	0,39	41	0,38	204	3,71*
META 4 Cirurgia Segura	3	0,05	2	0,03	2	0,03	14	0,20	7	0,07	3	0,03	31	0,56*
META 5 Prevenção de Infecções	0	0	119	1,84	0	0	161	2,32	200	1,99	260	2,38	740	13,47*
META 6 Quedas	9	0,15	29	0,45	23	0,34	58	0,83	54	0,54	47	0,43	220	4,00*
META 7 Úlceras de Pressão	4	0,07	26	0,40	25	0,37	21	0,30	0	0	1	0,01	77	1,40*
Não se Aplica	7	0,12	48	0,75	42	0,61	74	1,06	58	0,58	159	1,46	388	7,07*
Notificações por Pacientes Internados	30	0,51	1.260	19,47	1359	19,85	1.273	18,31	679	6,74	887	8,12	5.488*	100*

Fonte: Elaborada pelas autoras (2020).

Na Tabela 2, é apresentada a distribuição por tipo de ocorrência, com predominância dos eventos classificados como incidente sem dano com 3.029 registros, o que corresponde a 56,68% dos incidentes por tipo de ocorrência e a 6,42% do total de internações. É provável que os profissionais sintam-se mais seguros ao notificar incidentes sem dano por falta de confiança ou medo de punições. A notificação é válida porque um incidente sem dano pode levar ao dano /quase falha. A segunda classificação com mais registros foi a de evento adverso com 1.141 registros, correspondente a 21,33% do total e a 2,42% do total de internações, configurando efetivamente um incidente com dano ao paciente, durante a internação, sem relação com a patologia de base que o levou para o tratamento.

Tabela 2 – Ocorrência e Fatores Associados aos Incidentes: Análise por Tipo de Ocorrência

Classificação	2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de Pacientes internados	5.941	100	6.471	100	6.845	100	6.951	100	10.070	100	10.924	100	47.202	100
Evento Adverso	19	0,32	50	0,77	40	0,58	260	3,74	315	3,13	456	4,17	1.140	21,33*
Incidente Sem Dano	4	0,07	843	13,03	1.202	17,56	724	10,41	145	1,44	111	1,02	3.029	56,68*
Circunstâncias Notificáveis	3	0,05	223	3,45	75	1,09	110	1,58	186	1,85	286	2,62	883	16,52*
Quase Falhas	0	0	134	2,07	40	0,58	65	0,94	36	0,36	17	0,16	292	5,46*
Notificações por Pacientes Internados	26	0,44	1250	19,32	1357	19,82	1159	16,70	682	6,77	870	7,96	5.344*	100*

Fonte: Elaborada pelas autoras (2020).

DISCUSSÃO

No ano de 2014 foi identificado um número menor de notificações do que o esperado, provavelmente por ainda não haver uma cultura de segurança implantada no ambiente de trabalho. Foi observado um aumento da adesão ao processo, totalizado 5.488 notificações quando analisamos por metas e 5.344 quando observados os tipos de ocorrência, entre 2014 e 2019.

Foi observado que, entre as metas, a mais notificada foi a Meta 1, relacionada a erros na identificação do paciente, totalizando 3.636 notificações (66,20%). Pode-se perceber que, nos anos 2015, 2016 e 2017, os números relacionados a essa notificação eram bem altos, 979 (15,13%), 1.186 (17,33%) e 878 (12,63%), respectivamente, e nos anos de 2018 e 2019 esses números reduziram consideravelmente para 266 (2,64%) e 323 (2,96%). Isso ocorreu, provavelmente, por maior conscientização dos profissionais de saúde sobre a relevância em identificar os pacientes. Os métodos tradicionais de identificação do paciente incluem a verificação do nome, data de nascimento ou número do paciente fornecido pelo hospital. Os incidentes que prejudicam o paciente por erros de identificação são considerados evitáveis. Um hospital universitário em Porto Alegre no RS com 841 leitos avaliou uma amostra de 385 internações e observou que 46 (11,9%) pacientes estavam identificados sem conformidade com o Procedimento Operacional Padrão de Identificação, enquanto 16 (4,2%) pacientes não estavam identificados (Hoffmeister & Moura, 2015). Esse percentual de notificação foi semelhante ao observado no período de 2015 a 2017 do nosso estudo.

Em um grande hospital terciário canadense, mais de 6% dos pacientes cirúrgicos tiveram suas pulseiras de identificação removidas, geralmente para o acesso vascular quando já estão na sala de cirurgia, correndo o risco de haver esquecimento em substituí-las, o que acontece em 60% dos casos (Pysyk, 2018). Uma contribuição importante nesse estudo é a reflexão sobre os incidentes de identificação que ocorrem em vários âmbitos e devem ser contemplados para reduzi-los ao máximo. Uma alternativa testada foi a implantação de reconhecimento facial; demonstra ser um método de verificação adequado, com precisão de 99% (Jeon et al., 2019).

Os incidentes relacionados à comunicação efetiva, Meta 2, resultaram em 192 (3,50%) no período de 2014 a 2019. É possível que exista subnotificação desses dados já que a comunicação verbal e escrita perpassam processos assistenciais e administrativos. Nos Estados Unidos, erros de comunicação foram identificados como a causa raiz de 1.796 eventos sentinela nos anos 2013 a 2015 como um fator causador de atrasos no tratamento, medicamentos e

procedimentos incorretos (The Joint Commission, c2021). No Japão, falha de comunicação foi identificada em 524 eventos adversos entre 2010 e 2017 (Kyowakai Healthcare Corporation, s.d.; Omura et al., 2019). Na região Sul do Brasil, foi observado que o uso do *Modified Early Warning Score* (MEWS) assegurou comunicação e seguimento do cuidado do paciente após transferência, com mais de 80% de adesão à ferramenta (Olino et al., 2019).

As notificações relacionadas à Meta 3, no processo de prescrição, distribuição, dispensação, preparação e administração de medicamentos, foram de 204 (3,71%) no período entre 2014 e 2019. O custo mundial estimado dos erros de medicação é de US\$42 bilhões anualmente. A WHO lançou em 29 de março de 2017 uma iniciativa global para reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos cinco anos subsequentes (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017).

A Segurança nas Cirurgias, Meta 4, neste estudo, foram registradas 31 (0,56%) notificações com entre 2014 e 2019. É possível que os eventos tenham sido subnotificados devido à resistência de alguns colaboradores. Essa tendência foi observada em dados referentes ao Brasil e ao Rio de Janeiro, segundo o relatório de incidentes notificados pelos NSP e por meio do Notivisa. Entre os anos 2019 e 2020, no Brasil, observou-se aproximadamente 1.000 falhas em procedimentos cirúrgicos, e no estado do Rio de Janeiro foram 25 registros, conforme os dados do sistema Notivisa. As complicações cirúrgicas representam importante causa de invalidez e morte, com consequências significativas na Saúde Pública (WHO, 2009a). Cerca de 15% dos pacientes que se submetem à cirurgia apresentam eventos adversos (Anderson et al., 2013). A lista de verificação de segurança nas cirurgias (*checklist*), relacionadas ao paciente e ao procedimento, revisa pontos críticos e itens a serem cuidadosamente analisados, com intuito de se praticar intervenção cirúrgica segura (WHO, 2009b).

Em relação à Meta 5, foram registrados 740 (13,47%) infecções associadas ao cuidado em saúde, de 2014 a 2019. Um estudo brasileiro realizado em 2018 caracterizou os pacientes quanto aos eventos adversos infecciosos mais frequentes ocorridos em 182 hospitais situados em 13 estados distintos; o número de notificações por ano e por hospital foi em média de 19,5%. Foram identificados 1.210 (15%) pacientes com infecção do trato urinário; 952 (11,8%) pacientes com septicemia; 831 (10,3%) pacientes com infecção subsequente a algum procedimento e 561(7,0%) com pneumonia bacteriana. Os dados utilizados foram coletados por meio de altas hospitalares codificadas entre 01/04/2017 e 31/03/2018 pelas operadoras de saúde suplementar, gestores do SUS na rede hospitalar credenciada e por hospitais que utilizam a

metodologia DRG Brasil (*Diagnosis Related Groups*-Universidade do Yale), (Couto et al., 2018).

Observamos, no estudo da Meta 6, um total de 220 (4,00%) notificações referentes à queda de paciente, entre 2014 e 2019; esses dados foram inferiores do que o esperado. No Brasil, entre 2019 e 2020, os incidentes relacionados a quedas foram próximos a 12.000, e no estado do Rio de Janeiro em torno de 875 incidentes (Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, 2020).

O estudo da Meta 7 registrou 77 (1,40%) notificações de úlceras de pressão. Esses números observados não corresponderam ao resultado esperado, estando provavelmente subnotificados. No Brasil, de abril de 2019 a março de 2020, foram observados 30.000 incidentes referentes a úlceras por pressão, representando o segundo lugar de todos os incidentes. No estado do Rio de Janeiro, as úlceras por pressão chegaram a 600 notificações aproximadamente (Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente, 2020).

Neste estudo, o total de eventos adversos notificados em seis anos foi de 1.140 (21,33%), porém se observarmos os dados dos anos de 2017, 2018 e 2019, em que o conhecimento sobre a segurança estava mais solidificado, os eventos adversos foram de 260 notificações (3,74%), 315 notificações (3,13%), 456 notificações (4,17%), respectivamente, se aproximando do intervalo observado nos países desenvolvidos que varia de 4% a 16% dos pacientes hospitalizados (ANVISA, 2019). Países membros da União Europeia demonstram ocorrência de 8 a 12% de eventos adversos nas internações, já no Brasil, a prevalência de eventos adversos em pacientes internados no SUS é de 6,4%, sendo 1,9% de eventos adversos graves e 22,8% de mortalidade. No SSUP, a prevalência de eventos adversos é 7,1%, sendo 1,4% de eventos adversos graves e com mortalidade de 12% (Couto et al., 2018).

A ocorrência de notificações para incidentes sem dano foi de 3.029 (56,68%), com números mais elevados de 2015 a 2017, reduzindo consideravelmente nos anos 2018 e 2019, respectivamente: 1,44% e 1,02%. Conforme base de dados da Inglaterra, o “*National Reporting and Learning System* (NRLS)”, os incidentes sem dano entre outubro de 2017 e setembro de 2019 atingiram 73,65%, ou seja, quase 3 quartos dos incidentes, notificados num total de 5.879.954 relatórios de incidentes coletados de hospitais ao longo de décadas, sendo que cerca de 70,3% dos incidentes não produziram danos ao paciente (NHS, 2018).

Em relação às circunstâncias notificáveis, foram registradas 883 (16,52%) notificações; são situações potencialmente perigosas que podem levar a sérias consequências. Em estudo descritivo transversal, retrospectivo em um hospital de ensino em Goiás foram identificados

2.718 incidentes do tipo circunstância notificável, média de 453 por ano ou 37,7 por mês, ocorridos na unidade de clínica médica (Sagawa et al., 2019).

Em relação a quase falhas, significa um incidente que foi detectado antes de ocorrer. Neste estudo, foram notificadas quase falhas em 292 (5,46%). Estudo retrospectivo descritivo de incidentes de quase falhas registrados no sistema de relatório, em hospital de grande porte no sul do país com 497 leitos, identificou um total de 12.939 quase falhas registradas entre 2013 e 2017, com crescimento linear. Os *near miss* foram mais frequentes para medicamentos, processos não especificados e por controle de prontuários, balanço hídrico, punção venosa (Röhsig, 2020).

CONCLUSÃO

Caracterizar e analisar os dados relacionados aos incidentes ocorridos no hospital é um exercício fundamental, pois auxilia o processo de educação permanente sobre segurança do paciente, determinação de protocolos, treinamentos, formação de equipes especializadas, facilidade no acesso às notificações e, conseqüentemente, maior aprimoramento no cuidado seguro aos pacientes. Nesse sentido, o presente estudo contribui ao evidenciar a importância da implementação de esforços em prol da melhoria da qualidade, como, por exemplo, com a constituição do NSP, que impactou no aumento das notificações ao organizar os processos de registro. Além disso, podemos observar que permanecem como desafios a alta incidência de falha na identificação correta do paciente (Meta 1) e a prevenção de infecções (Meta 5), remetendo a necessidade de melhorias no processo de educação permanente e adesão dos profissionais envolvidos, bem como na manutenção do investimento no monitoramento dos eventos no âmbito hospitalar. Futuros estudos devem avaliar o impacto das ações desenvolvidas pelo Núcleo, bem como a evolução da adesão dos profissionais e os dados de monitoramento de eventos com vistas a compreender o *status* da questão no Hospital.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2011). RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2019). *Relatório de Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2019*. <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Relat%C3%B3rio+de+Autoavalia%C3%A7%C3%A3o+Nacional+das+Pr%C3%A1ticas+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2019/faa6381c-b3c3-4210-8ddf-4e93927c64dd>
- Anderson, O., Davis, R., Hanna G. B., & Vincent, C. A. (2013). Surgical adverse events: A systematic review. *Am. j. surg.*, 206(2), 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.11.009>
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2017). *OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos*. <https://www.conass.org.br/oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-medicacao-em-cinco-anos/>
- Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G., Roberto, B. A. D., Daibert, P. B., Abreu, A. C. C., & Leão, M. L. (2018). *II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar No Brasil: Propondo as prioridades nacionais*. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1646/Anuario2018_IESS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hoffmeister, L. V., & Moura, G. M. S. S. (2015). Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. latinoam. enferm. (Online)*, 23(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century*. National Academy.
- Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. (2020). *Principais “never events” no Brasil segundo a Anvisa*. <https://www.segurancadopaciente.com.br/ev-adversos-riscos/principais-never-events-no-brasil-segundo-a-anvisa/>
- Jeon, B., Jeong, B., Jee, S., Huang, Y., Kim, Y., Park, G. H., Kim, J., Wufuer, M., Jin, X., Kim, S. W., & Choi, T. H. (2019). A facial recognition mobile app for patient safety and biometric identification: Design, development, and validation. byoungjun. *JMIR*, 7(4), e11472. <https://doi.org/10.2196/11472>
- The Joint Commission. (c2021). *Sentinel event statistics data – Event type by year (1995–Q2-2016)*. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-event-type-by-year/>

Kyowakai Healthcare Corporation. (s.d.). *Japan Council for Quality Health Care*. <http://www.hannan.or.jp/english/jcqhc/index.html>

Mendes, W. (2019). Taxonomia em segurança do paciente: In Sousa, P., Mendes, W. (Org.). *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2nd ed., pp. 287–314). EAD/ENSP.

Ministério da Saúde. (2009). Portaria n. 1.660 do Ministério da Saúde, de 22 de julho de 2009, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde. (2013). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*.

NHS. (2018). *National patient safety incident reports*. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/national-patient-safety-incident-reports/>

Olino, L., Gonçalves, A. C., Strada, J. K. R., Vieira, L. B., Machado, M. L. P., Molina, K. L., & Cogo, A. L. P. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: Nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev. gaúch. enferm.*, 40(spe), e20180341. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>

Omura, M., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2019). Evaluating the impact of an assertiveness communication training program for Japanese nursing students: A quasi-experimental study. *Nurs Open*, 6(2): 463–472. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fnop2.228>

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Universidade Federal de Santa Maria. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf

Pysyk, C. L. (2018). A change to the surgical safety checklist to reduce patient identification errors. *Can. j. anaesth.*, 65(2), 219–220. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0997-7>

Röhsig, V. (2020). Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. *Int. j. risk saf. med.*, 31(4), 247–258. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>

Sagawa, M. R., Silva, A. E. B. C., Lima, J. C., Bezerra, A. L. Q., Costa, N. N., Sousa, M. R. G., & Gimenes, F. R. E. (2019). Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. *Cogitare enferm.*, 24, e61984. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61984>

Slawomirski, L, Auraen, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

World Health Organization. (2009a). *WHO surgical safety checklist and implementation manual*. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

World Health Organization. (2009b). *Conceptual framework for the international classification for patient safety: Version 1.1: Final technical report*.
https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

World Health Organization. (2012). *What is patient safety* (Patient Safety Research Introductory Course, Session 1, p. 2).
https://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session1_intro_2in1_english_2010_en.pdf

6.2 Produto 02. Artigo

Criação de sistema interno on-line para notificação de incidentes no espaço hospitalar: relato de experiência

Alice Eulália Chagas Ribeiro¹, Cristiane de Oliveira Novaes²

1 Programa de Pós-Graduação de Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar/UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação de Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar/UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste artigo foi relatar a criação de um sistema interno de notificação de incidentes on-line no espaço hospitalar, desenvolvido no âmbito do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição. **Metodologia:** A construção do sistema on-line foi dividida em etapas, sendo a primeira a definição da construção do sistema on-line interno com base na interface FormSUS. A etapa seguinte é realizada por um gerente de formulários FormSUS profissional, outro respondente profissional nomeado e um monitor. O acesso responsável respeita os preceitos éticos e os dados individuais identificados, garantindo privacidade e confidencialidade. O formulário é restrito e só pode ser acessado a convite do gestor. **Resultados e discussão:** O formulário FormSUS pode ser acessado por meio de um atalho que é exibido em todos os computadores. O gestor profissional é o técnico responsável pela criação e/ou desenho da estruturação de formulários específicos para atender às necessidades do processo de notificação de incidentes. O respondente notifica as ocorrências por meio de um atalho que leva ao próprio formulário, já estruturado, para enviar aos profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente. O conteúdo de cada formulário e o rastreamento de suas respostas são de responsabilidade do gestor técnico de criação do formulário e de sua equipe. O formulário permite a inclusão de dados do paciente e do incidente: nome completo do paciente; número do histórico médico; enfermaria e leito; data de internação; data de incidência; grupo de idade; sexo; descrição do incidente; identificação do notificador; contato, e-mail e telefone; escritório ou função. **Considerações finais:** A construção de um sistema interno de notificação de incidentes on-line pode representar maior agilidade na detecção e tratamento dos incidentes, maior aderência às

notificações por parte dos profissionais, além de melhorar a segurança e a qualidade das ações no atendimento ao paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Eventos adversos; Erros médicos; Notificação; Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

The article was to report the creation of an internal online incident notification system in the hospital space, developed in the context of the institution's Patient Safety Center.

Methodology: The construction of the online system was divided into stages, the first being the definition of the construction of the internal online system based on the FormSUS interface.

The next step is performed by a professional FormSUS forms manager, another named professional respondent, and a monitor. Responsible access respects the ethical precepts and the individual data identified, guaranteeing privacy and confidentiality. The form is restricted and can only be accessed at the invitation of the manager.

Results and Discussion: The FormSUS form can be accessed through a shortcut that is displayed on all computers. The professional manager is the technician responsible for the creation and / or design of the structuring of forms, specific to meet the needs of the incident notification process. The respondent notifies the incidents through a shortcut that leads to the form itself, already structured, to send to the professionals of the Patient Safety Center. The content of each form and the tracking of your responses are the responsibility of the technical director of creating the form and his team. The form allows the inclusion of patient and incident data: full name of the patient; Medical history number; infirmary and bed; date of hospitalization; incidence date; age group; sex; description of the incident; identification of the notifier; contact, email and phone; office or function.

Final considerations: The construction of an internal online incident notification system may represent greater agility in the detection and handling of incidents, greater adherence to notifications by professionals, in addition to improving security and quality actions in customer service patient.

Keywords: Patient safety; Adverse events; Medical errors. Notification. Health technology.

CREATION OF AN INTERNAL ONLINE SYSTEM FOR NOTIFICATION OF INCIDENTS IN THE HOSPITAL SPACE: EXPERIENCE REPORT

RESUMEN

El propósito de este artículo fue reportar la creación de un sistema interno en línea de notificación de incidencias en el espacio hospitalario, desarrollado en el ámbito del Centro de Seguridad del Paciente de la institución. **Metodología:** La construcción del sistema online se dividió en etapas, siendo la primera la definición de la construcción del sistema online interno basado en la interfaz FormSUS. El siguiente paso lo lleva a cabo un gestor profesional de formularios FormSUS, otro profesional nombrado encuestado y un monitor. El acceso responsable respeta los preceptos éticos y los datos individuales identificados, garantizando la privacidad y confidencialidad. El formulario está restringido y solo se puede acceder a él por invitación del gerente. **Resultados y discusión:** Se puede acceder al formulario FormSUS a través de un o acceso directo que se muestra en todas las computadoras. El gerente profesional es el técnico responsable de la creación y / o diseño de la estructuración de los formularios, específicos para atender las necesidades del proceso de notificación de incidencias. El encuestado notifica las incidencias mediante un atajo o que conduce al propio formulario ya estructurado para enviar a los profesionales del Centro de Seguridad del Paciente. El contenido de cada formulario y el seguimiento de sus respuestas son responsabilidad del director técnico de creación del formulario y su equipo. El formulario permite incluir datos del paciente y del incidente: nombre completo del paciente; número de historia clínica; enfermería y cama; fecha de hospitalización; fecha de ocurrencia; grupo de edad; sexo; descripción del incidente; identificación del notificador; contacto, correo electrónico y teléfono; oficina o función. **Consideraciones finales:** La construcción de un sistema interno online de notificación de incidencias puede representar mayor agilidad en la detección y manejo de incidencias, mayor adherencia a las notificaciones por parte de los profesionales, además de mejorar las acciones de seguridad y calidad en la atención al paciente. **Palabras clave:** Seguridad del paciente; Eventos adversos; Errores médicos; Notificación; Tecnología de la salud.

*CREACIÓN DE UN SISTEMA INTERNO ONLINE DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS
EN EL ESPACIO HOSPITALARIO: INFORME DE EXPERIENCIA*

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a fim de melhorar a qualidade dos processos do cuidado, promover a segurança do paciente, a gestão de risco, a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, incentivar a participação de pacientes e familiares no cuidado e facilitar o acesso a informações referentes à segurança do paciente e à promoção da cultura de segurança. Para tal, recomendou a inclusão do tema no ensino, na graduação, pós-graduação e pesquisa (Ministério da Saúde, 2013). O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente versa sobre a implantação de ações, prevenção de riscos e redução de incidentes, desde a admissão, transferência, alta e óbito.

Nesse campo, diversos países, no intuito de melhorar a segurança dos pacientes, têm adotado estratégias para aumentar as notificações de incidentes (Sousa et al., 2019). O principal objetivo dos sistemas de notificação dos incidentes é ampliar a produção e a disseminação de informações referentes às ocorrências, para que os dados sejam submetidos a uma análise, e, com as informações obtidas, sejam implementados procedimentos que promovam o refreamento de tais eventualidades. Considerando a aprendizagem e melhoria dos processos, os sistemas de notificação de incidentes devem prover recursos adequados, apoio organizacional com definições claras e ações colaborativas. As notificações exigem o envolvimento dos profissionais como condição *sine qua non* para a melhoria das estruturas e processos que possam atenuar a ocorrência de incidentes (Wachter & Gupta, 2018).

Neste estudo, foram adotados os termos incidente com dano e evento adverso como sinônimos, conforme as definições para os principais termos relacionados na Classificação Internacional de Segurança do Paciente (World Health Organization, 2009), sendo o incidente todo evento ou circunstância que poderia ter causado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. O sistema de notificação de incidentes permite que os profissionais de saúde registrem, de forma voluntária ou confidencial, a ocorrência de incidentes, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre erros e riscos. Por meio da investigação e análise dos incidentes, geram-se informações e correções das fragilidades e falhas (Meyer-Masseti et al., 2011).

No Brasil, a notificação de incidentes é obrigatória, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013). Trata-se de uma ferramenta reativa para a gestão de risco, vigilância e monitoramento do que é notificado

– essenciais para que ações específicas sejam praticadas pelos profissionais de saúde, cruciais para a aprendizagem e para a qualificação da segurança do paciente (Sousa et al., 2019).

Segundo Santa Rosa e Moraes, o objetivo principal da área de interação humano-computador é o projeto e o desenvolvimento de sistemas com o propósito de melhorar a eficácia e proporcionar satisfação. Testar a usabilidade de sistemas significa ter certeza de que as pessoas podem reconhecer e interagir com funções que satisfaçam suas necessidades (Dumas & Redish, 1999 apud Santa Rosa & Moraes, 2008, p. 14).

Nesse sentido, busca-se com o presente estudo realizar um relato de experiência sobre a criação de um sistema interno on-line para notificação de incidentes no âmbito de um hospital público federal (Lima et al., 2020); desenvolvido como um desdobramento de um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Na referida instituição, as notificações de ocorrências eram realizadas de maneiras distintas, como comunicação oral e depósito em urnas. A proposta de implementação de um sistema on-line no âmbito do hospital federal parte da demanda por um serviço mais prático e eficiente, dada a facilidade e agilidade que a internet oferece, organizando atividades e compartilhando arquivos de forma confidencial, colaborando com a disseminação de informações de interesse da saúde. Desta forma, evidenciam-se os desdobramentos da proposta e recorre-se a Santa Rosa e Moraes, para abarcar a discussão acerca da Interação Humano-Computador, também denominada IHC ou HCI (*Human-Computer Interaction*).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a criação de um sistema interno on-line para notificação de incidentes em hospital público federal (Lima et al., 2020), desenvolvido no escopo do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, como um desdobramento de um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Para realizar a construção do sistema, foram operacionalizadas as seguintes etapas: definir o FormSUS como a interface a ser utilizada, um profissional gestor cadastrado para operacionalizar o formulário, um profissional respondente e um monitor. O manual de instruções é específico para a construção de formulários aplicados em diversas finalidades,

contendo informações pertinentes à adaptação do sistema para estruturar o sistema de notificações.

Como material fundamental da metodologia, recorre-se ao Manual do Gestor do FormSUS e suas diretrizes organizacionais. A construção do sistema on-line necessita somente de computador, rede de internet, um navegador, o logo para sinalizar o atalho, o manual em si e uma conta de e-mail para servir o gestor e o respondente. Considerando, portanto, que não há custos adicionais para a estruturação do sistema interno on-line.


A implementação do sistema on-line parte da necessidade de um serviço mais colaborativo, no que se refere ao compartilhamento de informações dos incidentes. Desta forma, a internet e suas atribuições apresentam-se como importante ferramenta, pois permitem o acesso a informações e a transferência de dados por meio da *Transmission Control Protocol* ou Protocolo de Controle de Transmissão (TCP) e Internet Protocol, também conhecido como Protocolo de Internet (IP) (infra). Por oferecer esses recursos, a internet passou a ser o meio de comunicação mais utilizado atualmente, sendo passível de aplicação em meios hospitalares como um facilitador do compartilhamento das notificações de incidentes, como a proposta deste estudo.

O uso da internet no âmbito hospitalar, cenário desta pesquisa, parte da prerrogativa de Interação Humano-Computador, também denominada IHC ou HCI (*Human-Computer Interaction*). Segundo Santa Rosa e Moraes, o objetivo principal da área de interação humano-computador é o desenvolvimento de sistemas com o intuito de aprimorar a eficácia e proporcionar satisfação ao seu usuário. O IHC tem como finalidade a melhoria de sistemas que podem oferecer usabilidade ao usuário, ou seja, proporcionar segurança e eficiência durante a execução das tarefas. Para que um produto ou serviço possa ser considerado com boa usabilidade, é necessário que ele contenha alguns aspectos, como facilidade de utilização eficiente.

[...] a usabilidade é um atributo de todo produto – como a funcionalidade. Testar a funcionalidade significa certificar-se que o produto funciona de acordo com as especificações. [...] Testar a usabilidade significa ter certeza de que as pessoas podem reconhecer e interagir com funções que satisfaçam suas necessidades (DUMAS & REDISH, 1999 apud SANTA ROSA & MORAES, 2008, p. 14).

Nesse sentido, a partir de pesquisa bibliográfica e de observações referentes ao funcionamento do sistema de comunicação digital, foram delimitados os problemas para análise de acordo com o sistema alvo apresentado, segundo modelagem sistêmica de Moraes & Mont'Alvão (2003). De acordo com as peculiaridades e necessidades do âmbito hospitalar, a partir de uma demanda de maior comunicação e compartilhamento de informações, optou-se pelo FormSUS, uma ferramenta do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que pode contribuir de modo fundamental para as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática, que tem, entre suas metas, a democratização das informações e a transparência na gestão pública. O serviço ofertado pelo FormSUS permite o “estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados; a ampliação da produção e da disseminação de informações de saúde; o acesso livre a bases de dados em saúde não-identificados”; com usabilidade e “acesso responsável, respeitados os preceitos éticos, a dados individuais identificados, garantindo a privacidade e confidencialidade dos respondentes” (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS], 2021).

Atualmente, o FormSUS tem sido a interface amplamente empregada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e por órgãos públicos parceiros, para atividades de interesse público, e possibilita a criação de formulários na *web*. Suas normas de utilização são compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS, havendo a necessidade de cadastrar-se como Gestor de Formulário do FormSUS para criar formulários (DATASUS, 2021).

Este sistema foi desenvolvido para dar agilidade, estruturar e promover qualidade ao processo de coletar, disseminar dados pela internet mediante o fornecimento de formulários prontos, visando facilitar a sua construção. Pode exportar dados em arquivos nos formatos CSV – texto separado por vírgula – ou outro separador se necessário; XLS – formato Excel; DBF – Banco de Dados Dbase, e qualquer dúvida pode ser solucionada através da *homepage*: <http://formsus.datasus.gov.br/>. O instrumento foi inspirado em iniciativa anterior ao DATASUS, o programa “Gera HTM, Soluções na *Web*”, disponível no *Yahoo Groups* e no serviço norte-americano  (Ministério da Saúde, 2015a).

Tarefas tornam-se mais complexas quando há necessidade de compartilhar dados ou acompanhar em tempo real os resultados; nesse sentido, o FormSUS viabiliza o desenvolvimento de formulários sem que se dependa de analistas e programadores. Ademais, permite criar um sistema, um banco de dados e gerar relatórios, sem consumir muito tempo,

dando aos técnicos e profissionais a autonomia para criar e modificar formulários, por meio de uma interface simples.

O sistema armazena dados cadastrais, formulários e dados de formulários que estarão conectados no ambiente do DATASUS, seguindo as diretrizes do governo federal. O FormSUS foi desenvolvido em *software* livre, e usa banco de dados MYSQL 4 e linguagem PHP 5 (Ministério da Saúde, 2015a).

O formulário desenvolvido nesta pesquisa foi estruturado com base no FormSUS versão 3.0, que consiste na utilização de um instrumento já existente no Ministério da Saúde, adaptado para o processo de notificações on-line de incidentes no ambiente de trabalho. No sistema podem ser inseridas todas as informações necessárias referentes ao procedimento: identificação do paciente pelo nome completo, faixa de idade, sexo, número de prontuário, localização do leito e enfermaria, data da internação, data da ocorrência do incidente, descrição completa do incidente no espaço destinado para este fim, identificação do profissional notificador, contato por e-mail, telefone ou presencial, cargo e função do profissional notificador.

Essas informações são organizadas e inseridas no instrumento próprio para a notificação de um ou mais incidentes listados e disponíveis para a seleção do que será notificado. A listagem foi estabelecida segundo as seis metas internacionais de segurança do paciente, com a adição de uma meta 7 (úlceras por pressão), um item “não se aplica”, eventos adversos, incidentes sem dano, circunstâncias notificáveis e quase falha. Os incidentes ou eventos serão marcados por um “x” ou “o” para o notificar.

Os gestores definem quais os profissionais que receberão as informações, como parte operacional do processo, e quais profissionais podem conhecer o conteúdo delas. Estes estarão envolvidos na análise, caracterização, classificação, ações de gerenciamento, aprendizagem e na definição das propostas e soluções para a prevenção de incidentes junto aos profissionais envolvidos (Ministério da Saúde, 2015a).

A construção do sistema on-line teve como primeiro passo a definição um profissional Gestor de Formulário do FormSUS cadastrado, mas não como respondente do formulário. Cada gestor tem a responsabilidade de cuidar e garantir a aplicação de normas de produção, disseminação de informações de saúde e acesso livre por meio de bases de dados não identificados. O acesso responsável respeita os preceitos éticos acerca de dados individuais identificados, garantindo a privacidade e confidencialidade. O formulário é restrito e pode ser acessado somente a convite do gestor. Quanto ao armazenamento e à segurança de dados, as

regras como *backup* e disponibilidade devem estar em acordo com as diretrizes e normas de segurança (Ministério da Saúde, 2015b).

O formulário do FormSUS pode ser acessado pelo *link* informado: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=XXX, no qual XXX é o número do formulário e o *link* não deve ter acentos nem cedilha (ç).

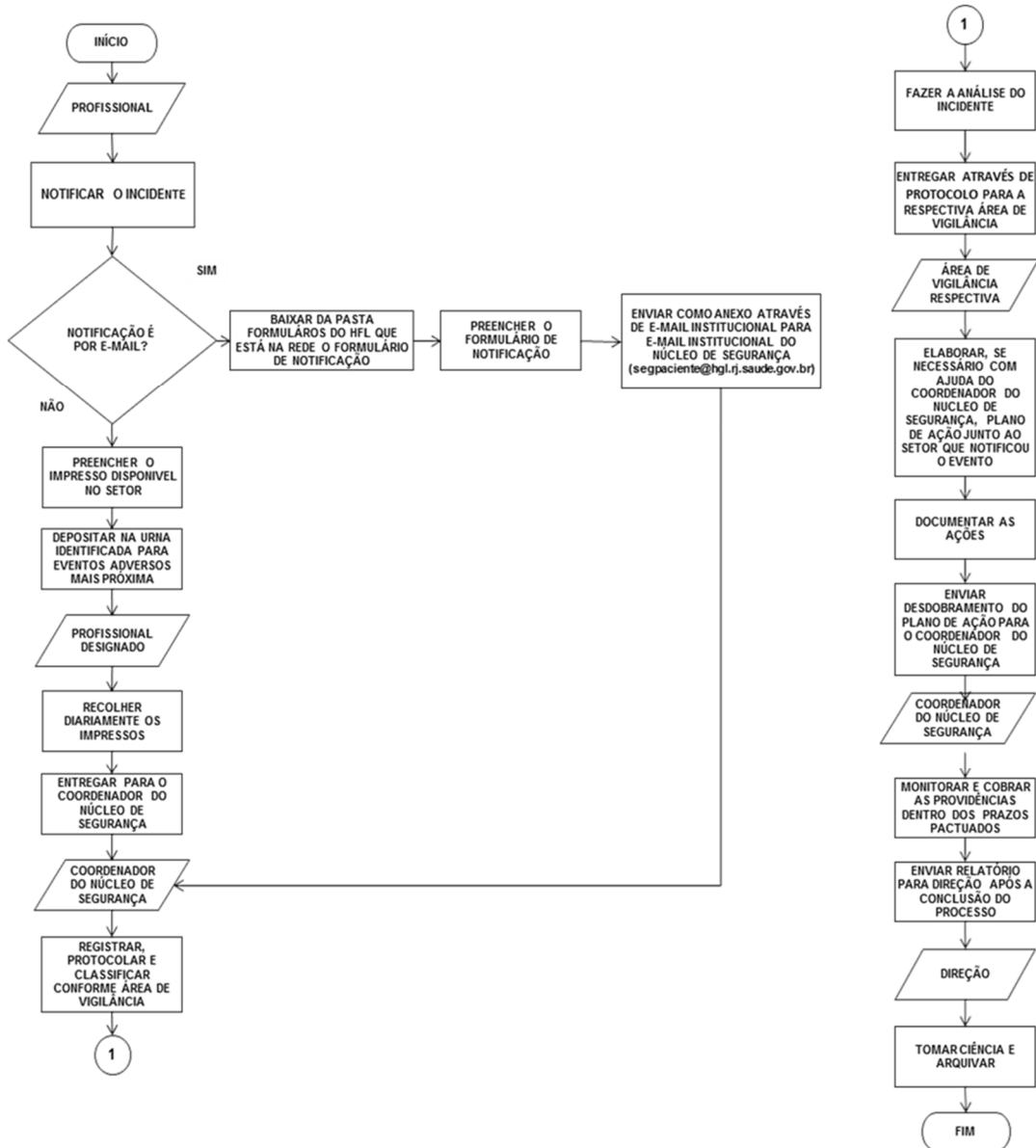
Dessa forma, é de suma importância apresentar os responsáveis pelo processo e suas atribuições: 1. O Gestor do formulário: é o profissional técnico responsável pela criação do projeto do formulário. O gestor de formulário pode ser um técnico que ajudará a criar o formulário no sistema, ficando os membros da equipe responsáveis pela definição da finalidade e do conteúdo do formulário, e pela utilização dos dados que serão coletados; 2. Respondente: um respondente pode ser o gestor do formulário, desde que cadastrado no sistema. Este profissional terá acesso a todos os campos ou fichas preenchidas, mas não poderá alterar nem excluir nenhuma; 3. Monitor: possui as mesmas permissões do respondente e pode alterar os campos ou as fichas.

O conteúdo de cada formulário e o monitoramento de suas respostas são de responsabilidade do responsável técnico pela criação do formulário, ou de sua equipe gestora. Nenhum formulário será alterado sem autorização do responsável pelo formulário, o que está em conformidade com a Política e Normas de Uso do FormSUS e com as recomendações do Ministério da Saúde (DATASUS, 2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de o Ministério da Saúde instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013), as notificações eram realizadas na instituição, cenário deste estudo, de formas distintas: por meio de comunicação verbal, descrição de incidentes, em ordens de serviço, ofícios, depósito em urnas, por e-mail pessoal, segundo o fluxograma e o termo construídos como demonstrado na Figura 1 e no Quadro 1.

Figura 1 – Fluxograma para notificar incidentes



Fonte: Elaborado pelo Setor de Qualidade.

Quadro 1 – Termo anterior para notificações


<p>TERMO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS</p> <p>_____</p> <p>Descrição do Evento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sugestão de melhorias:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Identificação do Notificador:</p> <p>_____</p> <p>Identificação do Paciente:</p> <p>_____</p> <p>Leito: _____</p> <p>Data da ocorrência: ____/____/____ Data do registro: ____/____/____</p> <p>Recebido pelo Comitê de Eventos Adversos em: ____/____/____</p> <p>por: _____</p>	<p>Nome:</p> <p>Prontuário:</p> <p>Etiqueta:</p>
---	---

Fonte: Elaborado pelo Setor de Qualidade.

Observa-se que o processo de envio das notificações e descrições das ocorrências eram realizadas por meios diversos: depósito em urnas, comunicação verbal ou envio por e-mail pessoal, como supracitado e apresentado na Figura 1 e no Quadro 1, o que demonstra a complexidade dos registros dos incidentes. No entanto, nos últimos anos, nota-se a demanda crescente e concreta por um serviço mais prático e eficiente. Nesse sentido, as chamadas tecnologias emergentes trazem crescimento para este campo de atuação, e benefícios como o Prontuário Eletrônico do Paciente, o *Business Intelligence*, a certificação digital, as tecnologias sem fio e a computação móvel. Ou seja, em paralelo às tecnologias próprias da área, cada vez mais os profissionais de saúde adotam técnicas e conhecimentos de outras áreas, e atualmente, o processo de cuidado tem sido acompanhado pelas ferramentas derivadas das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009). Na Europa, América do Norte, Austrália e em outros países, a presença de tecnologias produz conhecimentos e dissemina a adoção tecnológica na área da saúde. E a participação nos processos de incorporação e a utilização de tecnologias contribuem para a equidade, o acesso, a maior eficiência e efetividade, e qualidade dos serviços e sustentabilidade (Banta & Almeida, 2009).

A Organização Mundial da Saúde afirma que a saúde digital é o campo do conhecimento e da prática associados com qualquer aspecto de adoção de tecnologia digital para melhorar a saúde, desde o início até a operação dinâmica, e que progride rapidamente. A Estratégia de Saúde Digital no Brasil foi elaborada com base no pacote de ferramentas e nas experiências bem-sucedidas em países como Canadá, Austrália, Inglaterra e Escócia (Organização Mundial da Saúde; União Internacional das Telecomunicações, 2012), tendo sido apresentada pelo Ministério da Saúde e denominada e-Saúde (Ministério da Saúde, 2017). Os principais objetivos do e-Saúde para o Brasil são identificar políticas, modelos de governança, financiamento, infraestrutura, tecnologias, recursos humanos e viabilizar o cenário estratégico. Por meio do e-Saúde, são obtidos benefícios que abarcam o Prontuário Eletrônico do Paciente, Telessaúde, Estratégia Saúde da Família, Registro Eletrônico de Saúde, Interoperabilidade, *Picture Archiving and Communication System* e Saúde na Nuvem (Hsia et al., 2019; Ministério da Saúde, 2017).

Os recursos de TIC na saúde têm sido essenciais para facilitar as atividades e o uso de ferramentas para resolver problemas na área de saúde. Deve-se também considerar o fator humano para o sucesso de um sistema, sendo o treinamento um item indispensável no uso da tecnologia adotada (Novoa & Valerio Netto, 2019). A adoção de indicadores permite monitorar e avaliar o uso das TIC, como gestão, infraestrutura, legislação, investimento etc. O TIC Saúde (<https://cetic.br/pesquisas/>) investiga a infraestrutura, a disponibilidade das TIC e de outras aplicações baseadas nos estabelecimentos de saúde no Brasil e o *Global Digital Health Index* faz uma análise comparativa das ações de saúde digital entre países (<https://www.digitalhealthindex.org/>).

Desse modo, o desenvolvimento de um sistema informatizado de notificações nas instituições converge com a tendência de estruturação dos cuidados em saúde, e pode facilitar e agilizar o processo de envio de informação para gestão de risco, bem como a tomada de decisões e, conseqüentemente, ampliar a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Além disso, o sistema informatizado é uma importante estratégia de promoção da qualidade aliada à sustentabilidade. É partir disso que se propôs o sistema on-line, identificado por este símbolo: . Seu acesso é feito por meio de um atalho nas telas dos computadores no ambiente de trabalho, que conduzirá diretamente ao formulário de notificações. O formulário estará disponível para notificar de forma digital e descritiva, havendo um espaço destinado à descrição e detalhamento das informações referentes a um ou mais incidentes a serem notificados. A organização e a digitação do formulário serão feitas pelo gestor, e as informações

referentes ao paciente e incidente serão realizadas pelo notificador. O formulário precisa ser preenchido completamente, o profissional pode notificar mais de um incidente e utilizar a caixa de texto para a descrição da ocorrência, que deve ser detalhada, clara e concisa. O instrumento é autoexplicativo, porém será disponibilizado um guia orientador para o preenchimento de dados do paciente e incidente no sistema interno on-line.

No Quadro 2, verificam-se os tipos de incidentes descritos no instrumento, complementado pelo campo “outros”, no qual é possível incluir incidentes que não estão listados.

Quadro 2 – Notificações de incidentes mais frequentes

Selecionar com ‘X’ um ou mais incidentes, como observado no Quadro 1.

	Paciente não identificado ou falha na identificação
	Falha na comunicação
	Troca ou uso inadvertido de medicação
	Troca de paciente ou sítio cirúrgico
	Infecção relacionada ao cuidado
	Úlcera por pressão
	Queda ou risco de queda
	Evento adverso
	Incidente sem dano
	Circunstâncias notificáveis
	Quase falha
	Outros

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Após o preenchimento das notificações evidenciadas no Quadro 2, é importante “sair” ou fechar o sistema para obter perfeita funcionalidade e segurança do instrumento. A última ação, “gravar”, permite o envio imediato do formulário aos membros responsáveis designados a exercer funções no Núcleo de Segurança do Paciente. Ao final, deve-se aguardar a mensagem de confirmação aparecer para garantir que os dados foram gravados.

Compõem as variáveis de interesse para notificação os itens a seguir:

1. Nome completo do paciente;
2. Número do prontuário;
3. Enfermaria e leito – utilizar barra entre as informações;
4. Data da internação;
5. Data da ocorrência;

6. Assinalar com “o” a faixa etária;
7. Assinalar com “o” para identificar o sexo;
8. Grade para marcar “x”;
9. Espaço para descrever o incidente;
10. Identificação do notificador;
11. Contato, e-mail e telefone;
12. Cargo ou função.

Após as análises e modelagens selecionadas para a formatação atual do formulário online, foi realizado um teste na instituição com o formulário apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Sistema de Notificação de Incidentes *Online*
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES – FORMSUS

DÚVIDAS E ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO: RAMAIS XXXX- XXXX

***Preenchimento obrigatório**

Atenção: Nos campos marcados com “visível ao público”, não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

1) **Nome completo do paciente:***

2) **Nº do Prontuário:***

3) **Enfermaria – Leito:**

(Ex.: 520 - 2)

4) **Data da Internação:**

5) **Data da Ocorrência:***

6) Idade:*

- 0-18
- 19-35
- 36-59
- >59
- Não se aplica

7) Sexo:*

- Masculino
- Feminino
- Não se aplica

8) Tabela:*

Marque com X

- 01 - Paciente não identificado ou falha na identificação
- 02 - Falha na comunicação
- 03 - Troca ou uso inadvertido de medicação
- 04 - Troca de paciente ou sítio cirúrgico
- 05 - Infecção relacionada ao cuidado
- 06 - Úlcera por pressão
- 07 - Queda ou risco de queda
- 08 - Atraso no diagnóstico e tratamento
- 09 - Falha no uso de hemocomponentes
- 10 - Falha na utilização de equipamentos/insumos
- 11 - Tempo de internação prolongado sem justificativa
- 12 - Desabastecimento, incêndio, pane elétrica, vazamento
- 13 - Outros

9) Descrição completa do Incidente:*

10) **Notificador - Nome: (Opcional):**

11) **Contato (opcional): (e-mail/tel., etc.):**

12) **Cargo/Função (Obrigatório):***

 **Gravar**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observa-se que o formulário apresentado na Figura 2 aprimora o processo de notificação de incidentes pela sua usabilidade. A estrutura do formulário oferece mais praticidade, tanto na inscrição dos eventos, quanto no acompanhamento da coleta de dados. Esse serviço on-line oferece uma visualização gráfica simples dos campos de preenchimento e um compartilhamento dos resultados de forma total ou restrita. A aplicação do formulário, conforme demonstrado, converge com as necessidades do mundo contemporâneo, pois adequa as necessidades do âmbito hospitalar ao contexto em que há a necessidade da viabilização e agilidade na troca de informações. A utilização do formulário precede definição sobre restrição de acesso: com acesso restrito a respondentes pré-cadastrados ou com acesso de *login* e senha, seguindo a prerrogativa da segurança e confidencialidade. Trata-se de uma ferramenta reativa para a gestão de risco, vigilância e monitoramento do que é notificado, que objetiva facilitar as notificações de incidentes no meio hospitalar e oferecer interação entre o profissional e o computador, de maneira que esse mecanismo possa ser um importante auxiliar no ambiente de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a estruturação do sistema on-line interno no ambiente de trabalho, intenta-se contribuir para o enfrentamento às barreiras existentes para notificação, simplificando e padronizando os métodos, ampliando as possibilidades de adesão dos profissionais no processo de notificações de incidentes. O processo de desenvolvimento do instrumento demonstrou que este proporciona facilidade no acesso, agilidade e economia na realização e solução das

demandas solicitadas. Desta forma, a instituição poderá, por meio de um sistema interno on-line para notificar incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, identificar os incidentes, reduzir a ocorrência de erros e utilizar estratégias para melhorar a qualidade para um cuidado mais seguro.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços e saúde e dá outras providências.

Banta, D., & Almeida, R. T. (2009). The development of health technology assessment in Brazil. *International journal of technology assessment in health care*, 25(S1), 255–259. <https://doi.org/10.1017/s0266462309090722>

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). (2021). *FormSUS*. <http://datasus1.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/formsus>

Hsia, T. L., Chiang, A. J., Wu, J. H., Teng, N. N., & Rubin, A. D. (2019). What drives E-Health usage? Integrated institutional forces and top management perspectives. *Computers in Human Behavior*, 97, 260–270. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.010>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *O Setor de Tecnologia da Informação e Comunicação no Brasil* (Série estudos e pesquisas, informação econômica, n. 11).

Lima, H. F., Bezerra, C. E., & Amaral, J. A. (2020). Organizando a pesquisa acadêmica: reflexões teórico-práticas sobre a metodologia dos trabalhos científicos. *Research, Society and Development*, 9(8), e227985166. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5166>

Meyer-Masseti, C., Cheng, C. M., Schwappach, D. L., Paulsen, L., Ide, B., Meier, C. R., & Guglielmo, B. J. (2011). Systematic review of medication safety assessment methods. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68(3), 227–240. <https://doi.org/10.2146/ajhp100019>

Ministério da Saúde. (2013). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde. (2015a). *FormSUS: Manual do Gestor*. Ministério da Saúde. <https://central3.to.gov.br/arquivo/257754/>

Ministério da Saúde. (2015b). *Relatório de Gestão do Exercício de 2014*. <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/relatorio-gestao-sgep-datasus-2014.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). *Estratégia e-Saúde para o Brasil*. https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil_CIT_20170604.pdf

Moraes, A., & Mont'Alvão, C. (2003). *Ergonomia: Conceitos e Aplicações*, 3rd edn. Luser. Novoa, C. G., & Valerio Netto, A. (2019). *Fundamentos em gestão e informática em saúde*. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. p. 77. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51788>

Organização Mundial da Saúde; União Internacional das Telecomunicações. (2012). *Pacote de Ferramentas da Estratégia Nacional de Saúde*. <https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Pacote-de-Ferramentas-da-Estrat%C3%A9gia-Nacional-de-e-Sa%C3%BAde.pdf>.

Santa Rosa, J. G., & de Moraes, A. (2008). *Avaliação e projeto no design de interfaces*. 2AB.

Sousa, P., Lage, M. J., & Rodrigues, V. (2019). Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-08.pdf>

Wachter, R. M., & Gupta, K. (2018). *Understanding patient safety*. 2. McGraw-Hill Medical.

World Health Organization. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1: Final technical report*. https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

6.3 Produto 03. Produção Técnica

GUIA ORIENTADOR PARA O PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS DADOS NO SISTEMA INTERNO *ONLINE* PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Alice Eulália Chagas Ribeiro¹

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH – da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Orientadora: Cristiane de Oliveira Novaes.

Resumo da Produção Técnica

Objetivo: Notificar incidentes no espaço hospitalar, criar um sistema *online* interno para facilitar o processo de notificação aos profissionais de saúde, criar um guia orientador para aprender a notificar. **Tipologia/Estratificação do produto:** Trata-se de uma produção técnica, classificada como tipo T1, correspondendo ao grupo de desenvolvimento de material didático, produção intelectual e instrucional. **Tipo, subtipologia e classificação/estrato:** O referido grupo corresponde à produção de recursos que promovam aprendizado voltado à formação e instrução de recursos humanos, por meio da criação, uso e organização de processos e produtos tecnológicos. Como apoio e suporte, foi apresentado um guia orientador para a mediação dos processos de ensino e aprendizagem referente às notificações de incidentes e à aplicabilidade do sistema no ambiente de trabalho. **Método:** A primeira etapa metodológica foi a revisão da literatura sobre as notificações da ocorrência e frequência de incidentes a nível nacional e internacional; a segunda etapa foi a criação de um sistema interno *online* para notificar os incidentes no espaço hospitalar, com base na interface FormSUS e no manual do gestor de formulários; a terceira etapa busca instrumentalizar os profissionais de saúde sobre o acesso ao sistema e a sua funcionalidade no intuito de notificar os incidentes de forma adequada, com vistas ao aprendizado com os erros e à qualificação da segurança do paciente. **Resultados:** Foi confeccionado um e-book como guia orientador para o preenchimento adequado dos dados do paciente e do incidente diretamente no sistema de notificações. O estudo proporcionou a identificação de incidentes relacionados às seis metas internacionais de segurança, eventos adversos, incidentes sem dano, circunstâncias notificáveis e quase falhas. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O guia orientador poderá contribuir para a identificação e redução

dos incidentes, e ainda ser replicado em outras instituições que permitam utilizar o FormSUS. A ocorrência de erros e danos também influencia a aprendizagem e a construção de uma cultura de segurança na instituição. Espera-se que a melhoria da qualidade e da segurança do paciente possa impactar positivamente o processo para um cuidado mais seguro.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente; Eventos Adversos; Erro Médico; Metas de Saúde; Notificações.

Você sabia que há um sistema de notificações na sua instituição?

6.3.1 Produto Acadêmico

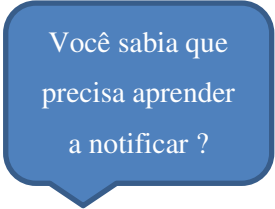
A criação de um sistema interno *online* para notificar incidentes no espaço hospitalar proporcionará a adesão e o acesso dos profissionais de saúde ao processo. Foi confeccionado este guia orientador para auxiliar os profissionais a notificar incidentes, por meio de um sistema disponível e ao alcance de todos. O sistema interno *online* pode facilitar o preenchimento correto dos dados do paciente e do incidente, contribuindo, desta forma, para a redução da ocorrência de danos ao paciente e para a aprendizagem com os erros. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é o setor que recebe essas informações, analisa, propõe melhorias e soluções para que os incidentes sejam classificados e identificados considerando o cenário que se apresenta.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013), e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), instituíram ações para apoiar a segurança do paciente e a obrigatoriedade de constituição do NSP em todos os serviços de saúde do território nacional.

No seu 1º artigo, a resolução institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade. Entre essas ações estão a notificação de incidentes relacionados às seis metas internacionais de segurança do paciente: identificação correta do paciente por pulseiras; comunicação efetiva entre profissionais; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; segurança nos procedimentos cirúrgicos (lista de verificação de segurança e marcação de sítio cirúrgico); prevenção de infecções relacionadas ao cuidado; higiene das mãos; precauções de contato; prevenção de lesões decorrentes de quedas e de úlceras por pressão.

6.3.2 Objetivo

Orientar e padronizar a utilização do sistema interno *online* para notificar a ocorrência de incidentes no espaço hospitalar.

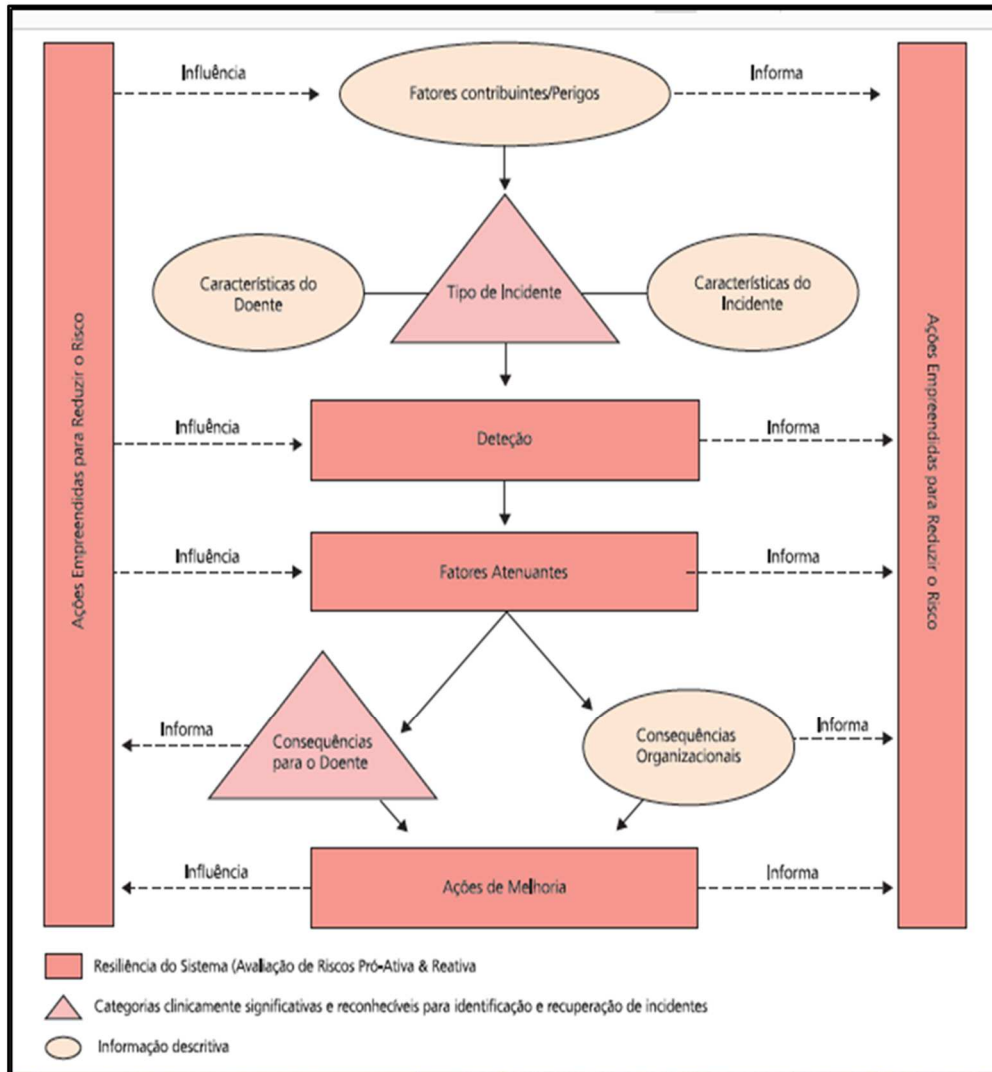


Você sabia que
precisa aprender
a notificar ?

6.3.3 Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) facilita a compreensão de uma taxonomia para a segurança do paciente, com a finalidade de realizar um ciclo de aprendizagem e melhoria contínua. A estrutura da ICPS demonstra a taxonomia e organiza a forma de raciocinar, estabelecendo relações entre causas e consequências dos incidentes. Esclarece também como se pode reduzir as ações e aprender com os erros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a), como se vê na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança Paciente



Nota: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente – ICPS. Traduzido para o português por Divisão de Segurança do Paciente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde do Ministério de Saúde de Portugal, 2011.

Fonte: World Health Organization, 2009a.

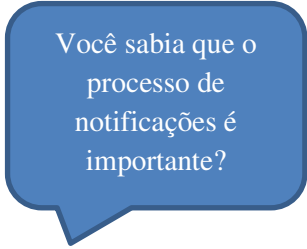
Diante da ocorrência de inúmeros eventos adversos (EA) relacionados ao cuidado, o Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária optou pela notificação obrigatória de incidentes e eventos.

As definições para os principais termos estão listadas a seguir:

1. Evento: algo que ocorre com ou envolve o paciente.
2. Circunstâncias notificáveis: situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.

Você sabia que há uma taxonomia para a Segurança?

3. Agente: substância, objeto ou sistema que age para produzir mudança.
4. Dano: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério; inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico.
5. Dano associado ao cuidado de saúde: dano surgido por, ou associado a, planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde em vez de uma doença de base ou lesão.
6. Paciente: pessoa que recebe cuidados de saúde.
7. Cuidados de saúde: serviços recebidos por indivíduos para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde.
8. Saúde: estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas ausência de doença.
9. Doença: disfunção fisiológica ou psicológica.
10. Erro: falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada ou por falhar em fazer a coisa certa na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são não intencionais.
11. Violações: divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou regra. São de forma habitual intencionais, apesar de raramente maliciosas; e, em determinado contexto, podem se tornar rotineiras ou automáticas; um exemplo de violação é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.



Você sabia que o processo de notificações é importante?

6.3.4 Relevância das Notificações

A segurança do paciente e a qualidade do cuidado são temas fundamentais na assistência em saúde, seja pelos impactos diretos ou indiretos na saúde, seja pelo custo laboral aos profissionais e por custos decorrentes dos erros, denominados incidentes. Nesse sentido, a educação permanente, voltada a melhorias em relação ao cuidado, está de acordo com os esforços que ocorrem a nível mundial.

A tecnologia, por meio de um instrumento interno e *online* para normatização do processo de notificação para identificação, monitoramento, análise e manejo da ocorrência de

incidentes, pode contribuir significativamente para o aprendizado e a qualificação das ações, aumentando a velocidade e o alcance da intervenção. Sabe-se que existem dificuldades na prática cotidiana para que as notificações sejam de fato asseguradas e muitos são os motivos que levam o profissional a notificar ou não, conforme elucida a publicação da Fundação Oswaldo Cruz, *Segurança do paciente e a vigilância sanitária* (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Motivos para não notificar incidentes



Fonte: Caldas, 2019.

Figura 3 – Motivos para notificar incidentes



Fonte: Caldas, 2019.

COMO FAZER?

1) O que devo notificar?

Os incidentes que atingem o paciente e os que são interceptados antes de causarem danos ao paciente;

O descumprimento das metas internacionais de segurança do paciente;

Os EA, sinônimo de incidentes com dano; incidentes sem dano, por representarem um dano em potencial;

Outras ocorrências que possam comprometer a segurança do paciente.

Você sabia que precisa notificar incidentes?

2) O que é um evento adverso ou incidente com dano?

Evento adverso (EA) é um incidente que atinge o paciente e resulta em lesão ou dano.

O dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológico, seguido ou não de dor.

3) Preciso notificar um incidente que não provocou dano ao paciente?

Sim. A suspeita de associação com um incidente é uma razão para notificar. O dano pode ser imediato ou ter potencial para causar dano.

4) Quando devo notificar?

A qualquer momento; o ideal é que se faça a notificação o mais brevemente possível. Lembre-se de que a maioria dos incidentes requer um tempo para análise, investigação, tomada de decisões e providências.

5) Quem pode notificar?

As notificações podem ser realizadas por todos os profissionais da instituição.

6) Preciso me identificar ao notificar um evento?

A identificação do notificador auxilia muito na análise do incidente.

A notificação é opcional e voluntária; os dados dos notificadores são confidenciais.

7) O que acontece após realizar uma notificação?


O NSP analisa e investiga o incidente, classifica e propõe ações de melhoria para evitar que se repita. Os eventos considerados muito graves terão um tratamento diferenciado.

8) Onde notificar?

O profissional deve acessar o sistema por meio de um atalho inserido na tela dos computadores, que conduz diretamente o formulário de notificação ao NSP. O envio é imediato e sinalizado por “Gravar” .

9) Que etapas são necessárias no processo de notificação?

Você sabia que há etapas para notificar?

- Acessar o atalho  na tela do computador;
- Preencher os campos referentes ao paciente, do 1º ao 7º (Quadro 2);

Quadro 1 – Incidentes

	• Paciente não identificado ou falha na identificação
	• Falha na comunicação
	• Troca ou uso inadvertido de medicação
	• Troca de paciente ou sítio cirúrgico
	• Infecção relacionada ao cuidado
	• Úlcera por pressão
	• Queda ou risco de queda
	• Evento adverso
	• Incidente sem dano
	• Circunstâncias notificáveis
	• Quase falha
	• Outros

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

- Sinalizar ao lado esquerdo da lista, com “x”, um ou mais incidentes e, sempre que necessário, utilizar o campo “outros” para descrição do evento;
- Descrever a ocorrência detalhadamente no 9º campo: “Descrição completa do Incidente”;
- Identificação do notificador;
- Informar contato por e-mail ou telefone;
- Enviar a notificação clicando no botão “Gravar”.

Você sabia o que é um evento sentinela?

10) Como identificar um evento sentinela?

O evento sentinela é definido como uma ocorrência imprevista que envolve morte ou uma lesão física ou psicológica grave.

Quadro 2 – Evento sentinela – notificação obrigatória

EVENTO SENTINELA – NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Morte não prevista; ○ Morte não relacionada ao curso natural da doença ou da condição subjacente do paciente; ○ Morte de uma criança a termo; ○ Suicídio.
Perda importante e permanente de função não relacionada ao curso natural da doença ou da condição subjacente do paciente.
Cirurgia no local errado, procedimento incorreto ou no paciente errado.
Transmissão de doença crônica ou fatal em consequência de infusão de sangue ou hemoderivados de sangue ou do transplante de órgãos ou tecidos contaminados.
Sequestro de bebês ou envio de um bebê para casa com os pais errados.
Estupro, violência no local de trabalho, como agressão (levando à morte ou perda permanente de função) ou homicídio (homicídio doloso) de um paciente, membro da equipe, profissional de saúde, estudante de medicina, estagiário, visitante ou fornecedor enquanto nas dependências do hospital.
Eventos adversos que, após análise do Núcleo de Segurança do Paciente e da Comissão de Qualidade, forem identificados como sentinela.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Sistema de Notificação de Incidentes *OnLine*

Você sabia que este
é o nosso sistema
online?

Figura 4 – Sistema de Notificação de Incidentes *Online*

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES *ONLINE* FORMSUS

DÚVIDAS E ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO: RAMAIS XXXX- XXXX

O preenchimento de todos os dados é obrigatório

Atenção: Nos campos marcados com "Visível ao público" não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

1) Nome completo do paciente:*

2) Nº do Prontuário:*

3) Enfermaria:
(Ex.: 520 - 2)

4) Data da Internação:

5) Data da Ocorrência:*

6) Idade:*

0-18

19-35

36-59

>59

Não se aplica

7) Sexo:*

Masculino

Feminino

Não se aplica

8) Tabela:*

Marque com X

01 - Paciente não identificado ou falha na identificação

02 - Falha na comunicação

03 - Troca ou uso inadvertido de medicação

04 - Troca de paciente ou sítio cirúrgico

05 - Infecção relacionada ao cuidado

06 - Úlcera por pressão

07 - Queda ou risco de queda

08 - Atraso no diagnóstico e tratamento

09 - Falha no uso de hemocomponentes

10 - Falha na utilização de equipamentos/insumos

11 - Tempo de internação prolongado sem justificativa

12 - Desabastecimento, incêndio, pane elétrica, vazamento


13 - Outros

9) Descrição completa do incidente:*

10) Notificador - Nome: (opcional):

11) Contato (opcional): (e-mail/telefone, etc.):

12) Cargo/Função (obrigatório):*

 Gravar

Fonte: Captura de tela do FormSUS, 2021.

Você sabia que em caso de dúvidas, os profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente estão dispostos a dar o suporte?

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n° 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

CALDAS, B. N. *et al.* Segurança do paciente e a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 90.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**: version 1.1: final technical report. [Genebra]: WHO, 2009a. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.



Guia

orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno *online* para notificar a ocorrência de incidentes

Figura 3 - Sistema de Notificação de Incidentes Online FERRIUS

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES ONLINE FERRIUS

DIVULGAR E ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO: KANAKI XXXX-XXXX

O preenchimento de todos os dados é obrigatório. Atencioso: Não utilizar maiúsculas com "Título de público" não deve ser utilizado dentro de uma instituição e prioridade.

1) Nome completo do paciente*

2) Nº de Prontuário*

3) Idade em anos (DD - MM - AA)

4) Sexo do paciente*

5) Data de Nascimento*



Elaboração

Alice Eulália Chagas Ribeiro

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiane de Oliveira Novaes

Produção técnica do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança do paciente é marcada por comunicação aberta, trabalho em equipe, dependência mútua e aprendizado contínuo a partir das notificações de incidentes.

A caracterização e análise de dados e resultados dos incidentes ocorridos no espaço hospitalar sempre serão um exercício fundamental, pois auxiliam no processo de notificação de incidentes e, conseqüentemente, conferem maior aprimoramento rumo a um cuidado mais seguro.

O sistema *online* e o guia orientador para o preenchimento de dados no formulário poderão aumentar a adesão dos profissionais às notificações, registros e informações para o desenvolvimento de estratégias que reduzam danos ao paciente.

O desenvolvimento de um sistema informatizado para o processo de notificações no ambiente de trabalho converge com a tendência à qualificação para um cuidado mais seguro. O sistema *online* é uma importante estratégia de promoção para a qualidade e segurança.

O presente estudo intentou contribuir para a discussão sobre a importância da implementação de esforços em prol da melhoria da qualidade após a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Permanece como desafio a própria ocorrência de incidentes, o que remete à necessidade de melhorias no processo de educação permanente, e de adesão dos profissionais às notificações de incidentes e monitoramento no âmbito hospitalar.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS

A estruturação do sistema interno *online* no ambiente de trabalho poderá contribuir para o enfrentamento de barreiras existentes à notificação, visto que simplificou e padronizou os métodos, gerando maiores possibilidades de acesso e adesão dos profissionais no processo de notificação de incidentes. O processo de desenvolvimento do instrumento demonstrou facilidade no acesso, agilidade e economia na realização e solução das demandas solicitadas.

Considerando as necessidades futuras, uma avaliação abrangente, analítica e estratégica da situação do cuidado emerge como um elemento essencial para o engajamento das lideranças, o que apontará as ações a serem implementadas na segurança, com foco na redução e mitigação de riscos.

Nos próximos anos, a pesquisa, como intervenção promotora de mudanças, tem um potencial condutor de orientação, principalmente no meio hospitalar, implementando uma cultura de segurança positiva através da mobilização, envolvimento dos gestores e todos os profissionais de saúde.

Os processos de qualificação e segurança requerem um pensamento crítico em todos os níveis, a construção de um planejamento estratégico que aborde uma cultura da segurança e, conseqüentemente, promova uma consciência sustentável e práticas eficientes, fortalecendo a segurança com a mitigação dos incidentes a partir das notificações, sendo necessário avaliar a sua aplicabilidade e ajustes junto às demais unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n° 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 5 mar. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde – 2019.** Brasília, DF: Anvisa, 2019. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Relat%C3%B3rio+de+Autoavalia%C3%A7%C3%A3o+Nacional+das+Pr%C3%A1ticas+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2019/faa6381c-b3c3-4210-8ddf-4e93927c64dd>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ANDERSON, O. *et al.* Surgical adverse events: a systematic review. **Am. j. surg.**, New York, v. 206, n. 2, p. 253-262, Aug. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23642651/>. Acesso em: 7 jan. 2020.
- ARCHER, S. *et al.* Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. **BMJ Open**, [s. l.], v. 7, n. 12, e017155, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e017155>. Acesso em: 29 jul. 2020.
- BANTA, D.; ALMEIDA, R. T. The development of health technology assessment in Brazil. **Int. j. technol. assess. health care.**, Cambridge, v. 25, suppl. S1, p. 255-259, 2009. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/development-of-health-technology-assessment-in-brazil/4EAF690A7E73383E5AB9827082385991>. Acesso em: 15 out. 2020.
- BLUMENTHAL, D. Part 1: Quality of care – what is it? **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 335, n. 12, p. 891-894. Sep. 1996. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8778612/>. Acesso em: 30 out. 2020.
- BORRASCA, V. **Notificação e análise de incidentes:** como melhorar a aprendizagem. Proqualis, 25 abr. 2018, Rio de Janeiro [Webinar]. Rio de Janeiro: Proqualis, 2018. Apresentação em PowerPoint. 64 slides. Disponível em: <https://proqualis.net/video/webinar-proqualis-abril-notifica%C3%A7%C3%A3o-e-an%C3%A1lise-de-incidentes-como-melhorar-aprendizagem>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil_CIT_20170604.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **FormSUS: Manual do Gestor**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/257754/>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html. Acesso em: 5 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/relatorio-gestao-sgep-datasus-2014.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

BRENNAN, T. A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **Qual. saf. health care**, London, v. 13, n. 2, p. 145-151, Apr. 2004. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/13/2/145>. Acesso em: 21 out. 2020.

CALDAS, B. N. *et al.* **Segurança do paciente e a vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 90.

CAMARGO, A. L.; ITO, M. Utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde: uso das redes sociais pelos médicos. **J. health inform.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 164-169, 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/220>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CETIC.BR. **Tic Saúde**. São Paulo: CETIC.BR, 2019. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/saude/>. Acesso em: 2 dez. 2020.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, [s. l.], v. 353, 1178-1181, Apr. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10209997/>. Acesso em: 8 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 abril de 2016. Sobre a Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 20 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos**. Brasília, DF: CONASS, 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-medicacao-em-cinco-anos/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

COUTO, R. C. *et al.* **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**: propondo as prioridades nacionais. Minas Gerais, Brasil: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1646/Anuario2018_IIESS.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 jul. 2020.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **FormSUS**. Brasília, DF: DATASUS, 2021. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/formsus>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. pathol. lab. med.** (1976)., Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient safety: a global priority. **Bull. W.H.O. (Print)**, Geneve, v. 82, n. 12, p. 892, Dec. 2004. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>. Acesso em: 4 jun. 2020.

ELIAS, F. T. S. A importância da avaliação de tecnologias para o Sistema Único de Saúde. Bol. Inst. Saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 2, maio 2013. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2020.

FERNANDES, L. G. G. *et al.* Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8 (supl. 1), p. 2507-2512, jul., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9944/10252>. Acesso em: 21 nov. 2020.

GLOBAL DIGITAL HEALTH INDEX. **Indicators**. Washington, DC: GDHI, [2019]. Disponível em: <https://www.digitalhealthindex.org/>. Acesso em: 11 abr. 2020.

HEALTH QUALITY & SAFETY COMMISSION NEW ZEALAND. **Patient safety reporting systems**: a literature review of international practice. Wellington: Health Quality & Safety Commission New Zealand, 2016. Disponível em: <https://www.hqsc.govt.nz/publications-and-resources/publication/2679/>. Acesso em: 22 abr. 2020.

HEALTHCARE IMPROVEMENT SCOTLAND. **Learning from adverse events through reporting and review**: a national framework for Scotland. 3rd. ed. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland, 2018.

HEWITT, T. A.; CHREIM, S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. **BMJ qual. saf. (Online)**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 303-310, May 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25749025/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

HOFFMEISTER, V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

HOLDEN J.; CARD, A. J. Patient safety professionals as the third victims of adverse events. **J Patient Safety Risk Management**, [s. l.], v. 24, n. 4, June 2019.

HSIA, T. L. *et al.* What drives E-Health usage? Integrated institutional forces and top management perspectives. **Comput. hum. behav.**, New York, v. 97, p. 260-270, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563219300196?via%3Dihub>. Acesso em: 13 set. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm**: a new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **O Setor de Tecnologia da Informação e Comunicação no Brasil**. Rio de Janeiro, IBGE, 2009. (Série Estudos e Pesquisas, Informação Econômica, n. 11).

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Principais “never events” no Brasil segundo a Anvisa**. São Paulo: IBSP, 2020. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/ev-adversos-riscos/principais-never-events-no-brasil-segundo-a-anvisa/>. Acesso em: 21 mar. 2020.

JEON, B. *et al.* A facial recognition mobile app for patient safety and biometric identification: design, development, and validation. byoungjun. **JMIR**, Pittsburgh, v. 7, n. 4, e11472, Apr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30958275/>. Acesso em: 4 jul. 2020.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel event statistics data – event type by year**. Illinois: c2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-event-type-by-year/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDS, M. S. (ed.). **To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America**, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KYOWAKAI HEALTHCARE CORPORATION. **Japan Council for Quality Health Care**. Sakai: Kyowakai Healthcare Corporation, [20-?]. Disponível em: <http://www.hannan.or.jp/english/jcqh/index.html>. Acesso em: 3 fev. 2020.

LANCMAN, S.; SZNELMAN, L. I. (org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo 15, 2004. 346 pp.

LEAPE, L. L. Scope of problem and history of patient safety. **Obstet. gynecol. clin. North Am.**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 1-10, Mar. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18319124/>. Acesso em: 28 set. 2020.

LIMA, H. F.; BEZERRA, C. E.; AMARAL, J. A. Organizando a pesquisa acadêmica: reflexões teórico-práticas sobre a metodologia dos trabalhos científicos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, e227985166, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5166>. Acesso em: 3 mar. 2020.

LUCE, J. M.; BINDMAN, A. B.; LEE, P. R. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. **West J Med.**, [s. l.], v. 160, n. 3, p. 263-268, Mar; 263-268, Mar. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8191769/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MARTINS, C. R.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 11-12, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

MENDES, I. A. C. *et al.* Papel que desempenha a tecnologia em la cultura de la seguridade de los pacientes. *In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Enfermería y seguridade de los pacientes.* Washington, DC: OPS, 2011.

MENDES, W. Taxonomia em segurança do paciente: *In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2019. cap. 3. p. 38-71.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informacao e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saude. *In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em saúde: um desafio para o público.* 2. ed. Sao Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.

MEYER-MASSETTI, C. *et al.* Systematic review of medication safety assessment methods. *Am. j. health system pharm.*, Bethesda, v. 68, n. 3, p. 227-240, Feb. 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/68/3/227/5129649?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 10 maio 2020.

MORAES, A.; MONT'ALVÃO, C. *Ergonomia: conceitos e aplicações.* 3rd ed. Rio de Janeiro: iUsEr, 2003.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH RESEARCH. Patient Safety Translational Research Centre. Imperial College London. **National Reporting and Learning System Research and Development.** London: Imperial College Healthcare, 2016. Disponível em: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/IMPJ4219-NRLS-report_010316-INTS-WEB.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

NEUHAUSER D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *Qual. saf. health care*, London, v. 12, n. 4, p. 317, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/pdf/v012p00317.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

NEVES, V. D.; BULGARELI, J. Infecção hospitalar: métodos de avaliação das medidas econômicas referentes ao tratamento e à prevenção. *J Manag Prim Health Care*, [s. l.], v. 11, suppl., dez. 2019. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/945>. Acesso em: 23 ago. 2020.

NHS. **National patient safety incident reports.** London: NHS, 2018. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/national-patient-safety-incident-reports/>. Acesso em: 11 ago. 2020.

NOVOA, C. G., VALERIO NETTO, A. **Fundamentos em gestão e informática em saúde.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2019. p. 77. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51788>. Acesso em: 21 set. 2020.

OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e aviso prévio modificado. *Rev. gaúch. enferm.*, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180341, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

OMURA, M.; LEVETT-JONES, T.; STONE, T. E. Evaluating the impact of an assertiveness communication training program for Japanese nursing students: a quasi-experimental study. **Nurs Open**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 463-472, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fnop2.228>. Acesso em: 8 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNIÃO INTERNACIONAL DAS TELECOMUNICAÇÕES. **Pacote de Ferramentas da Estratégia Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde; União Internacional das Telecomunicações, 2012. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Pacote-de-Ferramentas-da-Estrat%C3%A9gia-Nacional-de-e-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PEREIRA, A. S. *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2018. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf. Acesso em: 29 jan. 2020.

PITA, J. R. **História da farmácia**. Coimbra: Minerva, 2007.

PYSYK, C. L. A change to the surgical safety checklist to reduce patient identification errors. **Can. j. anaesth.**, Ontario, v. 65, n. 2, p. 219-220, Feb. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098633/>. Acesso em: 12 maio 2002.

REASON, J. **Human error**. London: Cambridge University Press, 2003. 302 p.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, Mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 12 set. 2020.

REIS, C.T.; LAGUARDIA J.; MARTINS, M. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2012/Set). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-seguranca-do-paciente-como-dimensao-da-qualidade-do-cuidado-de-saude-um-olhar-sobre-a-literatura/11311?id=11311>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RESE, N. *et al.* O vir a ser da estratégia como uma prática social. **RAC**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, art. 5, p. 227-248, mar./abr. 2017. Disponível em: http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1774.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

ROBERTS, J. S.; COALE, J. G; REDMAN, R. R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. **JAMA**, [s. l.], v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

RODZIEWICZ, T. L.; HOUSEMAN, B.; HIPSKIND, J. E. **Medical error prevention**. Treasure Island: Stat Pearls Publishing, 2018.

RÖHSIG, V. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: a 5-year retrospective study. **Int. j. risk saf. med.**, Amsterdam, v. 31, n. 4, p. 247-258, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32568118/>. Acesso em: 22 set. 2020.

RUNCIMAN, B.; MERRY, A.; WALTON, M. **Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right**. London: British Library, 2007. p. 109-134.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int. j. qual. health care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19147597/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SAGAWA, M. R. *et al.* (2019). Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 24, e61984, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61984>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SANTA ROSA, J. G.; MORAES, A. **Avaliação e projeto no design de interfaces**. Teresópolis: 2AB, 2008.

SLAWOMIRSKI L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017. p. 23.

SOUZA, P.; LAGE, M. J.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. *In*: SOUZA, P.; MENDES, W. (comp.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. rev. updt. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2019. cap. 5. p. 106.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado** 2016. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. p. 5- 9. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

WACHTER, R. M.; GUPTA, K. **Understanding patient safety**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**: version 1.1: final technical report. Geneva: WHO, 2009a. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft** Global strategy on digital health 2020-2024. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dh.pdf?sfvrsn=cd577e23_2. Acesso em: 29 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Forward programme 2008-2009**. 1st. ed. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global priorities for patient safety research**. Geneva: WHO, 2009b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44205>. Acesso em: 30 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO surgical safety checklist and implementation manual**. Geneva: WHO, 2009c. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/. Acesso em: 25 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on patient safety**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety#:~:text=Fact%201%3A%20One%20in%20every,50%25%20of%20them%20considered%20preventable..> Acesso em: 3 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is patient safety**. Geneva: WHO, 2012. (Patient Safety Research Introductory Course, Session 1). p. 2. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session1_intro_2in1_english_2010_en.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>. Acesso em: 11 maio 2020.

YU, A. *et al.* **Patient safety 2030**. London: National Institute for Health Research, 2016. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES COM BASE
NO FORMSUS**

Quadro 2 – Versão impressa do formulário de notificação de incidentes

Formulário de notificações de incidentes com base no FormSUS			
Nome do Paciente		Nome Notificador	
Etiqueta de identificação			
Idade do Paciente		Cargo / Função	
Nº do Prontuário		Contato / tel	
Enfermaria		Contato / e-mail	
Nº do Leito		Presencial	
Data da Internação			
Data do Incidente			
Espaço para a descrição do Incidente			
Espaço para marcar com “x” um ou mais Incidentes			
	Falha na identificação do paciente		
	Falha na comunicação		
	Troca ou uso indvertido de medicamentos		
	Troca de paciente ou na marcação do sítio cirúrgico		
	Infecção associada ao cuidado		
	Risco ou queda do paciente		
	Úlcera por pressão		
	Evento adverso		
	Incidente sem dano		
	Circunstâncias notificáveis		
	Quase falha		
Entregar aos profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente			

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

APÊNDICE 2 – E-BOOK “GUIA ORIENTADOR PARA O PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS DADOS NO SISTEMA INTERNO ONLINE PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES”

Figura 6 – E-book “Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno online para notificação de incidentes” (continua)

GUIA ORIENTADOR PARA O PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS DADOS NO SISTEMA INTERNO ONLINE PARA NOTIFICAR A OCORRÊNCIA DE INCIDENTES



**Alice Eulália Chagas Ribeiro
Cristiane de Oliveira Novaes**

Neste guia serão abordados os seguintes tópicos:

- INTRODUÇÃO
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
- COMO FAZER?
- COMO IDENTIFICAR UM EVENTO SENTINELA?
- SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES ONLINE
- REFERÊNCIAS

Você sabia que é fácil aprender a notificar?

Introdução

Você sabia que há um sistema de notificações na sua instituição?

A criação de um sistema interno online para notificar incidentes no espaço hospitalar proporcionará o acesso dos profissionais de saúde ao processo. Foi confeccionado este guia orientador para auxiliar os profissionais a notificar incidentes por meio de um sistema disponível e ao alcance de todos. O sistema interno online pode facilitar o preenchimento correto dos dados do paciente e do incidente, contribuindo, desta forma, para a redução da ocorrência de danos ao paciente e para a aprendizagem com os erros. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é o setor que recebe essas informações, analisa, propõe melhorias e soluções para que os incidentes sejam classificados e identificados considerando o cenário que se apresenta.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013), e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), instituíram ações para apoiar a segurança do paciente e a obrigatoriedade de constituição do NSP em todos os serviços de saúde do território nacional.

No seu 1º artigo, a resolução institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade. Entre essas ações estão a notificação de incidentes relacionados às práticas profissionais de segurança do paciente; identificação correta do paciente por pulsar; comunicação efetiva entre profissionais; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; segurança nos procedimentos cirúrgicos (lista de verificação de segurança e marcação de sítio cirúrgico); prevenção de infecções relacionadas ao cuidado; higiene das mãos; precauções de contato; prevenção de lesões decorrentes de quedas e de úlceras por pressão.

Você sabia que há uma taxonomia para a Segurança?

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) facilita o compartilhamento de uma linguagem para a segurança do paciente, com a finalidade de reduzir um custo de aprendizagem e melhorar a comunicação. A estrutura da CISP demonstra o tratamento e a organização da forma de notificar, estabelecendo relações entre causas e consequências dos incidentes. Existem também como se pode ver na tabela e responder com os erros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) como se vê na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente



Nota: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente – CISP. Traduzida para o português por Denise de Aguiar e para o português brasileiro por Denise de Aguiar e Denise de Aguiar. Revisão de texto: Denise de Aguiar. Fonte: World Health Organization, 2008.

Relevância das Notificações

Você sabia que o processo de notificações é importante?

A segurança do paciente e a qualidade do cuidado são temas fundamentais na assistência em saúde, seja pela interação direta ou indireta na saúde, seja pelo quanto labora esse profissional e por danos decorrentes dos erros, denominados incidentes. Nesse sentido, a educação permanente, voltada à melhoria em relação ao cuidado, está de acordo com os esforços que ocorrem a nível mundial.

A tecnologia, por meio de um instrumento interno e online para normalização do processo de notificação para identificação, monitoramento, análise e manejo de ocorrência de incidentes, pode contribuir significativamente para o aprendizado e a qualificação das ações, aumentando a velocidade e o alcance de intervenção. Sabe-se que existem dificuldades na prática cotidiana para que as notificações sejam de fato reportadas e muitas são as razões que levam o profissional a notificar ou não, conforme situações de trabalho, ou Fundação Nacional de Segurança do paciente e a vigilância sanitária (Figura 2 e 3).

Figura 2 – Motivos para não notificar incidentes



Fonte: Galvão, 2008.

Figura 2 – Motivos para notificar incidentes



Fonte: Galvão, 2008.

As definições para os principais termos estão listadas a seguir:

1. Evento: algo que ocorre com ou envolve o paciente.
2. Circunstâncias notificáveis: situação ou fator que pode influenciar um evento, agente ou pessoa.
3. Agente: substância, objeto ou sistema que age para produzir mudança.
4. Dano: dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério; inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. O dano pode, assim, ser físico, social ou psicológico.
5. Dano associado ao cuidado de saúde: dano surgido por, ou associado a, planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde em vez de uma doença de base ou lesão.
6. Paciente: pessoa que recebe cuidados de saúde.
7. Cuidados de saúde: serviços recebidos por indivíduos para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde.
8. Saúde: estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas ausência de doença.
9. Doença: disfunção fisiológica ou psicológica.
10. Erro: falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada ou por falhar em fazer a coisa certa na fase de planejamento ou na fase de execução. Os erros são não intencionais.
11. Violações: divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou regra. São de forma habitual intencionais, apesar de raramente maliciosas; e, em determinado contexto, podem se tornar rotineiras ou automáticas; um exemplo de violação é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.



Figura 6 – E-book “Guia orientador para o preenchimento adequado dos dados no sistema interno *online* para notificação de incidentes” (conclusão)

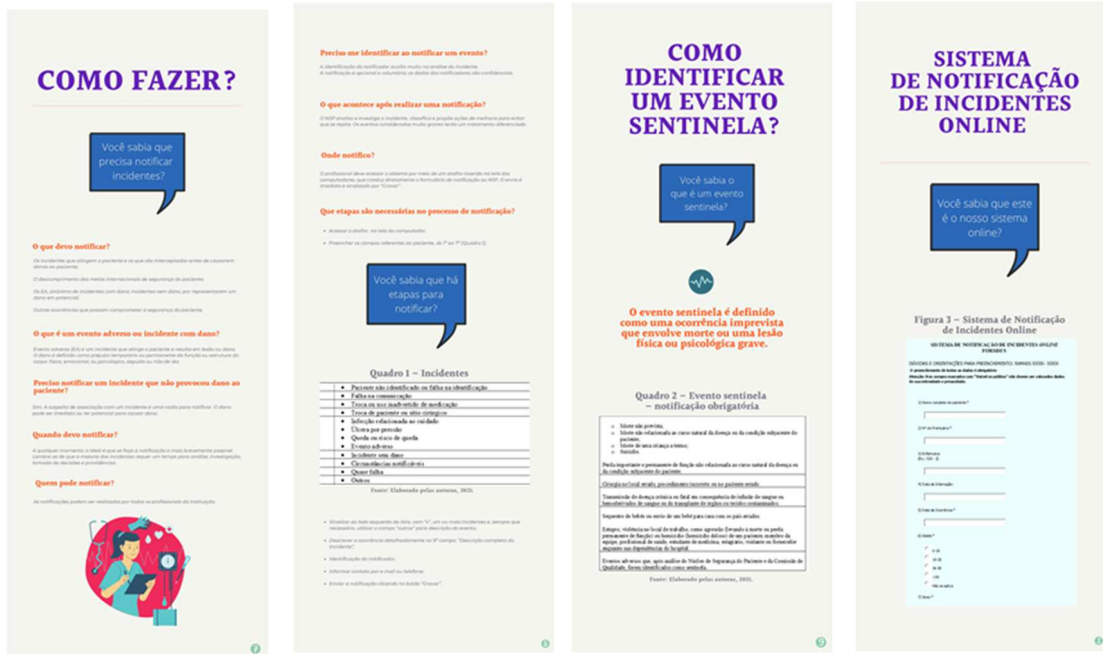
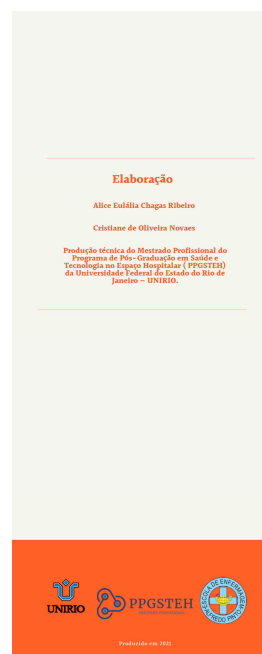


Figura 3 – Sistema de Notificação de Incidentes Online



ANEXO 1 – CARTA DE ACEITE DO PRIMEIRO ARTIGO

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Carta de Aceite

O trabalho intitulado "Caracterização dos incidentes em um Hospital Público Federal entre os anos 2014 e 2019", submetido em "19/03/2021" foi aceito para publicação e será publicado em até 30 dias na Revista Research, Society and Development - ISSN 2525-3409.

O trabalho é de autoria de:

Alice Eulalia Chagas Ribeiro e Cristiane de Oliveira Novaes.

São Paulo, 02 de abril de 2021.



Dr. Ricardo Shitsuka
Editor

ANEXO 2 – CARTA DE ACEITE DO SEGUNDO ARTIGO

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Carta de Aceite

O trabalho intitulado "Caracterização dos incidentes em um Hospital Público Federal entre os anos 2014 e 2019", submetido em "19/03/2021" foi aceito para publicação e será publicado em até 30 dias na Revista Research, Society and Development - ISSN 2525-3409.

O trabalho é de autoria de:

Alice Eulalia Chagas Ribeiro e Cristiane de Oliveira Novaes.

São Paulo, 02 de abril de 2021.



Dr. Ricardo Shitsuka
Editor