

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

CAMILLA DOS SANTOS QUADROS
PRICILA SAMARA HILLE

A INFLUÊNCIA DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E
OS IMPACTOS GERADOS EM UM HOSPITAL INFANTIL DO NORDESTE DE
SANTA CATARINA

JOINVILLE

2021

CAMILLA DOS SANTOS QUADROS
PRICILA SAMARA HILLE

A INFLUÊNCIA DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E
OS IMPACTOS GERADOS EM UM HOSPITAL INFANTIL DO NORDESTE DE
SANTA CATARINA

Trabalho de Conclusão de
Curso Superior de
Tecnologia em Gestão
Hospitalar do Câmpus
Joinville do Instituto Federal
de Santa Catarina para a
obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão
Hospitalar.

Orientador: Daniel Ouriques
Caminha, Dr. Sc

Joinville
2021

Hille, Pricila Samara. Quadros, Camilla dos Santos

A influência das metas internacionais de segurança do paciente e os impactos gerados em um hospital infantil do nordeste de Santa Catarina / Camilla dos Santos Quadros, Pricila Samara Hille. – Joinville, SC, 2021.

80 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2021.

Orientador: Daniel Ouriques Caminha.

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade nos serviços de saúde. 3. Gestão em saúde. I. Hille, Pricila Samara. II. Quadros, Camilla dos Santos. III. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. IV. Título.

CAMILLA DOS SANTOS QUADROS
PRICILA SAMARA HILLE

A INFLUÊNCIA DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E
OS IMPACTOS GERADOS EM UM HOSPITAL INFANTIL DO NORDESTE DE
SANTA CATARINA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 08 de dezembro de 2021.

Prof. Daniel Ouriques Caminha, Dr. Sc
Orientador
Instituto Federal de Santa Catarina

Prof. Sérgio Adriano Colombo, Ms.C
Membro interno
Instituto Federal de Santa Catarina

Prof. Jorge da Cunha, Ms.C
Membro interno
Instituto Federal de Santa Catarina

Dedicamos às nossas famílias e amigos
pela compreensão nas horas de ausência e aos
docentes envolvidos na nossa trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Dedicamos este trabalho a Deus por ter nos presenteado com a energia, paciência e persistência da vida, pois foi o que nos deu forças e coragem para atingirmos nosso objetivo.

Agradecemos pelo empenho e gentileza que o Hospital Infantil nos proporcionou durante a pesquisa dos dados dentro da instituição.

Aos docentes do IFSC que nos favoreceram correções e ensinamentos que nos permitiram apresentar um melhor desempenho no nosso processo de formação profissional, mas em especial ao nosso orientador Daniel, que durante o processo do trabalho nos fortaleceu com suas palavras serenas e positivas para a conclusão de mais essa etapa nas nossas vidas.

Agradecemos as nossas famílias e amigos que nos incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a nossa ausência enquanto dedicávamos à realização deste trabalho.

Um problema pode ser um tesouro.
Descobrir a imperfeição nos dá a possibilidade de
reduzir o espaço que nos separa da excelência. Don Berwick

RESUMO

A Segurança do Paciente é um desafio global para a Organização Mundial de Saúde. Segundo a OMS estima-se que milhares de pessoas em todo o mundo sofrem danos à saúde todos os anos, sendo relacionada a vários fatores, desde o ambiente até a assistência do paciente. As Metas Internacionais promovem a Segurança do Paciente por intermédio de ferramentas para retratar os aspectos problemáticos na assistência e assim referir soluções para os problemas expostos. Para compreender essa realidade, essa pesquisa foi realizada em um Hospital Público Infantil em Joinville/SC, a fim de identificar, quantificar e apresentar os planos de ações dos eventos adversos relacionados às metas internacionais de Segurança do Paciente. Fundamentada em uma pesquisa de natureza aplicada com objetivo descritivo, sendo sustentada pela metodologia documental através de uma abordagem quantitativa. A problemática desta pesquisa é apresentar os planos de ações elaborados pelos gestores perante os incidentes notificados dentro da organização, ou seja, ao longo dos anos de pesquisa o que foi realizado para diminuir o impacto da falha na assistência ao paciente. O intuito destas informações é dispor os eventos adversos notificados no Hospital Público Infantil de Santa Catarina no período de 2019 a 2020 a fim de demonstrar os planos de ações desenvolvidas pelos gestores com a equipe de saúde da instituição. Diante dos resultados obtidos tivemos em 2019 um total de 5.730 notificações e no Brasil aproximadamente 150 mil notificações, destas, o Hospital Infantil representa 3,82% e em 2020 foram 1.420 notificações na instituição de pesquisa e no Brasil aproximadamente 170 mil notificações fazendo o jus de 0,83% deste valor e sem óbitos nos anos de referência. Nessa perspectiva, a instituição pesquisada alcançou mais de 95% nos cuidados aos pacientes sem uma quebra de barreira dentro da faixa temporal considerada por esse estudo.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente. Metas Internacionais. Qualidade nos serviços de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT

Patient safety is a global challenge for the World Health Organization. According to the WHO it is estimated that thousands of people around the world suffer damage to health every year, being related to several factors, from the environment to patient care. The International Goals promote Patient Safety through tools to portray the problematic aspects of care and thus refer solutions to the problems exposed. To understand this reality, this research was carried out in a Public Children's Hospital in Joinville/SC, in order to identify, quantify and present the action plans for adverse events related to the international Patient Safety goals. Based on research of applied nature with descriptive objective, being supported by the documentary methodology through a quantitative approach. The problem of this research is to present the action plans drawn up by managers in the face of reported incidents within the organization, that is, over the years of research what has been done to decrease the impact of failure in patient care. The purpose of this information is to provide information on adverse events reported at the Hospital Público Infantil de Santa Catarina from 2019 to 2020 in order to demonstrate the action plans developed by managers with the health team of the institution. Given the results obtained in 2019 we had a total of 5,730 notifications and in Brazil approximately 150,000 notifications, of these, the Children's Hospital represents 3,82% and in 2020 there were 1,420 notifications at the research institution and in Brazil approximately 170,000 notifications, accounting for 0.83% of this value and no deaths in the reference years. From this perspective, the institution studied reached more than 95% in patient care without breaking the barrier within the time range considered by this study.

Keywords: Patient Safety. International Goals. Quality in health services. Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Queijo Suíço.....	37
Figura 2: Relatório para análise de dados.....	40
Figura 3 - Fluxograma de coleta de dados.....	41
Figura 4 - Fluxograma de análise de dados.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Metas Internacionais 2019.....	45
Tabela 2 - Metas Internacionais 2020.....	46
Tabela 3 - Indicadores de infecções de Sítio Cirúrgico.....	48
Tabela 4 - Indicadores de IPCS-L.....	49
Tabela 5 - Indicadores de PAV.....	50
Tabela 6 - Indicadores de ITU.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATB	Antibiótico
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEC	Circulação Extracorpórea
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EA	Evento Adverso
HJAF	Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria
ICPS	Classificação Internacional do Paciente
IOM	Institute Of Medicine
IPCS-L	Infecção Primária de Corrente Sanguínea - Laboratorialmente
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
ITU	Infecção do Trato Urinário
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPME	Órtese, Próteses e Materiais Especiais
PAV	Infecção do Trato Respiratório
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PS	Pronto Socorro
PSP	Plano de Segurança do Paciente
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa.....	18
1.2 Problema.....	19
1.3 Objetivos.....	20
1.3.1 Objetivo geral.....	20
1.3.2 Objetivo específico.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Gestão da Qualidade.....	21
2.1.1 Gestão da Qualidade em Saúde.....	22
2.2 Cultura de Segurança.....	23
2.3 Eventos Adversos.....	24
2.4 Metas Internacionais.....	25
2.4.1 Identificação do Paciente.....	26
2.4.2 Comunicação Efetiva.....	26
2.4.3 Medicamentos.....	27
2.4.4 Cirurgia Segura.....	29
2.4.5 Higiene das Mãos.....	30
2.4.6 Redução de Quedas e Lesões por Pressão.....	32
2.4.6.1 Redução de Quedas.....	32
2.4.6.2 Lesões por Pressão.....	32
2.5 Núcleo de Segurança do Paciente.....	33
2.6 Plano de Segurança do Paciente.....	34
2.7 Notificações dos Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde.....	35
2.8 A Importância das Notificações nas Organizações de Saúde.....	36
3. METODOLOGIA.....	38
3.1 Caracterização de Pesquisa.....	38
3.2 Lócus da Pesquisa.....	39
3.3 Procedimentos de Coleta.....	39
3.4 Análise de Dados.....	42
3.5 Ética da Pesquisa.....	44
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
4.1 Higienização das Mãos.....	47

4.1.1 Infecção de Sítio Cirúrgico.....	48
4.1.2 Infecção Primária de Corrente Sanguínea – Laboratorialmente (IPCS-L).....	49
4.1.3 Infecção do Trato Respiratório – PAV.....	50
4.1.4 Infecção do Trato Urinário – ITU.....	51
4.2 Cirurgia Segura.....	52
4.3 Identificação do Paciente.....	54
4.4 Comunicação Efetiva.....	55
4.5 Medicamentos.....	55
4.6 Redução de Quedas e Lesões por Pressão.....	56
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXO A – Declaração de Exequibilidade de Projeto de Pesquisa.....	71
ANEXO B – Declaração de Instituição Co-Participante.....	72
ANEXO C – Dispensa TCLE.....	73
ANEXO D – Termo de Sigilo e Confidencialidade do Uso de Dados.....	74
ANEXO E – Termo de Responsabilidade.....	76
ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP.....	78

1 INTRODUÇÃO

O cenário que envolve a saúde evoluiu com o passar dos anos, tanto nos cuidados, quanto na sua gestão e dessa maneira foi ganhando força em diversas áreas como, a título de exemplo, Florence Nightingale, a “Dama da Lâmpada” que após cuidar de soldados na Guerra da Crimeia, percebeu que a higiene e ambientes arejados eram de grande importância para a evolução da cura do paciente (COSTA *et al*, 2009).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde em suas publicações mencionou Avedis Donabedian que desenvolveu os sete pilares da qualidade na área da saúde, tendo grande destaque para uma organização hospitalar que visa atingir a excelência em seus cuidados (BRASIL, 2014, p. 6). Em continuidade, Avedis Donabedian utilizou conceitos de estrutura, processo e indicadores de resultado para adotar a teoria dos sistemas para adaptá-la ao atendimento hospitalar, métodos que se tornaram clássicos da pesquisa em qualidade em saúde.

A estrutura refere-se a recursos necessários para procedimentos auxiliares, como Área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificações), recursos materiais e financeiros, Informação e instrumentos normativos, administração técnica, política e condições organizacionais. Por outro lado, o processo corresponde às seguintes disposições e acordo com o atendimento prestado pelas normas técnicas e científicas, as normas têm sido sobre comunidades científicas especiais, ocupação do tema e seus recursos, aspectos quantitativos e qualitativos. inclui a identificação do problema, método fornece diagnóstico e cuidados. Os resultados referem-se às consequências de atividades realizadas nos atribuídos serviços de saúde ou profissional relacionada a mudanças na saúde do paciente. Também considera as mudanças relacionadas ao conhecimento e comportamento, onde o usuário e funcionário vinculam-se ao recebimento e prestação de cuidados (BITENCOURT *et al.*, 2016).

O intuito das organizações é sempre evoluir. Segundo Morsch (2019),

A inovação na área da saúde é um campo em expansão, com possibilidades promissoras, e ainda descreve que, mesmos profissionais e gestores de pequenas unidades podem se beneficiar nesse cenário. No entanto, conhecer ferramentas já disponíveis e o seu potencial é imprescindível.

Com o passar dos anos, a Segurança do paciente foi relacionada em estudos convergindo a eventos e incidentes ao cuidado, diante disto, no ano de 1999 o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA, publicou um documento intitulado “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro”, em que os seguintes dados foram apresentados: entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam por ano nos hospitais dos EUA, em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde (ANVISA, 2013, p. 13). Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, foi adotada a resolução “Qualidade da Atenção: Segurança do Paciente”, onde foi solicitado com urgência aos Estados maior atenção à segurança do paciente. Em continuidade, no ano de 2004 na 57ª Assembleia Mundial de Saúde foi apoiado a criação da Aliança Mundial para a segurança do paciente, onde foi traçado objetivos principais da Aliança (ANVISA, 2013, p. 14). Esses objetivos formam um caminho de grande importância para alcançar cuidados de forma segura, evitando assim possíveis danos à saúde do paciente. Hipócrates (460 a 370 a.C.) ressaltou o postulado *primum non nocere*, que tem como significado: primeiro não cause danos. Desde aquela época, Hipócrates tinha conhecimento que todo cuidado poderia causar em algum tempo danos à saúde do paciente (BRASIL, 2014, p. 5).

Segundo o IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (2017) as metas internacionais que se fazem presente na qualidade de atendimento, garantindo uma assistência de eficaz são:

- **Identificação do paciente:** Para evitar que os procedimentos e administração de medicamentos sejam feitos em pacientes errados, garantindo a identificação correta do paciente;
- **Comunicação Efetiva:** Para impedir que informações sobre os cuidados do paciente sejam perdidas ou trocadas, melhorando a efetividade da comunicação entre os profissionais da saúde;
- **Uso de medicamentos:** Para impossibilitar erros de prescrição e administração de medicação aos pacientes, fazendo o uso seguro dos medicamentos;
- **Cirurgia Segura:** Para inibir erros antes, durante e depois de cirurgias, garantindo as condições de uma cirurgia segura;
- **Higiene das mãos:** Para vetar possíveis infecções hospitalares, promovendo uma correta higiene das mãos pelos profissionais;

- **Reduzir quedas e lesões por pressão:** Para prevenir quedas e lesões por pressão nos ambientes hospitalares;

Durante o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma Classificação Internacional do Paciente (ICPS), apresentando, assim, conceitos-chave para evitar inconsistência na linguagem de definições e termos utilizados (ANVISA, 2013, p. 25). Segundo ICPS, o erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto, mediante os conceitos-chave são baseados em um incidente que através deles são classificados como: *Near Miss*, Incidente sem danos, Incidente com dano, Incidente que não atingiu o paciente, Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos e o incidente que resulta em dano ao paciente conhecido como Evento Adverso (ANVISA, 2013, p.25).

A ocorrência de um Evento Adverso (EA) ou "Quase Evento" está relacionada a vários fatores contribuintes, esses fatores são o ambiente, comportamento ou influência que desempenham um papel importante em seu aparecimento, aumentando a chance de causar danos (ANVISA, 2016, p. 16). Em primeiro lugar, a má gestão, falta de conhecimento, tempo e recursos para investir, são prejuízos que costumam ser causados por demasiada carga de trabalho, falta de formação profissional e outros fatores que podem tornar o paciente irreversível, porque “antes do original simples, menos eficaz e o cuidado relativamente seguro torna-se mais complexo e eficaz, mas potencialmente perigoso” (BRASIL, 2014, p. 6).

Tendo em vista, a relevância e magnitude que alguns Eventos Adversos que tiveram em nosso país (ANVISA, 2013, p. 9), no ano de 2013 foi sancionada a portaria 529 de 01/04/2013 onde foi instituído o PNSP — Programa Nacional de Segurança do Paciente, no qual o programa deverá se fazer presente em todas as instituições de saúde ao nível Nacional, onde seu objetivo abrange a contribuição para a qualificação do cuidado com o paciente (BRASIL, 2013, p. 9).

Nessa perspectiva, quando as organizações hospitalares se deparam com as notificações de eventos/incidentes devem traçar um objetivo para melhorar esse processo, ou seja, desenvolver um plano de ação a fim de enriquecer e desempenhar um processo de maneira mais eficiente, isto é, seguindo um planejamento para atingir o objetivo de uma determinada ação (CARVALHO, 2021).

Diante do Exposto, esse trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de identificar e quantificar as metas internacionais relacionada à segurança do paciente

e os impactos gerados para as suas equipes de trabalho em um hospital infantil do nordeste de Santa Catarina, bem como, os recursos que a empresa trabalha para adquirir esses dados através da pesquisa de natureza aplicada que é executável de forma concentrada em torno dos problemas presentes nas atividades da instituição, na elaboração é possível identificar e quantificar, desenvolvendo o plano de ação concreto e imediato através do problema.

1.1 Justificativa

A segurança do paciente tornou-se um tema de discussão global nas últimas décadas e tornou-se um elemento importante na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (REIS; SILVA, 2016). Em Santa Catarina contamos com 269 unidades Hospitalares: 199 Hospital Geral, 41 Hospital Dia e 24 Hospital Especializado (BRASIL, 2020). Durante o período de setembro/2019 a agosto/2020 foram notificados um total de 10.121 eventos relacionados a assistência ao paciente em Santa Catarina, dentre eles, tivemos uma marca de 39 óbitos, conseqüentemente, por queda do paciente, acidentes do paciente e broncoaspiração (ANVISA, 2020). Mediante ao exposto, esse tema impacta de várias formas, tanto os profissionais de saúde, quanto os familiares, pois os 39 óbitos, não são só números, são famílias, são filhos, são pais, que por uma quebra de barreira ou quebra de protocolos acabaram perdendo seu ente querido.

A Segurança do Paciente é um assunto que deve ser abordado em amplo aspecto para todos os profissionais de saúde de uma organização hospitalar, pois o cuidado se faz presente desde o registro na recepção até a sua alta hospitalar. Todavia, os cuidados são contados a partir de documentos administrativos, desse modo a organização tende a ganhar, sendo que sem eventos adversos ocasionados aos pacientes institucionalizados, o período de internação tende a ser menor, ou seja, desde a sua recepção, sua identificação, comunicação efetiva, segurança na dispensação ou administração de seus medicamentos, ou até uma cirurgia realizada de forma correta e segura, pois o intuito da segurança do paciente é esse, onde o seu trajeto de internação tenha o mínimo de riscos e erros.

É importante conhecer os passos de uma instituição frente as metas internacionais voltadas à segurança do paciente, que através de dados e rotinas adquiridas seja possível evitar prováveis eventos adversos que possam

comprometer a saúde e bem-estar do paciente. Dessa forma, conhecendo os cuidados e os planos de ação realizados, observaremos se há divergências no atendimento para uma boa qualidade no cuidado do paciente dentro da instituição hospitalar.

Perante a sociedade, os Eventos Adversos como medicações administradas erradas, queda do leito ou até mesmo uma infecção hospitalar pode até parecer comum nos noticiários, mas isso não é normal, houve uma quebra na segurança do paciente. Diante disso, estudos que buscam mostrar a importância para ambas as partes, tanto para os usuários dos serviços de saúde que acreditam estar seguros, quanto para a instituição, que para sua eficiência busca fazer uma prestação de serviço com excelência, evitando essas quebras no cuidado e, para isso, utiliza-se de planos e protocolos de prevenção. É importante destacar, também, no que diz respeito à segurança do paciente, se há planos de ação de forma rápida para o ocorrido, evitando assim, graves complicações como o aumento do período da internação, gastos não esperados com medicamentos para o tratamento, entre outras. Todavia, o conhecimento deste assunto faz com que se perceba o quão sério é uma administração hospitalar, pois a quantidade de pessoas trabalhando em prol do paciente em uma instituição é grande, onde precisa-se depositar confiança nos procedimentos ali realizado.

Portanto, esse trabalho de conclusão de curso visa identificar e quantificar as metas internacionais relacionada à segurança do paciente e os planos de ações das equipes de saúde de um hospital infantil de Santa Catarina, possibilitando-se, desta maneira, elencar indicadores e permitir uma reflexão crítica para acerca da realidade investigada para, posteriormente, permitir que a instituição possa avaliar melhor seus processos e ampliar o conhecimento do cenário das metas internacionais nas quais estão inseridos.

1.2 Problema

Diante dos eventos adversos notificados, quais foram os planos de ações elaborados pela gestão de um hospital público de Santa Catarina em relação as metas internacionais de segurança do paciente?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Dispor os eventos adversos notificados no hospital infantil do nordeste de Santa Catarina no período de 2019 a 2020 a fim de demonstrar os planos de ações desenvolvidos pelos gestores com a equipe de saúde da instituição.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar os eventos adversos notificados dentro do hospital.
- Quantificar os eventos notificados relacionados ao cuidado do paciente.
- Elencar quais os planos de ações adotados pelo hospital acerca dos eventos adversos ocorridos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhares de pessoas em todo o mundo sofrem danos à saúde todos os anos. Dados de 1999 do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) mostram que erros relacionados à saúde causam de 44.000 a 98.000 mortes nos hospitais americanos a cada ano. Um estudo realizado em 2013 para atualizar esses números mostraram que o número estimado de mortes prematuras relacionadas a danos evitáveis nos cuidados hospitalares estava entre 210.000 e 400.000 americanos a cada ano.

No Brasil, a incidência de eventos adversos é elevada (ANVISA, 2016, p.11). Conforme o Boletim Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (2019), no ano de 2018 tivemos no país um total de incidentes notificados de 103.275, dentre os números, o seu grau de dano foi 32.388 sem danos, 53.920 danos leves, 13.819 danos moderados, 2.656 danos graves e 492 óbitos.

Diante destes dados, a criação de uma cultura de segurança e a qualidade no cuidado e na segurança do paciente visa reduzir os danos desnecessários e evitáveis durante a assistência à saúde. Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) inicialmente formulou políticas com foco neste tópico, essa discussão representou uma grande proporção. Portanto, esse é um assunto que vem sendo discutido mundialmente e tem produzido mudanças, conduzindo as pessoas a buscar uma constante e contínua melhoria da qualidade dos serviços de saúde (SOUSA, FARIAS, 2019).

2.1 Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade é a atividade que supervisiona as atividades, tarefas e processos que são utilizados para criar um produto ou serviço, fazendo com que seja alcançado um alto padrão consistente, eficaz e eficiente (TOTVS, 2021).

Como referência, Joseph M. Juran é reconhecido como o "pai da qualidade" no qual aborda no seu conceito a importância da motivação e da participação dos funcionários nos processos que abrangem a qualidade, instituindo em seus princípios o desenvolvimento e desempenho dos produtos e serviços prestados aos clientes. A partir dessa ideia, a adoção de conceitos e princípios de qualidade podem

contribuir para a melhoria dos serviços públicos de saúde, como acesso, manutenção, atendimento, disponibilidade de profissionais, cultura e hábitos organizacionais (SILVA *et al*; 2018).

A qualidade deixou de ser um diferencial e passou a ser um dos pré-requisitos obrigatórios nos inúmeros setores econômicos. Sua busca abrange todos os processos organizacionais e exige compromissos de forma ampla em todos os níveis da organização. Conceitualmente, o controle interno localizado nos processos e atividades organizacionais evoluindo para a tomada de decisões e de ações que estão relacionadas à melhoria contínua e sustentabilidade da organização (GOULART, BERNEGOZZI, 2010)

2.1.1 Gestão da Qualidade em Saúde

As instituições de saúde têm como principal objetivo atender às necessidades e expectativas dos usuários. Desse modo, as atividades desenvolvidas por essas instituições devem ser baseadas em sólidos pressupostos filosóficos e metodológicos que possam garantir elevados padrões de qualidade, o que é extremamente importante. Existem muitas definições do conceito de qualidade, mas no setor saúde, elas envolvem a integração de altos padrões de assistência. Tendo em vista, a melhoria contínua da prática, podemos afirmar que a qualidade é um fator ao qual todos os envolvidos nas ações em saúde estão atentos e intimamente relacionados, e sua visão é a satisfação das pessoas que contam com esses serviços. Também pode ser usado como a relação entre lucro e redução de risco, tendo os usuários como referência (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

É direito do indivíduo receber serviços médicos de alta qualidade, e os serviços médicos devem fornecer atendimento eficaz, eficiente, seguro e que satisfaça o paciente durante todo o processo. A própria definição de qualidade é um tema de ampla discussão em diversos segmentos, pois traz consigo alto grau de subjetividade. Considerando que, além da grande quantidade de processos políticos e estruturais para equipe e usuários, a utilização desse componente na área da saúde torna-se ainda mais fascinante (ANVISA, 2013, p. 13).

Diante disso, distinguir a cultura de segurança da instituição e a compreensão dos profissionais sobre esse tema, possibilita a realização de melhorias para áreas que são identificadas como frágeis, em contrapartida, promove a motivação e a

continuidade de ações vigorosamente definidas, permitindo uma assistência mais segura e de qualidade (PEDRONI *et al.*, 2020).

2.2 Cultura de Segurança

A cultura de segurança de uma organização é estabelecida como o produto de valores individuais e de grupo, conhecimentos, competências e padrões de comportamento que definem compromisso, estilo, proficiência, saúde de uma organização e gerenciamento da segurança. Organizações que tenham uma boa cultura de segurança são determinadas por comunicações criadas em confiança mútua, compreensões comuns da importância da segurança e certeza na eficácia de critérios preventivos (ANDRADE *et al.*, 2016).

Portanto, configura-se de acordo com as cinco características da gestão de segurança da organização:

- a. Uma cultura em que todos os trabalhadores, incluindo profissionais e gestores envolvidos no trabalho do cuidado, são responsáveis pela sua própria segurança, pelos membros de equipe e pela segurança de pacientes e familiares;
- b. Uma cultura que coloca a segurança acima das metas financeiras e operacionais;
- c. Uma cultura que incentiva e recompensa a identificação, notificação e resolução de questões relacionadas à segurança;
- d. Quando ocorre um incidente, uma cultura que pode mais tarde promover a aprendizagem organizacional;
- e. Uma cultura que proporcione recursos, estrutura e responsabilidades para a manutenção efetiva da segurança (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Diante disto, a segurança do paciente torna-se foco de pesquisadores de todo o mundo assumindo uma dimensão fundamental para qualidade em saúde, sendo através do comportamento individual e compartilhado dos membros da organização e o comprometimento e responsabilidade destes, na oferta de serviço qualificado e seguro, independentemente da posição hierárquica (SILVA; ROSA, 2016).

2.3 Eventos Adversos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como uma redução, a um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde, sendo os danos entendidos como danos à estrutura ou função do corpo e/ou quaisquer efeitos daí decorrentes, incluindo doença, lesão, sofrimento, morte, deficiência ou disfunção, que pode ser física, social ou psicológica. O risco é entendido como a probabilidade de ocorrer um incidente (MILAGRES, 2015). Portanto, um incidente é um evento ou circunstância que pode ter causado ou resultado em dano desnecessário ao paciente e pode ser uma circunstância relatada, um quase incidente (*Near Miss*), um incidente sem danos ou um incidente com dano ao paciente, conhecido como evento adverso (EA) (FIGUEIREDO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um artigo sobre taxonomia em segurança do paciente e apresentava nove definições para o *Near Miss* que o conceituam como um incidente que, por algum motivo, planejado ou acidentalmente, ele é interceptado antes de chegar ao paciente e pode ou não causar danos. Mesmo assim, o incidente pode ser: incidente sem danos, incidente com dano (evento adverso) ou *Near Miss*. Dentre os incidentes relacionados aos medicamentos, por exemplo, destacam-se os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos (CAPUCHO, 2011).

Os eventos adversos são incidentes que afetam os pacientes e causam danos ou lesões, que podem representar danos temporários ou permanentes ou mesmo a morte de usuários de serviços médicos (ANVISA, 2013). Diante disto, retratam resultados desfavoráveis ao longo da prestação do cuidado decorrente de uma série de causas contribuintes que são definidos como circunstâncias, omissões ou ações, que podem desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento, na origem ou no aumento da probabilidade do risco de um incidente (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Segundo relatório da ANVISA que visa o período de setembro de 2019 a agosto de 2020, diz que a quantidade de notificações realizadas foram de aproximadamente 10.000 dentre elas, tivemos nas instituições hospitalares conforme seu grau de dano em Santa Catarina de 2.077 nenhum, 6.473 leves, 1.212 moderados, 172 graves e 39 óbitos com um total de 9.973. Comparando com os

dados do Brasil no qual retrata as 27 unidades federativas, foram feitas de aproximadamente e ultrapassando a margem de 100.000 notificações, Santa Catarina fica na 5ª posição de incidentes notificados, ficando atrás dos estados DF, PR, SP e MG (ANVISA, 2020).

2.4 Metas Internacionais

As metas internacionais foram acordadas pela OMS, tendo como objetivo promover melhorias específicas na segurança do paciente por intermédio de ferramentas que transparecem os aspectos problemáticos na assistência à saúde, expondo soluções baseadas em fundamentos para esses problemas (MIRANDA; *et al.*, 2017).

Para uma Organização de saúde sempre há uma carência de implementar protocolos para contribuir nos cuidados do paciente e assim reduzir possíveis incidentes. Essa necessidade de implementação surge após várias ocorrências de erros graves que acontecem na assistência dentro de uma organização hospitalar. Esses incidentes resultam em danos que podem ter natureza física, psicológica, dentre outras (GOMES *et al.*, 2016).

As metas anunciadas são um passo importante para a obtenção de um cuidado seguro, mas para alcançá-las, a cultura organizacional da organização hospitalar precisa ser mudada, com ênfase no aprendizado através dos erros. Por sua vez, esse tipo de transição envolve um processo excessivamente complexo na busca da reestruturação médica, porque requer comunicação baseada na confiança mútua entre os funcionários, e a alta administração deve reconhecer que processos mal projetados podem levar ao fracasso (REIS *et al.*, 2017).

Segundo o IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (2017) as metas internacionais que se fazem presente na qualidade de atendimento são: identificação do paciente, comunicação efetiva, medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos e redução de quedas e lesões por pressão. Posteriormente, a descrição de cada meta internacional.

2.4.1 Identificação do Paciente

A essência da segurança do paciente está caracterizada pela preocupação com a importância da ocorrência de eventos adversos (EA), ou seja, lesões causadas por cuidados de saúde ou lesões no paciente. Diante do exposto, a identificação do paciente tem como objetivo reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras, investindo em ações que primam pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambiente (SIMAN *et al.*, 2019).

Para a identificação do paciente, recomenda-se o uso de uma pulseira com dois identificadores para que o profissional possa utilizar os dados contidos no prontuário para confirmação dos dados nele presentes. Eles podem conter: nome completo do paciente, data de nascimento, número do registro no serviço de saúde ou nome completo da mãe (ALVES *et al.*, 2018).

Tendo em vista os objetivos internacionais e a complexidade do fluxo de trabalho da organização do hospital, a identificação do paciente é abrangente e multidisciplinar, pois envolve a estrutura, o design do fluxo de trabalho, a cultura organizacional, a prática profissional e a participação dos usuários dos pacientes (TASE *et al.*, 2013).

Diante disto, para uma organização hospitalar a identificação correta do paciente é entendida como empecilho ao erro, é preciso reestruturar o sistema do atendimento hospitalar, reconhecendo que nenhuma instituição está inatingível ao problema de identificação do paciente, entretanto, a ocorrência dos eventos, envolve custos sociais, econômicos pertinentes e numerosos, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e familiares (SIMAN *et al.*, 2019).

2.4.2 Comunicação Efetiva

A Comunicação Efetiva é a troca de conhecimentos que envolve o emissor e o receptor, decodificando uma determinada mensagem. Diversos fatores podem ter influências na comunicação nas instituições de saúde como, por exemplo: A desigualdade na formação profissional, a complexidade do cuidado, o impacto da hierarquia, o número inapropriado de profissionais, as limitações características ao desempenho humano como estresse, fadiga, distrações, e habilidade limitada na

realização de tarefas múltiplas (BRASIL, 2018).

A procura por respostas que sejam apropriadas para esses comportamentos engloba o uso de linguagem objetiva e não-acusatória que proporciona a comunicação e relações atenciosas. Dessa maneira a instituição de saúde pode garantir uma comunicação aberta e efetiva a partir de identificações de problemas e ao estabelecimento de recursos e ferramentas que são eficazes na comunicação (MOREIRA *et al.*, 2019).

A comunicação efetiva acontece na instituição quando ocorre transferências de pacientes entre setores, transferências de informações por telefonemas e relatos verbais diretamente entre os profissionais, de notas e formulários de deslocamento de pacientes, de orientações verbais em casos de emergências ou urgências e de anúncio de dados alarmantes laboratoriais por via telefônica à equipe médica assistente ou ao enfermeiro responsável (OLINO *et al.*, 2019).

2.4.3 Medicamentos

Segundo o IBSP (2016), o processo de administrar corretamente os medicamentos vai muito além de realizar aplicações no paciente. Portanto, o manejo de medicamentos mais seguro depende dos 9 certos:

- 1. Paciente Certo:** Utilizar dois identificadores (nome do paciente e data de nascimento); confirmar os dados do paciente com a pulseira de identificação; investigar se o nome do paciente condiz ao nome identificado no leito, no prontuário e na prescrição médica; impedir que dois pacientes com nomes similares sejam internados na mesma enfermaria; impedir que o mesmo funcionário seja responsável por cuidar de dois pacientes com nomes semelhantes.
- 2. Medicamento Certo:** Antes da administração, o nome do medicamento deve ser verificado de acordo com a prescrição médica; investigar se há alergias. Pacientes alérgicos a algum medicamento devem ter pulseiras e placas de alerta em seus prontuários. Ao misturar medicamentos, certifique-se de que o paciente não seja alérgico a nenhum dos ingredientes.
- 3. Via Certa:** Verificar se a via de administração prescrita é uma via tecnicamente recomendada para administrar um determinado medicamento; averiguar se o diluente (tipo e volume) foi receitado. Controlar o gotejamento

de acordo com a taxa de infusão determinada; analisar se o medicamento atende a via prescrita, consultar a identificação da via na embalagem; analisar a compatibilidade do medicamento com os produtos que serão utilizados para administração (seringas, cateteres, sondas, etc.); explicar todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, ou farmacêutico a administração do medicamento.

4. **Hora Certa:** O medicamento deve ser preparado quando for tomado, de preferência à beira do leito; se o medicamento for tomado após um período de preparo, deve-se atentar para o período de estabilização (como quimioterapia) e a forma de armazenamento; somente com o consentimento do enfermeiro e prescritor, o cronograma pré-definido pode ser antecipado ou atrasado.
5. **Dose Certa:** Verificar cuidadosamente a dosagem do medicamento receitado. Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto final" devem atrair mais atenção e, assim, fazer com que os prescritores questionem a dose necessária, pois podem fazer com que a dose seja 10 ou 100 vezes maior do que a dose necessária; conferir a unidade de medida usada na prescrição e em caso de dúvida (colher de chá, colher, ampola), consultar o médico prescritor de uma unidade de medida do sistema métrico; checar a taxa de gotejamento. Conferir cuidadosamente a preparação e os cálculos de programação das bombas usadas para preparar medicamentos potencialmente perigosos ou altamente monitorados.
6. **Registro Correto da Administração do Medicamento:** Na prescrição: tempo para readministração e inspeção; nas anotações de enfermagem: registrar os medicamentos utilizados e justificá-los em caso de postergação, cancelamento, falta, recusa do paciente e eventos adversos.
7. **Orientação Certa:** Tanto o profissional quanto o paciente são responsáveis pela correta orientação, pois o paciente é um obstáculo para a prevenção de erros. Portanto, deve ter participação na segurança de sua assistência; o paciente deve ser informado sobre qual medicamento está sendo utilizado, para que serve, a posologia e a frequência de administração.
8. **Forma Certa:** Os medicamentos utilizados têm a forma medicamentosa e a via de administração prescrita; verificar se a forma de dosagem prescrita e a via de administração são adequadas para a condição clínica do paciente (por

exemplo, se o nível de consciência permite medicação oral – (VO).

- 9. Resposta Certa:** na última etapa, é necessário observar cuidadosamente o paciente. O objetivo é verificar se o medicamento tem o efeito desejado. Em seguida, é necessário o registro de tudo no prontuário e então o prescritor deverá ser informado sobre os diversos efeitos esperados do medicamento e nunca desconsiderar os relatos do paciente ou de sua família.

Todavia, erros de medicação são caracterizados por qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado do medicamento (MELO; CAVEIÃO, 2015). Os procedimentos de preparo e manejo de medicamentos são cuidados essenciais para a reintegração à saúde portanto, são considerados um desafio no estabelecimento de práticas seguras. Erros podem ocorrer em qualquer estágio da medicação para causar danos ao paciente. Logo, erros de medicação terão um impacto negativo no atendimento, causar custos desnecessários aos serviços médicos, estender a internação em hospitais e abrir processos, o que envergonhará o trabalho de profissionais e instituições médicas relevantes. (RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

2.4.4 Cirurgia Segura

As salas de cirurgias são os setores na organização hospitalar onde ocorrem os maiores índices de eventos adversos. Esse acontecimento pode ser atribuído à comunicação das equipes de saúde, à complexidade dos métodos e à pressão nas atividades laborais. Durante a realização dos procedimentos cirúrgicos é suscetível acontecer complicações, no entanto, são indispensáveis a realização de ações que visem diminuir essas ocorrências. Desenvolver a cultura de segurança nas instituições de saúde, principalmente no centro cirúrgico pode influenciar de forma direta na diminuição dos eventos adversos e da mortalidade, ocasionando em melhorias na qualidade da assistência à saúde dos pacientes (SILVA; GATTI, 2020).

A fim de implementar medidas de segurança, a OMS recomenda o uso de listas de verificação de segurança cirúrgica (checklist de segurança cirúrgica) para auxiliar a equipe cirúrgica a seguir sistematicamente os principais procedimentos de segurança. O instrumento é dividido em três momentos: antes da indução da anestesia, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A implementação do que é considerado simples, como checar materiais, equipamentos, identidade e informações do paciente, pode ser a diferença entre uma operação falhada e uma operação bem-sucedida. A verificação inadequada do paciente, ineficácia da comunicação entre os membros da equipe, ou distração da equipe devido a um grande número de tarefas pode levar a uma diminuição na qualidade da equipe de trabalho (MAURÍCIO *et al.*, 2019).

Existem quatro desafios contidos para melhoria na segurança cirúrgica. O primeiro, até o momento não foi reconhecido como preocupação considerável em saúde pública. O segundo desafio é a falta de acesso à assistência cirúrgica básica, que permanece sendo uma preocupação em cenários de baixa renda. Todavia, a necessidade paralela de ações que melhorem a segurança e a credibilidade das intervenções cirúrgicas não tem sido amplamente reconhecida. O terceiro desafio incluído para garantir a segurança cirúrgica é que os hábitos de segurança que são existentes parecem não serem usados corretamente de maneira confiável em nenhum país, portanto, a infecção do sítio cirúrgico, por exemplo, ainda é uma das causas mais comuns de complicações cirúrgicas graves e o quarto desafio serve para aprimorar a segurança cirúrgica e a complexidade, mesmo os procedimentos mais acessíveis podem envolver inúmeras etapas críticas, cada uma com oportunidades para falhas e com potencial para causar danos à saúde dos pacientes (SILVA, *et al.*, 2020).

Esses são os fatores que constituem as dimensões da cultura da segurança do paciente que as organizações de saúde estabelecem e concretizam ao longo dos anos. Outro aspecto muito sólido na área da saúde é a crença de que os profissionais de saúde são eficazes e, com isso, os incidentes, com ou sem danos, ainda são improvavelmente relatados pelos profissionais, pois sua competência será questionada (SILVA, *et al.*, 2020).

2.4.5 Higiene das Mãos

Médico Húngaro Ignaz Philipp Semmelweis após sua formatura que aconteceu em 1844, assumiu a posição de assistente na primeira clínica obstétrica de Allgemeine Krankenhaus (Hospital Geral de Viena). A reputação deste setor foi que a mortalidade de febre puerperal das pacientes ultrapassou entre três e dez vezes

das que eram do outro setor, mas da mesma clínica onde as mulheres eram acolhidas por parteiras. Semmelweis realizou um estudo sobre a mortalidade das puérperas da Maternidade desde 1784, no qual é comparado com as duas unidades. Semmelweis percebeu que após a morte de um amigo e colega, durante a autópsia da lesão do amigo em que ele foi ferido no braço pelo bisturi por um aluno, os ferimentos encontrados no relatório do exame eram semelhantes aos das parturientes, a partir disto, em 15 de maio de 1847, solicitou que cada aluno ou médico antes de entrar nos cômodos da clínica obstétrica, lavassem suas mãos com uma solução de ácido em uma bacia na porta de entrada. Através desta atitude, eles tiveram uma queda de mortalidade das puérperas (CALLEGARI, 2010).

Por conseguinte, há evidências de que as mãos dos profissionais de saúde são o principal vetor de transmissão de microrganismos patogênicos, e sua higienização tem grande efeito na redução da incidência de infecção. A higienização das mãos é a prática básica da equipe médica e é considerada a medida mais importante e eficaz para prevenir e controlar as infecções médicas. No entanto, estudos demonstram que a adesão desse procedimento não é satisfatória em todo o mundo e o índice de adesão é baixo (BELELA-ANACLETO; PETERLINII; PEDREIRA, 2016).

A higienização das mãos é toda ação realizada pelo profissional de saúde para saná-las, seja por meio do uso de água e sabão ou soluções alcoólicas. O processo de lavagem das mãos é indicado em diferentes momentos do atendimento, sendo recomendado antes e após a realização do trabalho hospitalar, antes da administração de medicamentos orais e do preparo de nebulização, atos fisiológicos e funções pessoal, antes e após o manuseio de cada paciente, preparação de materiais ou equipamentos, aplicação de injetáveis, limpeza e troca de roupas do paciente (CORDEIRO; LIMA, 2016).

A higiene das mãos em ambientes hospitalares é essencial para evitar possíveis danos relacionados à saúde. A ação é básica, mas ainda exige um comprometimento maior de todos os integrantes da organização hospitalar. Para que a higienização das mãos seja eficaz, é importante que haja uma infraestrutura adequada (pias, torneiras, dispensadores e insumos), o conhecimento e a conduta dos profissionais na prática da higienização das mãos e a inclusão de pacientes e colegas também é importante (MAGNAGO, *et al.*, 2019).

2.4.6 Redução de Quedas e Lesões por Pressão

No decurso da permanência do paciente dentro de uma instituição hospitalar o seu cuidado deve ser incluído de forma integral, ou seja, quedas e lesões por pressão devem evitadas, a fim de diminuir as consequências ocasionadas por uma falha na assistência, pois o impacto pode ser clínico, econômico e social não só para a família do paciente, como também aos executores do cuidado ao paciente e a própria organização hospitalar (SOUSA, *et al.*, 2019).

2.4.6.1 Redução de Quedas

As quedas no ambiente hospitalar, compõem um risco real e refletem um indicador de qualidade. Este indicador gera um grande impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente. Uma internação, altera profundamente os hábitos de vida diariamente do paciente, já que sua saúde está debilitada, dessa maneira, o aumento do risco de queda se torna considerável. As quedas são conhecidas como acontecimentos traumáticos e multifatoriais, que normalmente são involuntários e inesperados, podendo acontecer mais de uma vez com o mesmo paciente, provocando-lhe lesões com frequências (ROMÃO; NUNES, 2018).

O caso é definido como um movimento de corpo involuntário da posição inicial em um nível inferior. É um evento indesejado multicausal conhecido e que pode levar a situações de suscetibilidade ao paciente. As complicações resultantes da queda podem ocorrer danos físicos, como luxações, contusões e fraturas, como também complicações psicológicas que levam a algumas situações e movimentos e o medo de satisfazer atividades (ARAUJO, *et al.*, 2018).

2.4.6.2 Lesões por Pressão

Diferentemente das demais modificações de pele, a lesão por pressão é a origem de preocupações por retratar um problema de saúde pública, levando a transtornos emocionais, físicos e sendo influência na morbidade e mortalidade (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Lesões por pressão podem aparecer na pele intacta ou rachada e podem ser

dolorosas ou não. Defina-se por lesões localizadas na pele ou tecidos moles ocultos, geralmente em protrusões ósseas ou no uso de dispositivos médicos ou artefatos. Também pode ser afetado por fatores como perfusão periférica, nutrição, comorbidades e suas condições (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Diante dos conceitos aqui apresentados, podemos perceber a amplitude que as metas internacionais vêm ocasionando nas instituições hospitalares, pois vendo a importância que a segurança do paciente tem, muitos órgãos governamentais se envolveram, tornando esse item como sua missão, de exemplo, a ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária que a partir de 2004 incorporou como alvo as ações previstas na Aliança Mundial para a segurança do paciente, no qual o Brasil já participa junto do Ministério da Saúde, como também a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e os demais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária — SNVS (ANVISA, 2016).

Um dos objetivos específicos do PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente) é promover e apoiar a implementação da iniciativa Segurança do paciente na organização e gestão de serviços médicos em diferentes áreas do cuidado através da implementação da gestão de risco e NSP (Núcleo de Segurança do Paciente) nas instituições de saúde. No setor da saúde, o conselho de administração é responsável pela nomeação e composição do NSP, seus membros, autoridades, responsabilidades e poderes para executar as ações do Plano de Segurança Paciente (PSP). Atentando para as características estratégicas de segurança do paciente, recomenda-se que o hospital e NSP esteja relacionado diretamente à gestão, e regularmente contate o departamento de assistência: direção técnica assistencial, enfermagem e farmacêutica e não assistida: engenharia hospitalar, Compras, serviços de higiene e limpeza e hotelaria (ANVISA, 2016).

2.5 Núcleo de Segurança do Paciente

A segurança do paciente traz diversos obstáculos na saúde pública. As consequências do dano na assistência aos pacientes têm implicações consideráveis de mortalidade, morbidade e qualidade de vida, além disso, pode afetar negativamente a imagem dos profissionais de saúde e da instituição prestadora de cuidados (PRATES *et al.*, 2019).

O Núcleo de Segurança do Paciente tem a responsabilidade de fortalecer o

Plano de Segurança do Paciente, registrar as estratégias de prevenção, controle e mitigação de eventos adversos. Dessa maneira, o trabalho do núcleo de segurança do paciente tem como objetivo integrar as diferentes instâncias que lidam com riscos em uma organização e proporcionar a articulação dos processos de informações e trabalho, visando o cuidado com qualidade e seguro para os pacientes (MACEDO; BOHOMOL, 2019).

A integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na organização é uma função primordial do núcleo de segurança do paciente, levando em consideração o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Em outras palavras, o paciente precisa estar seguro, independente do cuidado que receba. O núcleo de segurança do paciente consiste ainda em promover a articulação dos processos de trabalho e dos conhecimentos que impactem nos riscos ao paciente (ANVISA, 2016).

2.6 Plano de Segurança do Paciente

O Plano de Segurança do Paciente – PSP é o planejamento estratégico para a segurança do paciente. Por isso, com base na missão, visão e valores dos serviços de saúde, é muito oportuno integrá-los no plano estratégico da organização. O PSP deve dialogar com os recursos humanos, informações, planos de gestão ambiental e de resíduos, planos de prevenção e controle IRAS e demais planos existentes no serviço de saúde. Sua elaboração é obrigatória, de acordo com a RDC nº 36/2013, não deve ser elaborado um plano de intenções vagas e imprecisa, porém, pode ser utilizado ferramentas de qualidade como: 5W2H, Diagrama de Ishikawa, mapeamento de processos, fluxograma e DMAIC, ajudando na identificação de pontos críticos para melhoria da segurança do paciente (ANVISA, 2016).

A implantação da PSP deve reduzir a possibilidade de eventos adversos (EA) causados pela exposição aos cuidados de saúde e deve focar na melhoria contínua do processo assistencial e o uso de tecnologia em saúde no processo de disseminação sistemática das informações em saúde. A cultura de segurança deve expressar e integrar de forma clara os processos de gestão de riscos e garantindo as boas práticas de operação dos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2016).

Desta forma, podemos afirmar que essas estratégias podem ser vistas como

a força motriz da gestão da qualidade. Em ambiente hospitalar, seu foco é mais complexo, pois além de buscarem garantir o sucesso dos planos e métodos de cuidados, também estão comprometidos em integrar toda a rede médica para garantir a segurança do paciente (SILVA; PINTO, 2017).

2.7 Notificações dos Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde

A notificação dos incidentes é importante para a segurança do paciente, pois é uma forma dos profissionais descreverem os incidentes ou eventos adversos em saúde. O reconhecimento das notificações permite a aprendizagem organizacional, facilitando a identificação das causas para que as mesmas sejam evitadas, a partir da revisão e evolução dos processos assistenciais (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

A notificação de incidentes é uma das estratégias mais conhecidas por vários países e organizações de saúde para melhorar a segurança do paciente, através de sistemas que notificam os incidentes. Esses sistemas podem ser informatizados ou não, e a notificação local é baseada no registro ou comunicação da ocorrência desses incidentes ao setor responsável no serviço de saúde, geralmente à administração de risco ou departamento de qualidade (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019).

Cabe aos gestores da cidade / distrito / estado / país / região determinar quais eventos e a prioridade dos eventos no ambiente notificado, definir as metas e políticas de saúde pública que podem ser expandidas ou revisadas quando apropriado. No campo nacional, são analisados como prioritários para a notificação e investigação os eventos classificados como grave, como os *Never Events*, eventos que nunca deveriam acontecer em serviços de saúde, estabelecido no sistema NOTIVISA como “evento grave”, e os eventos adversos que se transformaram em óbito do paciente (BRASIL, 2014).

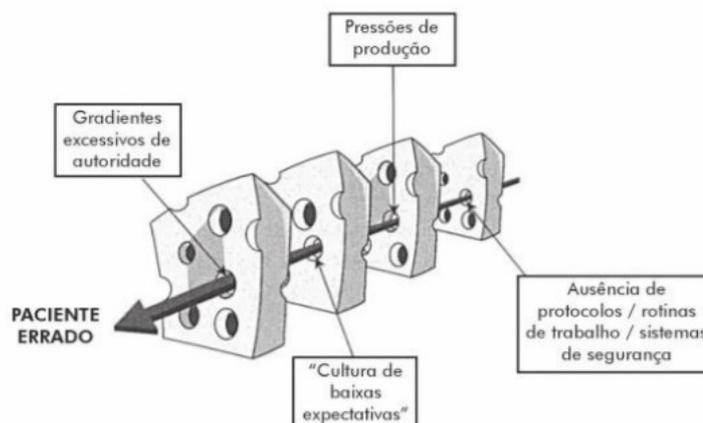
2.8 A Importância das Notificações nas Organizações de Saúde

A segurança do paciente tem despertado discussões generalizadas em todo o mundo. Diante da gravidade do problema, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou um projeto de implantação da rede Sentinela em 2002, com o objetivo de notificar ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) sobre produtos defeituosos, fornecendo as informações necessárias para a realização das ações de vigilância à saúde do hospital. Este projeto foi a base para a implantação da gestão de risco nas instituições de saúde brasileiras e tem estimulado a melhoria da cultura de notificação e da qualidade dos serviços de saúde. A gestão de riscos é entendida como a aplicação sistemática de políticas de segurança e estratégias de ação para identificar, comunicar, analisar, mitigar e controlar riscos e eventos adversos (EA) que podem afetar pacientes, profissionais, meio ambiente e instituições (MACEDO; BOHOMOL, 2019).

A implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente – NSP e o desenvolvimento dos Planos de Segurança do paciente – PSP consistem em um processo dinâmico, contínuo, e crucial para a boa governança dos serviços de saúde. O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância responsável pelo diagnóstico, priorização, gestão dos riscos e notificação dos incidentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS, contribuindo para o fortalecimento do sistema e tornando mais seguro o cuidado em saúde (ANVISA, 2016).

O modelo do queijo suíço (Figura 1) pode ser usado para analisar eventos adversos. Esse modelo é composto por tipos de obstáculos (também chamados de lógica em cascata), adequados para sistemas de alta tecnologia devido aos seus níveis defensivos, como alarmes, proteção individual para a tomada ações finais ou controle administrativo de vítimas potenciais e situações perigosas. O obstáculo é como uma fatia de queijo suíço com muitos buracos. Quando os furos estão temporariamente alinhados, a trajetória de um acidente é permitida. Portanto, é importante investir na disseminação da cultura de segurança, com ênfase na educação e comunicação, a partir de convênios, diretrizes e adoção de comportamento dos POPs, ampliando o conhecimento sobre segurança na perspectiva da construção contínua e levando em consideração a realidade da organização e o significado dos valores que os profissionais atribuem à segurança do paciente (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Figura 1 - Queijo Suíço



Fonte: IBES/Costa (2017)

O sistema de relatório de incidentes de segurança do paciente é conhecido por ser útil em incidentes graves que requer determinação de status. É importante gerenciar dados sobre incidentes que levaram a mortes em todo o país, seja para atender aos familiares e amigos das vítimas, seja para melhorar a qualidade dos serviços, tornando o atendimento médico mais seguro. Para atingir esses objetivos, a qualidade e oportunidade da investigação é importante e devem ser investidas pelo SNVS. Portanto, promover uma cultura de segurança e estimular o aprendizado com as notificações deve ser outra ferramenta importante para o monitoramento da saúde e a gestão dos serviços de saúde (MAIA *et al.*, 2018).

A perspectiva analítica permite identificar o desenvolvimento de práticas seguras e a transição de uma organização de alta confiabilidade que depende de normas e diretrizes do ambiente com alterações nas condições operacionais, mas, principalmente, depende da intersubjetividade na produção da saúde, pois envolve pessoas, suas interações, comunicações e influências contextuais, pois o real é o informal, é o dinâmico sendo determinado pelas relações sociais (SIMAN *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização de Pesquisa

Esse estudo é de natureza aplicada pois, segundo Nascimento (2016), esse tipo de pesquisa visa dirigir à busca da veracidade, para determinar a aplicação prática em situação particular, ou seja, traçar os propósitos dos planos para apresentar soluções em determinadas questões do hospital. Portanto, essa pesquisa servirá para trabalhar questões pertinentes ao hospital, que através da análise de dados será possível um levantamento de informações sobre os eventos/incidentes notificados, onde há possibilidade de melhorias nesse fluxo das notificações dentro da instituição.

No que diz respeito aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa documental, em concordância com Beuren (2005), com a junção dos documentos e na organização das informações que se encontram dispersas, se tornam de grande valia e com grande importância como fonte de consulta. Quanto a abordagem optou-se pelo método quantitativo que, segundo Terence e Filho (2006), a pesquisa utilizada na investigação faz chegar a dados numéricos tanto na coleta de dados quanto na interpelação dos dados, que através dos resultados serão alinhados os fenômenos analisados sendo possível especular o desfecho das notificações realizadas através de uma análise exploratória no qual consiste se aprofundar-se nos conceitos das metas internacionais e explorar de modo satisfatório suas importâncias no meio do ambiente hospitalar.

Por conseguinte, quanto aos objetivos, a pesquisa caracteriza-se como descritiva. A pesquisa descritiva permite identificar, analisar, e comparar dados sem a interferência do pesquisador (CALIXTO, 2009). Compreende-se esse estudo como descritivo pois tem o objetivo de identificar os eventos adversos notificados, quantificar os eventos notificados relacionados ao cuidado do paciente e elencar as ações que o hospital tomou acerca dos eventos adversos ocorridos fazendo a referida pesquisa se tornar realizável dentre suas variantes.

3.2 Lócus da Pesquisa

A referida pesquisa foi realizada em um hospital infantil de esfera Estadual, público, localizado no nordeste de Santa Catarina, cidade de Joinville, instituição regida por uma Organização Social de Curitiba o Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) e sua gestão é realizada pelas Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, 100% SUS, serviços de alta complexidade e oferecem 145 leitos de internação e 40 leitos de terapia intensiva. Agregando-se ao projeto, o setor receptivo foi o departamento de ensino e pesquisa da instituição com apoio do Setor de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente (HJAF, 2021).

3.3 Procedimentos de Coleta

Para a realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos de coleta de dados:

- 1. Revisão de Literatura:** Utilizando a revisão de literatura narrativa com a leitura de artigos, livros, teses, dissertações e TCC, para fundamentar o presente trabalho de conclusão de curso, posteriormente, subsidiar teoricamente a análise dos dados obtidos.
- 2. Pesquisa Documental:** Foi utilizada a base de dados do Hospital que utiliza um software – Tasy que registra desde a movimentação dos pacientes até o gerenciamento de dados estatísticos. Neste banco de dados foram coletadas informações quantitativas referentes aos eventos/incidentes do período delimitado pela pesquisa, ou seja, de 2019 à 2020. A presente pesquisa foi investigada nesses dois anos referidos devido a implantação no hospital no qual ocorreu em 2014, no entanto, após a implantação do NSP e o PSP, todas os funcionários passaram por treinamentos e o hospital foi se adaptando durante os anos para que o processo fosse devidamente fidedigno em seus resultados, portanto, até o ano de 2018 havia fragilidade no sistema e nas notificações, sendo corrigido e a partir de 2019 estava apto para a coleta de dados. Durante esse processo, foi realizado uma triagem dos dados, ou melhor, a análise dos dados foi realizada através de um relatório disponibilizado pelo hospital (figura 2) que apresenta a descrição do evento e sua classificação, como também a data e hora de sua realização. Durante o

ano, qualquer profissional de saúde que observa uma falha/quebra na segurança do paciente, cria uma notificação no Tasy do hospital intitulado como "Eventos do Paciente", esse evento quando gerado é anônimo e encaminhado para o respectivo setor notificado. Após a verificação das notificações foram direcionadas para a meta que se enquadrava, e os dados que não estavam de acordo com as metas internacionais foram descartadas como: duplicidade e notificações de não conformidade com a Segurança do Paciente, seguindo assim, as demais para a análise das informações.

Figura 2 - Relatório para análise de dados

HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA								
HJAF - Eventos do Paciente								
Nº Notificação	Dt Evento	Atendimento	Setor	Setor Análise	Gravidade	Classificação	Descrição Evento	Status
29964	16/07/2019 09:28:46	1882386	U.T.I - Neonatal	Laboratório Ghanem - Neonatal		Circunstancia Notificavel	QUE PEGOU A AMOSTRA AS 05:33. FALHA NO ACORDO DE IMPACTO DE BUSCA DE AMOSTRAS Prescrição: 4435179 (coleta as 12h) , 4435762 (coleta as 10:15) , 4436317 (coleta as 04:17) dias 07 e 08/07 não checadas pelo laboratório referente a amostra recebida.	Encaminhado
30010	18/07/2019 00:09:05	1902861	PS	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento sem Dano	EXAME DO PACIENTE DO RA 1902861 COLETADO AS 21:50 AS 24:10 EXAME NÃO LIBERADO.ENTRO EM CONTATO POR TELEFONE COM A RECEPCAO DO LABORATORIO AS 24:36 QUE INFORMA QUE O EXAME SERA LIBERADO CERCA DE 20 MINUTOS.	Encaminhado
30016	18/07/2019 04:09:05	1902891	PS	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento sem Dano	Realizado coleta de exames laboratoriais às 01:25h, e às 04:10h os resultados não estão liberados no sistema:entrado em contato com o laboratório que informa que entrará em contato com bioquímico.	Encaminhado
30019	18/07/2019 06:01:19	1902895	PS	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento sem Dano	coletado exames laboratoriais às 03:50h e apenas às 06h o exame foi encaminhado para o Hospital Regional, comunicado a equipe do Ghanem	Encaminhado
30024	18/07/2019 08:12:27	1900640	U.T.I - Pediatrico	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento com Dano	Coletado 02 amostras de gasometria, informado ao laboratório que fazia parte do protocolo de Morte Encefálica e as mesmas deviam ser liberadas com o horário que foi coletado (10 minutos de defença entre as coletas), porém não foi isso que aconteceu. Primeira amostra liberada às 19:40 horas e a segunda às 19:42 h.	Encaminhado
30046	19/07/2019 10:25:18	1901138	U.T.I - Neonatal	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento sem Dano	coletados exames as 10:08, comunicado laboratório (sucessos) , e a amostra foi recolhida as 10:26 após novo contato telefonico com temos	Encaminhado
30065	20/07/2019 00:09:16	1903687	PS	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento sem Dano	Realizado coleta e encaminhamento da urina para o laboratório do Regional as 20:45 horas, o resultado somente foi liberado após o enfermeiro entrar em contato via telefone com o bioquímico Marcos horas após, o mesmo liberou o resultado. att	Encaminhado
30076	21/07/2019 01:14:45	1898392	U.T.I - Pediatrico	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento com Dano	Paciente com abertura de protocolo de seps. No dia 20/07, realizei contato telefônico as 20:10, sendo buscado a coleta na UTIP às 20:21 horas. Atraso na liberação do exame de Lactato, liberado no sistema tazy 21:20 horas.	Encaminhado
30106	22/07/2019 07:26:47	1903976	U.T.I - Neonatal	Laboratório Ghanem - Neonatal		Evento com Dano	coletados exames laboratoriais, laboratório recolheu as amostras de hemocultura e swab, porem nao levou as amostras que estavam na	Encaminhado

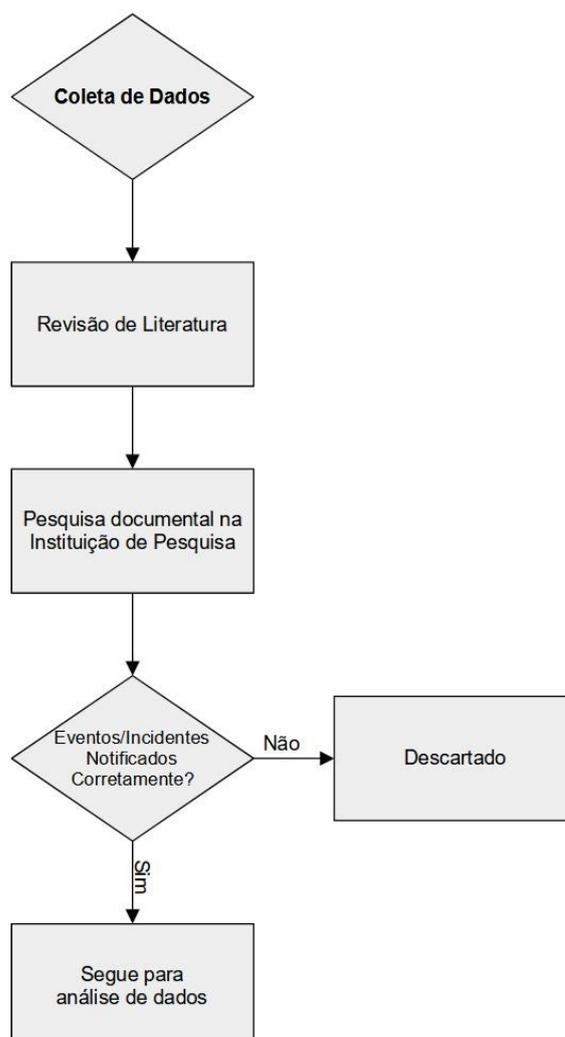
Fonte: HJAF (2021)

Durante os anos de 2019 e 2020 tivemos um total de 16.846 notificações dentre elas, 7.150 foram fundamentadas para análise e 9.696 não estavam em conformidade com a Segurança do Paciente. Perante o exposto, a Figura 2 é um exemplo que representa o relatório retirado pelo hospital Infantil que aborda a classificação de cada evento/incidente notificado, a título de exemplo, essa figura apresenta algumas das notificações devido a uma falha de comunicação entre os setores do hospital com o laboratório da instituição, como atraso na passagem de resultados de exames ou falta de comunicação na busca de amostras nos setores ocasionando assim, uma notificação para a meta de Comunicação Efetiva. Portanto, esse relatório apresenta o setor de análise, setor que notificou, data e hora da

notificação, sendo possível copilar os dados para identificar e quantificar as Metas internacionais que foram notificadas no hospital infantil. Observação: os nomes tachados estão relacionados ao nome do paciente ou funcionário que prestava assistência durante o incidente e o setor de análise no qual representava uma empresa terceirizada, portanto, foram riscados por questão de privacidade de dados.

Através desses dados foi possível examinar a quantitativa de cada meta internacional notificada, como também os planos de ação que foram optados perante os incidentes ocorridos dentro do hospital, além da especificação do ano ocorrido. Durante o processo de coleta, conforme Figura 3, os dados foram registrados em planilhas e tabuladas para a análise.

Figura 3 - Fluxograma de coleta de dados



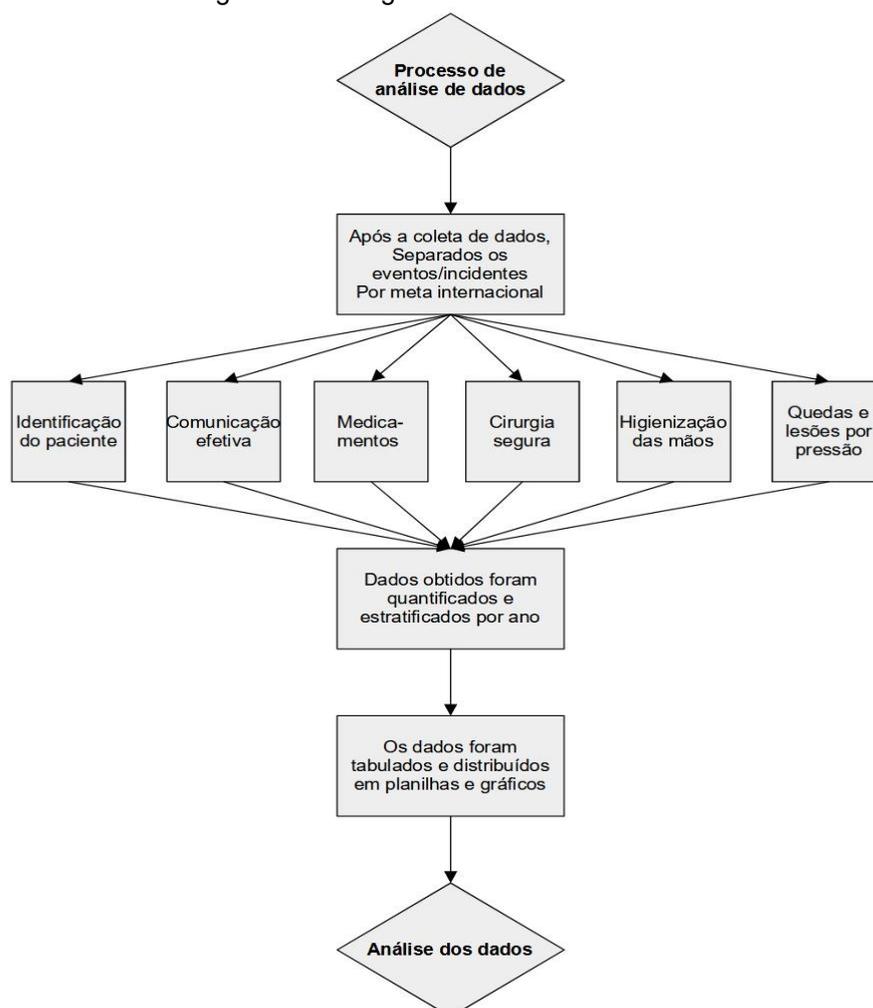
Fonte: Os autores (2021)

3.4 Análise de Dados

Após a coleta dos dados conferidos e verificados, foi utilizado a estatística descritiva apenas para registrar frequências de eventos, estes foram relacionados e interpretados de acordo com as metas internacionais como: **Identificação do paciente; Comunicação efetiva; Medicamentos; Cirurgia segura, Higienização das mãos; Redução de quedas e lesões por pressão**, foram quantificados e estratificados por ano e após tabulados e direcionados a gráficos e tabelas, posteriormente destinado para o plano de ação dos seus gestores. Portanto, essa análise teve dados diversificados que, segundo EJE (2019) tem um propósito de explicar, medir, premeditar o grau de convivência entre as variáveis e os impactos que estas podem ocasionar.

A Figura 4 demonstra o fluxograma do movimento que foi utilizado para a elaboração da análise dos dados da presente pesquisa.

Figura 4 - Fluxograma de análise de dados



Fonte: Os autores (2021)

O Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria foi estabelecido em Joinville no mês de setembro de 2008 sendo referência em atendimentos de crianças e adolescentes para mais de 20 municípios do Norte e Nordeste de Santa Catarina e abrange diversas especialidades a título de exemplo, Psiquiatria tanto consultas ambulatoriais como internações em setor específico para saúde mental, como também, cirurgias de grande porte como Neurologia e Cardíaca. O Hospital Infantil conta com estrutura de Pronto Socorro, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Ambulatórios e Setores de Internação.

Diante do exposto, a análise dos dados de segurança do paciente foi dividida entre os setores que desenvolvem e executam o uso da Metas Internacionais como:

- A meta de Cirurgia Segura é desenvolvida no setor do Centro Cirúrgico (CC), diante disto, os indicadores das notificações e planos de ações foram repassados pelo setor do Centro Cirúrgico;
- A meta Higiene das mãos é monitorada e desenvolvida pelo setor de Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), sendo assim, os indicadores das notificações e planos de ações foram repassados pelo SCIH;
- E as demais metas: Identificação do Paciente, Comunicação Efetiva, Medicamentos, Redução de Quedas e Lesões por pressão continuam sob responsabilidade dos dados pelo setor de Qualidade, pois essas metas são desenvolvidas por toda a instituição.

Todavia, o hospital infantil trabalha com classificações que contribuem para indicadores a fim de avaliar as gravidades que ocorrem dentro da instituição, mas como um monitoramento das consequências ocorridas perante a assistência do paciente. Em face do exposto, o hospital infantil trabalha com as seguintes classificações dos eventos/incidentes:

- **Circunstância Notificável:** Significa que houve potencial para o dano, mas o incidente não ocorreu;
- **Evento sem Dano:** São incidentes que atingiu o paciente, mas não causou danos;
- **Quase Erro/*Near Miss*:** Incidente que não atingiu o paciente;
- **Evento com Dano:** Incidente que resulta em dano ao paciente (Evento Adverso).

A partir dos dados extraídos do relatório apresentado pelo hospital infantil

(figura 2), os resultados encontrados foram relacionados as Metas Internacionais (Identificação do paciente, Comunicação efetiva, Medicamentos, Cirurgia segura, Higiene das mãos, Redução de quedas e lesões por pressão) sendo classificadas (Circunstância notificável, Evento sem dado, Quase Erro/*Near Miss* e Evento com Dano) e divididas pelos anos de 2019 e 2020.

3.5 Ética da Pesquisa

Para a realização do Projeto, foi preciso o preenchimento de documentos e encaminhados ao hospital de pesquisa. Após a aprovação, o projeto foi inserido no site da plataforma Brasil, onde o portal gerou a “Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, no qual foi encaminhado ao hospital infantil para assinatura. A plataforma Brasil direcionou o projeto automaticamente para o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP para o seu parecer, o CEP responsável foi o Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus/IELUSC. Entregue ao DEP da instituição de pesquisa o Termo Consubstanciado do CEP e o comprovante do status de “Aprovado” do Portal da Plataforma Brasil, obtendo assim, o acesso dos dados na instituição: Número do parecer: 4.724.637, vide anexo F.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As metas internacionais têm o objetivo de promover segurança no atendimento ao paciente principalmente ao se tratar de crianças. Desse modo, através de ferramentas que auxiliam na assistência é possível promover melhorias em áreas problemáticas, com o propósito de evitar danos ao paciente e reduzir efeitos negativos do atendimento realizado de forma insegura.

Em síntese, no ano de 2019 o hospital infantil teve um total de 139.065 atendimentos (ambulatório, atendimentos via Pronto Socorro, internações e cirurgias) dos quais 7.598 foram em cirurgias e 7.460 em internações. Diante disto, as análises dos dados de 2019 foram feitas através do relatório (figura 2) que constituía 877 páginas com relações de todos os eventos notificados dentro do hospital neste período sendo 7.810 notificações, 5.730 analisados e 2.080 descartados. Cada evento foi analisado, identificado e classificado de acordo com cada meta internacional e seu grau de gravidade conforme a tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Metas Internacionais 2019

Classificação	Identificação do Paciente	Comunicação Efetiva	Medicamentos	Cirurgia Segura	Lesões e Quedas	Higiene das Mãos	Total
Evento com Dano	32	352	895	1	80	95	1455
Evento sem Dano	36	334	755	7	3	11	1146
<i>Near Miss – Quase Erro</i>	105	169	846	2	4	3	1129
Circunstância Notificável	91	369	1529	3	1	7	2000
TOTAL	264	1224	4025	13	88	116	5.730

Fonte: os autores (2021)

No ano seguinte (2020), o Hospital Infantil teve um total de 79.664 atendimentos (ambulatório, atendimentos via Pronto Socorro, internações e cirurgias) dos quais 4.247 foram em cirurgias e 5.054 em internações. Diante disto, as análises dos dados de 2020 foram feitas através do relatório (figura 2) que constituía 722 páginas com relações de todos os eventos notificados dentro do hospital neste período sendo 9.036 notificações, 1.420 analisados e 7.616 descartados. Cada evento foi analisado, identificado e classificado de acordo com cada meta internacional e seu grau de gravidade conforme a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Metas Internacionais 2020

Classificação	Identificação do Paciente	Comunicação Efetiva	Medicamentos	Cirurgia Segura	Lesões e Quedas	Higiene das Mãos	Total
Evento com Dano	2	123	27	19	137	0	308
Evento sem Dano	9	91	120	0	1	7	228
<i>Near Miss – Quase Erro</i>	68	108	134	0	3	1	314
Circunstância Notificável	15	214	288	48	1	4	570
TOTAL	94	536	569	67	142	12	1.420

Fonte: os autores (2021)

A priori dos levantamentos, podemos evidenciar que há uma grande diferença entre 2019 e 2020 que se refere a quantidade de eventos notificados. Inicialmente, em 2019 podemos analisar que uma das Metas mais notificada foi de Medicamentos, que obteve o maior índice de amplitude sendo 4.025 notificações e a menos notificada foi de Cirurgia Segura que obteve apenas 13 notificações. Neste ano de referência, a ANVISA (2020) apresentou os eventos notificados no Brasil no ano de 2019 de aproximadamente 150 mil notificações, sendo que o hospital infantil se apresenta com 3,82% aproximadamente deste valor. Relacionando pelo total de atendimentos (139.065) tivemos um aproximado de 4,12% e relacionando total de cirurgias (7.598) por quantidade de eventos/incidentes é aproximadamente 0,17% de falha no processo de cirurgia segura, ou seja, mais de 95% dos atendimentos não tiveram uma quebra de barreira em sua assistência, além de não haver óbito relacionado ao cuidado do paciente neste ano de pesquisa.

Dessa forma, no ano de 2020 uma das Metas mais notificada foi de medicamentos, que obteve o maior índice de amplitude sendo 569 notificações e a menos notificada foi de higienização das mãos que obteve apenas 12 notificações, o fato da higienização das mãos estar mais baixa no ano de análise, pode estar relacionada ao início da pandemia do Coronavírus, pois foi uma das maneiras mais eficientes ao combate dentro da instituição, sendo uma das práticas mais abrangidas antes da entrada ao leito suspeito ou confirmado para COVID-19. Diante disto, a ANVISA (2021) apresentou os eventos notificados no Brasil no ano de 2020 de aproximadamente 170 mil notificações, sendo que o hospital infantil se apresenta com 0,83 % aproximadamente deste valor. Relacionando pelo total de atendimentos (79.664) tivemos um aproximado de 1,78% e relacionando total de cirurgias (4.247)

por quantidade de eventos/incidentes é aproximadamente 1,58% de falha no processo de cirurgia segura, ou seja, mais de 98% dos atendimentos não tiveram uma quebra de barreira em sua assistência, além de não haver óbito relacionado ao cuidado do paciente neste ano de pesquisa.

Diante do Exposto, essa pesquisa teve o intuito de demonstrar a importância das notificações dentro dos ambientes hospitalares a fim de estabelecer a cultura de segurança através dos gestores e dos trabalhadores, para incentivar a aprendizagem organizacional, ou seja, é através das notificações que é possível identificar os pontos fracos para uma melhor abordagem e adaptação dos processos para imergir a Segurança do Paciente.

Com a identificação e as quantificações dos eventos/incidentes expressos acima podemos abranger dois tópicos importantes que a OMS (BRASIL, 2013) cita como os desafios globais e que estão relacionadas a assistência segura para o paciente. Nesses tópicos são abordadas as IRAS através do tema "Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais segura" e a Cirurgia Segura com o tema "Cirurgias Seguras Salvam Vidas". Através destas informações, podemos nos aprofundar nos dados obtidos no hospital.

4.1 Higienização das Mãos

A higienização das mãos é uma das ações consideradas a mais importante na prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência da saúde. Portanto, a definição dos critérios para o diagnóstico de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (IRAS) propõe uma vigilância nos serviços de saúde que permite um planejamento necessário para que os profissionais do sistema de saúde possam identificar os casos, coletar e interpretar as informações de forma ordenada, evitando assim, erros como esses: "Dr. xxx entra em leito de isolamento de COVID sem a paramentação adequada (somente com máscara e luvas) e também não higieniza as mãos após sair do leito" ou "Dr. xxx e equipe de residentes (7 profissionais) entram na unidade de terapia intensiva, entram no leito da paciente e após entrarem no leito de isolamento de contato, sem paramentação e higienização da mãos".

Portanto, foram realizadas uma busca ativa dos dados gerados com o SCIH que tem um propósito de monitorar e garantir a segurança do paciente intacta dentro

do hospital. Através dessa equipe que é composta por médicos, enfermeiros e técnico de enfermagem, é elaborado o Plano de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que a instituição deve elaborar anualmente conforme a Portaria GM/MS nº 2616 de 12/05/1998, com objetivo de redução da incidência e da gravidade das infecções Hospitalares.

Neste item serão apontados os resultados encontrados relacionados as IRAS do hospital, trazendo variáveis relacionadas com os dados do Estado de Santa Catarina de 2019, 2020 não será apresentado porque ainda não foi liberado pela ANVISA e a evolução do total de atendimentos realizados no HJAF.

4.1.1 Infecção de Sítio Cirúrgico

As ISC conhecidas como Infecções do Sítio Cirúrgico (Tabela 3) estão relacionadas a procedimentos cirúrgicos, tendo ou não colocação de implantes, independente do paciente estar internado ou via ambulatorial. Segundo a ANVISA (2017) existem critérios de classificação:

- ISC intencional superficial que ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento, porém, o primeiro dia da cirurgia já é considerado caso apareça algum sinal de infecção na incisão cirúrgica;
- ISC intencional profunda que ocorre nos primeiros 30 dias ou até 90 dias se houver colocação de implantes. Essa infecção atinge os tecidos moles que são atingidos na incisão cirúrgica profunda;
- ISC órgão/cavidade (OC) também ocorre nos primeiros 30 dias ou até 90 dias, nesse caso pode estar ligado a colocação de implantes e se houve manipulação dos órgãos internos durante o ato cirúrgico.

Tabela 3 - Indicadores de infecções de Sítio Cirúrgico

Classificação	2019	2020	Total
ISC - Superficial	21	19	40
ISC - Profundo	2	5	7
ISC - Órgão/Cavidade	7	1	8
TOTAL	30	25	55

Fonte: os autores (2021)

Nos relatórios da ANVISA de 2019, foram notificadas 349 infecções de sítio cirúrgico em Santa Catarina, destas notificações o hospital ocupa 8,59% deste valor. Com a análise destes resultados, foi verificado no PCIH as ações e decisões tomadas com este resultado, que segundo informações apuradas, a coleta desses dados é realizada através de busca ativa pela equipe do setor nas áreas críticas através do sistema Tasy e presencialmente em dias úteis, da mesma forma é feita a busca ativa via telefone com os responsáveis pela criança sobre se há sinais de infecção de sítio cirúrgico em pacientes que foram submetidos a implantação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), neurocirurgias, cesárias e cirurgia cardíaca, bem como busca passiva através de notificações recebidas pelo pronto socorro e ambulatórios.

4.1.2 Infecção Primária de Corrente Sanguínea – Laboratorialmente (IPCS-L)

As infecções da corrente sanguínea estão relacionadas a cateteres centrais que são associadas a importantes desfechos inconvenientes na área da saúde. Entretanto, a IPCS será confirmada laboratorialmente, ou seja, quando há presença de microrganismos em hemocultura. Esses exames, o SCIH faz um controle rigoroso com o laboratório que prestam serviços ao hospital, pois quando a indícios de hemocultura ser positiva, o laboratório deve fazer contato previamente com os Infectologistas do hospital, que aí sim, é possível desenvolver um plano de antibióticoterapia para o paciente.

Tabela 4 - Indicadores de IPCS-L

Classificação	2019	2020	TOTAL
IPCS-L	44	39	83
TOTAL	44	39	83

Fonte: os autores (2021)

Em 2019 a ANVISA publicou no boletim Segurança do Paciente de Santa Catarina os dados de IPCS-L relacionadas as UTI's pediátricas em SC um total de 48 infecções, no entanto, os dados do quadro 2 está a investigação do hospital como um todo, sendo que em 2019 o hospital infantil notificou 23 IPCS-L em UTI's representando 47,91% dos dados apresentados pela ANVISA. Por conseguinte, dos dados, a análise das infecções deve ser feita em parceria com as supervisões e com

a CCIH que é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar no qual é composta pela direção do hospital e uma equipe multidisciplinar. Essa análise é realizada uma vez ao mês com toda a equipe reunida sendo discutido pontos importantes referentes as infecções como: dispositivos invasivos, procedimentos assépticos, antibioticoterapia – fornecedores dos medicamentos, troca de curativos, validade dos curativos, permanência dos dispositivos, etc. Com essas análises é possível verificar se houve quebra de barreira na higienização das mãos ou se houve algo adquirido não adequado pelo hospital para esse procedimento.

4.1.3 Infecção do Trato Respiratório – PAV

A infecção do trato respiratório – PAV pode ser detectada através da radiografia de tórax, sinais e sintomas e exames laboratoriais. E o seu período de infecção pode ocorrer em 7 dias quando são identificados todos os elementos: sinais e sintomas, resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais que são através deles que são definidas as infecções. No entanto, o período de janela da PAV pode ser considerada três dias antes e três dias depois da data do primeiro RX alterado ou dos exames laboratoriais.

Tabela 5 - Indicadores de PAV

Classificação	2019	2020	TOTAL
P.A.V.	5	1	6
Pneumonia Clínica	4	0	4
TOTAL	9	1	10

Fonte: os autores (2021)

Nos relatórios da ANVISA de 2019, foram notificadas 48 infecções do trato respiratório em Santa Catarina, a PAV acomete mais os pacientes em Ventilação Mecânica principalmente se estiverem muito tempo invasivo, deste modo, a quantidade de notificações representa 20,83% das infecções do Estado. As PAVs seguem o mesmo caminho das IPCS-L em questão dos planos de ações, no entanto, os supervisores acrescentam alguns detalhes por se tratar da via respiratória da criança que envolve a questão do cuidado diário do paciente, como o simples fato de a cabeceira do paciente estar elevada, por conseguinte, e de suma importância o repasse destas informações da infecção para as equipes

operacionais, a fim de que o cuidado seja intensificado.

4.1.4 Infecção do Trato Urinário – ITU

A infecção do trato urinário está relacionada ao cateter vesical de demora, normalmente essas IRAS é de fácil prevenção, mas pela falta de cuidados assépticos ou contaminação na sondagem essa infecção pode ser adquirida. O período para adquirir essa infecção é a partir de dois dias de utilização, inclusive já é contabilizado o dia da colocação.

Tabela 6 - Indicadores de ITU

Classificação	2019	2020	TOTAL
ITU - Laboratorial	8	4	12
ITU - Clínico	4	0	4
TOTAL	12	4	16

Fonte: os autores (2021)

Primeiramente, nos relatórios de indicadores da ANVISA (2019) demonstra os dados relacionados as ITUs das UTI's demonstrando um total em pediatria de 17 infecções, no hospital infantil foram notificados em UTI 11 infecções, sendo representada por 64,70% das notificações ao Estado. As ITU's seguem o mesmo caminho das IPCS-L em questão dos planos de ações, no entanto, os supervisores acrescentam alguns detalhes por se tratar da via urinária da criança que envolve a questão do cuidado diário do paciente, como manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, e que seu uso seja indicado de forma consciente. Portanto, é de suma importância o repasse destas informações da infecção para as equipes operacionais, a fim de que o cuidado seja intensificado e que a utilização de sondas/cateteres seja monitorada.

Por conseguinte, os planos de ações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar além dos apresentados em cada IRAS em conjunto com os supervisores de cada setor notificado é realizar:

- Estratégia multimodal, que é uma estratégia de visualização dos cinco momentos da higienização das mãos. Os setores que estão sendo monitorados são as UTIS e Oncologia, que são considerados setores críticos, onde as crianças são multi-invasivas com dispositivos invasivos;

- Auditorias internas de todos os setores e externas das empresas que prestam serviços para a instituição;
- Treinamento anual de procedimentos e higienização das mãos;
- Incentivar os enfermeiros na utilização do Bundle que é uma ferramenta preventiva onde ele avalia a necessidade da utilização dos dispositivos invasivos no paciente;
- Quando inicia um novo funcionário o mesmo passa por uma integração funcional com a abordagem voltada aos cuidados do paciente;
- Diariamente é realizada visualização/monitoramento/visita em todos os setores de internação, UTI's, centro cirúrgico e Pronto Socorro para sanar dúvidas dos profissionais de saúde como também fiscalizar os dispositivos que o paciente faz uso.

A higienização das mãos é uma ação básica no qual exige um comprometimento de todos os colaboradores de uma organização hospitalar. Em 2019 o hospital infantil teve de notificações 116 no qual o maior índice é evento com dano com 95 notificações e em 2020 teve uma baixa de aproximadamente 89,66% em notificações, sendo zero em evento com dano.

4.2 Cirurgia Segura

A meta de cirurgia segura tem como objetivo de assegurar ao paciente que o seu procedimento atinja a excelência do resultado. Para isso, as etapas da cirurgia devem ser seguidas de forma clara e objetiva, tanto para a equipe profissional, quanto para o paciente/cliente. O protocolo de cirurgia segura se inicia quando o paciente tem indicação cirúrgica, desde a preparação do paciente que pode se iniciar desde o ambulatório ou setor de internação e vai até após a sua alta, como também o *check-list* de cirurgia se inicia no setor em que o paciente está localizado, a título de exemplo, paciente internado no setor de internação, ali, já inicia-se o *check-list* pré-operatório, quando o paciente chega ao centro cirúrgico, esse *check-list* é conferido com os responsáveis e se dá início ao *check-in* do paciente no centro cirúrgico.

Quando o paciente chega ao centro cirúrgico a enfermagem iniciará a conferência do *check list* da cirurgia segura no pré anestésico como o *check-in* antes

da indução anestésica, no qual a conferência de assinatura do termo de consentimento ao responsável do paciente, pois, por se tratar de crianças/adolescentes, sempre o responsável deverá responder pelas decisões envolvendo o menor e se assegurando com o procedimento correto, portanto, o *check-in* tem o objetivo de:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente e responsável, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada;
- Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos;
- Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia;
- Confirmar o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;
- Verificar confirmação do consentimento de lateralidade/sítio cirúrgico o qual deve estar devidamente assinado e carimbado pelo médico.

O circulante de sala cirúrgica (enfermagem) deve realizar as seguintes checagens:

- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetros ao paciente e seu funcionamento;
- Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias respiratórias, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Após o *check-in* é realizado o *time-out* dentro da sala de cirurgia antes da incisão cirúrgica, a fim de:

- Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função;
- Confirmar a realização da cirurgia correta, no paciente correto, no sítio cirúrgico correto;
- Revisar verbalmente, uns com os outros os elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da lista de verificação como guia, que seria o *check list* de Cirurgia Segura;
- Revisar se houve algum problema com os equipamentos que deve ser resolvido;
- Confirmar a administração de antibioticoprofilaxia antes da incisão cirúrgica;
- Confirmar a acessibilidade dos exames e imagens se necessárias.

Após esse processo, se estiver em conformidade o paciente está apto para ser submetido ao procedimento cirúrgico.

Após o *time-out* inicia-se o *check-out* que deve ser realizada antes do

paciente sair da sala de cirurgia, que seria a conferência de todos os itens que foram utilizados no paciente durante o procedimento cirúrgico, por exemplo, compressas, perfuro-cortantes, etc., pois tudo que entrou no paciente tem que sair novamente. Com o auxílio dessas informações, existe um quadro dentro da sala cirúrgica que auxilia no controle dos itens para o instrumentador, conforme a utilização dos itens, o circulante de sala vai marcando nesse quadro para conferência no final da cirurgia em companhia do médico cirurgião e instrumentador.

Os planos de ações do centro cirúrgico vão além de ser casos isolados, ou seja, a equipe do centro cirúrgico são constantemente treinados, os médicos cirurgiões estão em constante discussão com a equipe de infectologista do SCIH para que os antibioticoprofilaxia sejam realizados no período correto e suspenso no período adequado, impedindo assim, possíveis infecções no qual poderiam ser evitadas como estas: "Não administrado ATB profilático, cirurgia cardíaca com CEC" ou "Paciente com cirurgia cardíaca agendada para as 7 horas, porém o responsável não compareceu ao hospital para assinar os termos de cirurgia e anestesia, atrasando a cirurgia". Dessa forma, é essencial que as etapas do protocolo de cirurgia segura sejam feitas de forma correta e clara para uma melhor adesão e assistência cirúrgica.

Quando falamos em cirurgia segura pensamos em complexidade e suscetibilidade de ocorrer complicações, no entanto a OMS recomenda a implantação de implementação de medidas de segurança, como o *check list*, que torna o erro próximo do zero. Em 2019 o hospital infantil teve 13 notificações com o maior índice de Evento sem danos com 7 notificações e em 2020 teve um aumento de aproximadamente 415,38% em notificações, sendo o maior índice em circunstância notificável 48 incidentes.

4.3 Identificação do Paciente

Todo o evento notificado relacionado a identificação do paciente é feita uma rastreabilidade de onde houve a falha, por exemplo: "Paciente proveniente do pronto socorro com pulseira de identificação e etiquetas de outra paciente" ou "Etiqueta de identificação do soro sem data de nascimento, sem horário de início e término da solução", os marcadores do paciente são: nome completo, data de nascimento e registro de atendimento, nesses casos, os eventos são enviados aos setores que

houve falha, identificam o porquê da falha e a partir disso é feito treinamentos, orientações a todos os colaboradores para que erros assim possam ser evitados.

A identificação do paciente é uma forma de ampliar a prática segura de segurança do paciente, a fim de evitar e reduzir erros principalmente na assistência do paciente, a conferência dos marcadores do paciente é uma das formas mais abrangentes para a equipe multidisciplinar. Nesse propósito, essa meta em 2019 alcançou 264 notificações sendo 105 Quase erro – *Near miss* e em 2020 apresentou uma queda de aproximadamente 64,40% em notificações, sendo o maior índice em 68 incidentes de Quase erro – *Near miss*.

4.4 Comunicação Efetiva

A comunicação efetiva é uma das metas que vem sendo trabalhada em todo hospital. Os ruídos que de uma comunicação dentem a trazer erros irreparáveis na assistência à saúde, no entanto, o prontuário do paciente é uma das ferramentas em que mais torna a comunicação benéfica para o hospital, podendo evitar erros deste grau: " Perda de amostra, prescrição xxx. Conforme evolução do enfermeiro coletado e não comunicado ao laboratório como pendências" ou "Recebo paciente do PS no dia xx/xx/xxxx sem SISREG e sem comunicação prévia, paciente proveniente da cidade xxx".

O desenvolvimento da comunicação efetiva deve-se ocorrer de forma clara e objetiva entre os profissionais de saúde. Infelizmente essa meta foi a segunda mais notificada nos anos de pesquisa apresentada em 2019 obteve 1.224 em notificações sendo de maior incidente 369 de Quase erro – *Near miss* e em 2020 houve queda de aproximadamente 56,21% em notificações, sendo o maior índice em 214 incidentes de Quase erro – *Near miss*.

4.5 Medicamentos

Perante as declarações descritas nos eventos, deparamos com várias situações relacionadas ao uso de medicamentos como: "Recebido no setor material para medicação prometazina via endovenosa e foi solicitado via intramuscular" ou "Paciente em sala de emergência devido a quadro de esforço respiratório, foi prescrito por Dr. xxx Sulfato de Magnésio onde foi questionado a dosagem pela

técnica responsável em sala de emergência, após confirmação médica foi preparado medicação (70ml de sulfato de magnésio 10% + 100ml de SF 0,9%) para administrar em 30 minutos (bomba de infusão contínua). Ao perceber inapetência e sudorese do Paciente, Dr. xxx que havia recém assumido a sala de emergência pausou imediatamente infusão em 113ml. Prescrição correta: 7ml de Sulfato de Magnésio".

Através destes relatos, podemos perceber o quão perigoso é quando há uma quebra na segurança do paciente, não foi em vão que a OMS e a ANVISA estudaram as metas internacionais e perceberam que dentro de uma instituição de saúde deve haver barreiras para impedir óbitos de fácil controle dentro de um hospital. Portanto, o hospital infantil faz controle dos medicamentos psicotrópicos, os medicamentos de vigilância e como também a própria checagem da prescrição.

Os medicamentos devem ser preparados e manejados de forma cuidadosa a fim de evitar erros irreparáveis, além de que a falha no processo pode ser irreversível e levando o hospital há exposição. Diante disto, essa meta nos anos de pesquisa, infelizmente foi a meta mais notificada, apresentava em 2019 um total de 4.025 em notificações sendo de maior incidente 1.529 de Quase erro – *Near miss* e em 2020 houve queda de aproximadamente 85,87% em notificações, sendo o maior índice em 288 incidentes de Quase erro – *Near miss*.

4.6 Redução de Quedas e Lesões por Pressão

Em um hospital pediátrico o paciente fica com acompanhante 24 horas, evitando assim que o mesmo sofra uma queda ou evite uma lesão por pressão, entretanto, existem outras maneiras de adquiri-las como o uso de micropore e demais fitas para oclusão de curativos, sondas e cateteres. Durante as análises dos dados, foi observado que não teve quedas de pacientes, mas teve eventos por lesões como: "Acesso venoso periférico no membro inferior direito apresentou ao flush hiperemia local e endurecimento, criança com face de choro, comunico ao enfermeiro que avalia e após retiro o mesmo. Ao retirar fixação (tegaderm) observo importante lesão na pele em contato com o polifix, aplico cavilon creme" ou "Criança em uso de tubo orotraqueal, logo após a extubação observo que no local onde estava fixado o tubo tem lesão aberta (lábio superior). Comunico ao enfermeiro e aplico óleo restaurador conforme orientação do mesmo", todas as lesões que foram desenvolvidas durante o período de internação são tratadas e acompanhadas pela

comissão de curativos conforme descritos nos eventos.

As quedas e lesões por pressão podem ocasionar tristeza ao paciente, além de dores e desconforto durante sua estadia dentro de um hospital, todo cuidado é pouco durante a assistência, seja na mudança de decúbito ou o próprio micropore que está em contato com a pele do paciente. Diante disto, Em 2019 o hospital infantil teve de notificações 88 no qual o maior índice é evento com dano com 80 notificações e em 2020 teve um aumento de aproximadamente 61,36% em notificações, sendo 137 em evento com dano e todas as notificações estão relacionadas a lesões por pressão, o hospital infantil não apresentou nenhum evento relacionado a quedas de pacientes.

5 CONCLUSÃO

As metas internacionais de segurança do paciente é uma ferramenta que auxilia na assistência do paciente fazendo com que o processo de cuidado utilizado ao longo de sua passagem pela instituição de saúde aconteça de forma segura, evitando assim, que possíveis eventos adversos relacionados no processo assistencial sejam evitados. Nesse sentido, manter uma equipe bem preparada, estruturada e devidamente treinada é fundamental para que a prestação de um serviço aconteça de forma satisfatória atingindo a excelência na qualidade. Desse modo, a qualidade no serviço prestado reflete na educação de toda a equipe da organização hospitalar, fazendo com que os eventos adversos aconteçam cada vez menos.

Nos anos de pesquisa, tivemos um total de 16.846 notificações, dentre elas, 7.150 foram fundamentadas para análise e 9.696 não estavam em conformidade com a Segurança do Paciente. Nessa perspectiva, o desenvolvimento do presente estudo possibilitou a identificação do perfil dos eventos/incidentes notificados que integram a equipe como um todo dentro da organização. Através das análises, foi possível verificar que mesmo os que não se enquadravam para as metas internacionais de segurança do paciente, como a equipe de manutenção, observavam itens para mudança dentro do hospital. Portanto, a ferramenta disponibilizada no software do hospital é conhecida por todos os seus usuários, facilitando assim, a busca pela segurança do paciente.

Diante destas análises, foi constatada a predominância nas estratégias organizacionais, ou seja, muitos dos eventos notificados foram duplicados não pelo fato de falha de comunicação entre as equipes, mas sim, pelo interesse de que os processos tenham uma influência para mudança. Mas essa demanda de eventos notificados duplicados geram um grande volume para análise, gerando um impacto operacional, ou seja, o principal impacto positivo que foi institucionalizado pelo hospital foi a educação, que é capaz de fazer os funcionários gerarem essa funcionalidade para o bem do paciente atingindo mais de 95% de eficácia em seus atendimentos. No entanto, o impacto negativo gerado pela instituição é o fato de se repetir uma determinada notificação e a sua exclusão por duplicidade, não havendo risco ou malefício ao paciente, mas existe risco de acúmulo de notificações sem serem analisadas pelos seus setores de abrangência.

Diante das investigações realizadas é possível desenvolver de forma construtiva uma análise do software do hospital para suas equipes que acompanham os incidentes e eventos notificados, a fim de aprimorar a funcionalidade do software para evitar duplicidades para os mesmos pacientes e desenvolver melhorias para o encaminhamento das notificações que não estão relacionadas a segurança do paciente e sim para o hospital, pois ambas notificações devem ser levadas em consideração de forma ampla para sua gestão.

Mediante o exposto, a pesquisa tem a sua importância dentro organização hospitalar pois, a percepção de desenvolver as metas internacionais sugeridas pela OMS e pelas diretrizes da ANVISA, há de se observar o hospital como um queijo Suíço, pois quando os processos são analisados e relacionados às competências operacionais a falha do cuidado pode se aproximar do zero. Portanto, consideramos os resultados obtidos através deste projeto, um estudo que possui outros horizontes para análise, podendo assim, abranger novas oportunidades de futuras pesquisas para a Segurança do Paciente como o fluxo destas notificações estratificadas e a análise destas informações em âmbito governamental.

REFERÊNCIAS

ALVES, Kisna Yasmin Andrade et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo/SP, v. 31, n. 1, 14 fev 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100079&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2021.

ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 05 ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895. Acesso em: 3 jan. 2021.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de *et al.* Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Natal/RN, v. 26, n. 3, p. 455-468, 09 12 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000300455&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2020.

ARAÚJO, Jéssica Naiara de Medeiros *et al.* Validação clínica do comportamento de prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 71, n. 4, agosto 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000401841&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 jul. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 86 p. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_diagnosticos_infecoes_assistencia_saude.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: Resultados das notificações realizadas no Notivisa – Brasil, abril de 2020 a março de 2021. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil/view>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: Resultados das notificações realizadas no Notivisa – Brasil, setembro de 2019 a agosto de 2020. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil/view>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, BRASÍLIA, v. 20, novembro 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-20-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2018.pdf/@download/file/Boletim%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20e%20Qualidade%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20n%2020-%20Incidentes%20Relacionados%20%C3%A0%20Assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20-%202018.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avaliação dos Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM), Ano 2019. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, p. 6, 26 10 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília/DF, 2013. 168 p. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. 1. ed. Brasília/DF, 2016. 68 p. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. 1. ed. Brasília/DF, 2016. 68 p. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 05, de 25 de julho de 2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. **GVIMS/GGTES/ANVISA**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório Anual: Santa Catarina**. Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/>

relatorios-dos-estados. Acesso em: 2 nov. 2020.

BELELA-ANACLETO, Aline Santa Cruz; PETERLINII, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. **REBEn**, São Paulo/SP, 18 09 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0442.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

BEUREN, Ilse Maria. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**, f. 98. 2005. 195 p. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35790526/Cap_3_Como_Elaborar.pdf?1417419624=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCap_3_Como_Elaborar.pdf&Expires=1613246130&Signature=PePMo4VDeWp2WKn7Fd9ISIZ-0onbZxEPkbJGHGnML7vAsB-dBfpa31cuK5iDCZoUa3gVZcwp6p5qoKZc0XHsha6UWgpH3G5D3F913VXUkCR2d-HqIJBUGdJf5vzSm5dzAwZixH3ufUqHhPxXjq6Dv2lejRayjP~Ejc4~kCuE2tWQmUfJCe oZdGH3Z9-e3u6shuw-c1PKmprMyVJvucp5kQhSgEvmAvakxYGksaOoxAqUip-t8wjNlivSfNyagnQ2ZmO5HXuiWGslv0vxKdaekIDqKRKpBNi-ZQqbZXzDyBkG9qHHCKZtwRHAPn309narhlp~z-vShuQwegA01MGhGg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 13 fev. 2021.

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro et al. Fundamentos Filosóficos e Conceitos da Classificação de Resultados: Contribuições na Avaliação de Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife/PE, nov 2016. disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11181/12725>. Acesso em: 13 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Estabelecimentos por tipo – Santa Catarina. **DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**, agosto 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsc.def>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. ANVISA. Resolução n. 36, de 25 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF, 25 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 3 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1. ed. Brasília/DF, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF, 02 de abril de 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 6 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde. **Hospitais do Estado de Santa Catarina – por SDRs**. 2012. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/227-capacitacao-do-roteiro-de-padres-de-conformidade-em-unidade-hospitalar-e-legislacoes?download=1161:mapa-dos-hospitais-de-santa-catarina>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde. **Segurança do Paciente: comunicação efetiva. Governo do Distrito Federal**. Brasília/DF, 2018. 14 p. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CALIXTO, Laura. Estudo de caso sobre custos ambientais: Ênfase nos procedimentos metodológicos. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo/SP, v. 10, n. 2, p. 109, abril 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ram/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

CALLEGARI, Desiré Carlos. A complexa descoberta da simplicidade: A assepsia das mãos na prática médica. **Revista Ser Médico**, São Paulo/SP, v. 51, abril 2010.

CREMESC. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=480>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CAPUCHO, Helaine. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo/SP, v. 19, n. 5, p. 2, set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_27.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

CARVALHO, Rafael. **Como fazer um Plano de Ação, um mapa para conquistar seus objetivos**. Estudar na Prática. Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.napratica.org.br/plano-de-acao/>. Acesso em: 7 ago. 2021.

CORDEIRO, Valquiria de Brito; LIMA, Carlos Bezerra. Higienização das mãos como ferramenta de prevenção e controle de infecção hospitalar. **Temas em Saúde**, João Pessoa/PB, v. 16, n. 2, p. 425-444, ago. 2016. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16224.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

COSTA, Alexia. **O que é a Teoria do Queijo Suíço? Grupo IBES**. São Paulo/SP,

2017. Disponível em: <https://www.ibes.med.br/o-que-e-teoria-queijo-suico-por-alexia-costa/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

COSTA, Roberta *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 18, n. 4, Out 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400007&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 6 nov. 2020.

EJE. **Análise Multivariada. EJE Consultoria**. São Carlos/SP, 2019. Disponível em: <https://ejeconsultoria.com.br/2019/10/24/analise-multivariada-o-que-e-e-qual-a-sua-importancia/>. Acesso em: 13 fev. 2021.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de *et al.* Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 71, n. 1, fev. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100111&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 14 fev. 2021.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe., abr. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200419. Acesso em: 3 jan. 2021.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem**, Natal/RN, set 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0146.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

GOULART, Luiz Eduardo Takenouchi; BERNEGOZZI, Robson Peres. O Uso das Ferramentas da Qualidade na Melhoria de Processos Produtivos. **Icieom**, São Paulo, 15 dez. 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_ti_st_113_745_15151.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA. **Institucional. HJAF**. Joinville, 2021. Disponível em: <https://www.hjaf.org.br/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano de Qualidade e Segurança do Paciente**. 2. ed. Campo Grande/MS, 2017. 73 p. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/PLANO-Seg-Pac-2017.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **6 metas internacionais de segurança do paciente. IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente.** São Paulo/SP, 2017. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/6-metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **Administração segura de medicamentos depende dos 9 certos. IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente.** São Paulo/SP, 2016. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/administracao-segura-de-medicamentos-depender-dos-9-certos/>. Acesso em: 16 dez. 2020.

MACEDO, Renata Soares de; BOHOMOL, Elena. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe., 08 abr. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200412. Acesso em: 3 jan. 2021.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza *et al.* Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe., 10 jan. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200404&lang=pt. Acesso em: 30 dez. 2020.

MAIA, Christiane Santiago *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília/DF, v. 27, n. 2, mai. 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n2/2237-9622-ess-27-02-e2017320.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

MAURÍCIO, Íccaro Hiller *et al.* **CIRURGIA SEGURA: um instrumento de enfermagem voltado para a segurança do paciente cirúrgico.** Governador Valadares/MG, 2019. Trabalho de Disciplina (Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Doce. Disponível em: https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/12/ENFER.-2019_2-CIRURGIA-SEGURA-UM-INSTRUMENTO-DE-ENFERMAGEM...-%C3%8DCCARO.LORENA.-THASSYLA.-VIN%C3%8DCIUS.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

MELO, Fabiana Oderdenge; CAVEIÃO, Cristiano. **Erros de medicação em Hospitais e a Farmacovigilância na Segurança do Paciente (2002-2015). Vigilância Sanitária.** Santa Catarina, 2015. 16 p. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/joomlaorg/2013-08-13-20-53-09/category/280-artigos-sobre-seguranca-do-paciente?download=1390:erros-de-medicacao-em-hospitais-e-a-farmacovigilancia-na-seguranca-do-paciente-2002->

2015. Acesso em: 16 dez. 2020.

MENDONÇA, Paula Knoch *et al.* PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: AÇÕES PRESCRITAS POR ENFERMEIROS DE CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 4, 01 nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400310. Acesso em: 28 dez. 2020.

MILAGRES, LIDIANE MIRANDA. **Gestão de Riscos para Segurança do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos Eventos Adversos**. Juiz de Fora/MG, 2015. 99 p. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2021.

MIRANDA, Ednalva Oliveira *et al.* A Importância da Implementação das Metas Internacionais na Segurança do Paciente. **Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL**, Londrina/PR, nov. 2017. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_57_1544123814.pdf. Acesso em: 30 nov. 2020.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe., 29 abr. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200417. Acesso em: 16 dez. 2020.

MORSCH, Dr. José Aldair. **9 Novas tecnologias na área da saúde e suas implicações. Telemedicina Morsch**. Erechim/RS, 2019. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/inovacao-na-area-da-saude>. Acesso em: 8 nov. 2020.

NASCIMENTO, Francisco Paulo do; SOUSA, Flávio Luís Leite. **Metodologia da Pesquisa Científica: Teoria e Prática**. Brasília: THESAURUS, f. 192, 2016. 384p. Disponível em: <http://franciscopaulo.com.br/arquivos/Classifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

OLINO, Luciana *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe, 29 abr 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422&tlng=pt. Acesso em: 28 dez. 2020.

PEDRONI, Vitória Sandri *et al.* Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 41, n. spe, 08 mai 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200423&tlng=en. Acesso em: 30 nov. 2020.

PERTENCE, Poliana Prioste; MELLEIRO, Marta Maria. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 12 Mar 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/M6dJw9bCYGtHGC9WpbtTvqq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

PRATES, Cassiana Gil *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 40, n. spe, 10 jan 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200800&tlng=pt. Acesso em: 3 jan. 2021.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 32, n. 3, 12 abr 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000301002. Acesso em: 7 nov. 2020.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos *et al.* Percepções do Gerente de Enfermagem Sobre a Implementação da Estratégia de Segurança do Paciente. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 26, n. 2, 03 jul 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 dez. 2020.

RIBEIRO, Luciane *et al.* Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro/RJ, v. 46, n. 5, 14 nov 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912019000500157&script=sci_arttext. Acesso em: 13 mar. 2021.

RODRIGUEZ, Eliana Ofelia Llapa *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 38, n. 4, 21 mai 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400408. Acesso em: 16 dez. 2020.

ROMÃO, Ana Lúcia; NUNES, Susana. Quedas em internamento hospitalar – causas, consequências e custos: estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. **Portuguese Journal of Public Health**, Lisboa, v. 36, n. 1, out 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2504-31452018000100002. Acesso em: 28 dez. 2020.

SILVA, Ana Cláudia de Azevêdo Bião e; ROSA, Darci de Oliveira Santa. Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Salvador/BA, v. 21, n. esp., p. 10, Jun 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583>. Acesso em: 28 dez. 2020.

SILVA, Joseilda Alves da; PINTO, Flávia Cristina Morone. Avaliando o Impacto da Estratégia de Segurança do Paciente Implantada em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sob a Perspectiva da Dimensão da Atenção à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo/SP, v. 17, n. 66, mar 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10/19.%20Acesso%20em:%202003/01/2021>. Acesso em: 3 jan. 2021.

SILVA, Pedro Henrique Alves *et al.* Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro/RJ, v. 47, 12 jun 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100169&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 dez. 2020.

SILVA, Rafael Henrique; GATTI, Marcia Aparecida Nuevo. Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Vittalle –Revista de Ciências da Saúde**, Bauru/SP, v. 32, n. 2, 21 abr 2020. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/9697/7890>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários desta instituição. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 24, n. 2, 16 Jun 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en&tlng=en#fn01. Acesso em: 13 fev. 2021.

SILVA, Viviane Lima *et al.* Gestão da Qualidade: Conceitos e Perspectivas em Segurança nos Serviços de Saúde Pública. **Revista Científica**, Piauí, p. 1-23, jan. 2018. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/sst192_artigo_cientifico_.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

SIMAN, Andreia Guerra *et al.* Segurança na identificação do paciente: a realidade de uma unidade psiquiátrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais/MG, v. 9, 24 dez 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3520/2284>. Acesso em: 16 dez. 2020.

SIMAN, Andréia Guerra *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista**

Brasileira de Enfermagem, Brasília/DF, v. 72, n. 6, 21 out 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000601504&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 3 jan. 2021.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 09 out 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100445&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 3 jan. 2021.

SOUSA, João Vitor Teixeira de; FARIAS, Maria Sinara. A Gestão de Qualidade em Saúde em Relação à Segurança do Paciente: Revisão de Literatura. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Ceará, p. 95-105, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1379/704>. Acesso em: 23 out. 2021.

SOUSA, Paulo *et al.* Gestão do risco de quedas, úlceras por pressão e de incidentes relacionados com transfusão de sangue e hemoderivados. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 263-293. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-15.pdf>.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da Saúde e Prevenção da Lesão por Pressão: Expectativas do Enfermeiro da Atenção Primária. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 27, n. 2, 03 mai. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200301&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 dez. 2020.

TASE, Terezinha Hideco *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 34, n. 3, set 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025. Acesso em: 30 dez. 2020.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; FILHO, Edmundo Escrivão. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENEGEP, 26. 2006. **Anais [...]** Fortaleza/CE, 2006. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

TOTVS, Equipe. **Gestão da Qualidade: Conceito, pilares e principais vantagens**. 2021. Disponível em: <https://www.totvs.com/blog/gestao-industrial/gestao-da-qualidade/>. Acesso em: 23 out. 2021.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; DUARTE, Sabrina da Costa Machado; MARTINS, Mônica. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 36, n. 12, 18 dez 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001202001&lang=pt. Acesso em: 28 dez. 2020.

ANEXO A - Declaração de Exequibilidade de Projeto de Pesquisa



DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o projeto **“A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste Desanta Catarina”** de responsabilidade dos pesquisadores Camilla dos Santos Quadros e Pricila Samara Hille poderá ser executado no Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, não estando o mesmo associado a qualquer ônus ou prejuízo à instituição, pelo que recomendamos que seja o mesmo aprovado para execução nos seus termos.

Saliente-se que o(s) investigador(es) fica(m) informado(s) que:

- a) A apresentação de aprovação do projeto, através do Parecer Consubstanciado de Comitê de Ética em Pesquisa credenciado ao CONEP, se aplicável, é condição para o início do processo de pesquisa nesta Instituição;
- b) A execução da pesquisa deverá respeitar os limites definidos pelo projeto aprovado;
- c) Que qualquer alteração do processo de pesquisa, bem como a extensão do seu prazo de execução deverá ser formalmente comunicada;
- d) Nossa instituição poderá, a qualquer momento, solicitar informações complementares acerca do processo de pesquisa ou de sua execução.
- e) Que todo o processo de coleta de dados será realizado pelas pesquisadoras, limitando-se a Instituição, a facilitar o acesso da pesquisadora aos registros disponíveis em seu ambiente.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários pelo fone (47) 3145-1727

Joinville, 03/03/2021.

Ir. Ivete Negreli
Diretora Geral
CPF: 554.318.879-04

Ir. Ivete Negreli
Diretora Geral

Dra. Patrícia Z. Cagliari
CRM SC 12557
Coordenadora DEP
Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria

Departamento de Ensino e Pesquisa HJAF

Execução autorizada
 Execução não autorizada

Pesquisa de interesse da Instituição
 Pesquisa sem relevância para a Instituição

ANEXO B - Declaração de Instituição Coparticipante



DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Venho por meio desta autorizar Camilla dos Santos Quadros e Pricila Samara Hille a realizar a pesquisa intitulada: **“A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina”** nas dependências do Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria.

Declaramos conhecer e cumprir as normas resoluções éticas para pesquisa, em especial a Resolução nº466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

A pesquisa cumprirá todas as etapas de aprovação no Comitê de Ética, antes de seu início, conforme preconizado pela Resolução nº 466/12.

Os custos relacionados à pesquisa serão de responsabilidade da Instituição proponente.

JOINVILLE, 03 DE MARÇO DE 2021.

Ir. Ivete Negreli
Diretora Geral
CPF: 554.318.879-04

Ir. Ivete Negreli
Diretora Geral

Dra. Patricia Z. Cagliari
CRM SC 12557
Coordenadora DEP
Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria

Departamento de Ensino e Pesquisa HJAF

ANEXO C - Dispensa TCLE



DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Pesquisador Responsável: Camilla dos Santos Quadros
Endereço: Rua Visconde de Mauá, 1143
Complemento: Apto. 202
CEP: 89204-501
CIDADE: Joinville/SC
Fone: (47) 98813-2813
E-mail: camillaquadros1@gmail.com

Pesquisador Responsável: Pricila Samara Hille
Endereço: Rua Simão Kruger, 169
Complemento: Casa 2
CEP: 89212-330
CIDADE: Joinville/SC
Fone: (47) 99186-3008
E-mail: pricilashille@gmail.com

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado **“A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste Desanta Catarina”**, com a seguinte justificativa: Trata-se de uma pesquisa documental, portanto, o levantamento dos dados junto a instituição e relatórios do sistema Tasy será possível a junção das informações, quantificando os eventos dentro da instituição, embasadas nas metas internacionais de segurança do paciente. Declaro:

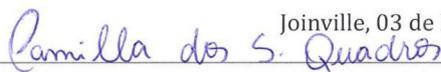
- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- d) Assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado;

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Camilla dos Santos Quadros


Pricila Samara Hille

Joinville, 03 de Março de 2021.



Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria
 Hospital Nossa Senhora das Graças - Unidade Joinville
 Rua Araranguá, 554 - América - Joinville/SC - 89204-310
 (47) 3145-1600 - hjaf@hjaf.org.br - www.hjaf.org.br



ANEXO D - Termo de Sigilo e Confidencialidade do Uso de Dados



Termo de Sigilo e Confidencialidade do Uso de Dados

Eu, Camilla dos Santos Quadros, do Instituto Federal de Santa Catarina, do curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina” , comprometo-me com a utilização dos dados contidos no (nome do banco de dados de acesso restrito), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos eventos notificados referentes as metas internacionais de segurança do paciente, no período de 02/05/2021 à 15/06/2021.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/HRHDS.

Joinville, 03 de Março de 2021.

Camilla dos S. Quadros

Assinatura do pesquisador responsável



Termo de Sigilo e Confidencialidade do Uso de Dados

Eu, Pricila Samara Hille, do Instituto Federal de Santa Catarina, do curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina” , comprometo-me com a utilização dos dados contidos no (nome do banco de dados de acesso restrito), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos eventos notificados referentes as metas internacionais de segurança do paciente, no período de 02/05/2021 à 15/06/2021.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/HRHDS.

Joinville, 03 de Março de 2021.

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO E - Termo de Responsabilidade



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Camilla dos Santos Quadros, CPF: 146.414.597-03, Estudante do IFSC, declaro estar ciente de que após finalizar a pesquisa intitulada “A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina”, deverei entregar no Departamento de Ensino e Pesquisa do HJAF – Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, o produto final da mesma.

Joinville, 03 de Março de 2021.

Camilla dos S. Quadros

Assinatura do pesquisador responsável



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Pricila Samara Hille, CPF: 064.289.949-50, Técnica de Enfermagem do HJAF, declaro estar ciente de que após finalizar a pesquisa intitulada “A Influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os Impactos Gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina”, deverei entregar no Departamento de Ensino e Pesquisa do HJAF – Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, o produto final da mesma.

Joinville, 03 de Março de 2021.

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO F - Parecer Consubstanciado do CEP



INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os impactos gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina

Pesquisador: MARCELO RODRIGO PEZZI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46356021.0.0000.5365

Instituição Proponente: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.724.637

Apresentação do Projeto:

A influência das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os impactos gerados em um Hospital Infantil do Nordeste de Santa Catarina

A Segurança do Paciente é um assunto que deve ser abordado em amplo aspecto para todos os profissionais de saúde de uma organização

hospitalar, pois o cuidado do paciente se faz presente desde o registro do paciente na recepção até a sua alta hospitalar. Todavia, os cuidados são

contados a partir de documentos administrativos, desse modo a organização tende a ganhar, sendo que sem eventos adversos ocasionados aos

pacientes institucionalizados, o período de internação desse paciente tende a ser menor, ou seja, desde a recepção desse paciente, sua

identificação, comunicação efetiva, segurança na dispensação ou administração de seus medicamentos, ou até uma cirurgia realizada de forma

correta e segura, pois o intuito da segurança do paciente é esse, onde o seu trajeto de internação tenha o mínimo de riscos e erros.

É importante conhecer os passos de uma instituição frente as metas internacionais voltadas à segurança do paciente, que através de dados e

rotinas adquiridas seja possível evitar prováveis eventos adversos que possam comprometer a saúde e bem-estar do paciente. Dessa forma,

Endereço: Rua Princesa Isabel 438, Sala no prédio da Fundação Cultural Deutsche Schüle, piso térreo, corredor ao lado

Bairro: Centro **CEP:** 89.201-270

UF: SC **Município:** JOINVILLE

Telefone: (47)3026-8049 **Fax:** (47)3026-8099 **E-mail:** cep@ielusc.br



INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



Continuação do Parecer: 4.724.637

conhecendo os cuidados e os planos de ação realizados, observaremos se há divergências no atendimento para uma boa qualidade no cuidado do paciente dentro da instituição hospitalar. É importante destacar, também, no que diz respeito à segurança do paciente, se há planos de ação de forma rápida para o ocorrido, evita-se graves complicações como o aumento do período da internação, gastos não esperados com medicamentos para o tratamento, entre outras. Portanto, esse projeto de pesquisa visa identificar e quantificar as metas internacionais relacionada à segurança do paciente e as ações das equipes de saúde de um hospital público e infantil do nordeste de Santa Catarina, possibilitando-se, desta maneira, elencar indicadores e permitir uma reflexão acerca da realidade para, posteriormente, a instituição avaliar seus processos e ampliar o conhecimento do cenário em que estão inseridos.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Acreditamos que em uma organização que é acreditada na ONA 3 possam seguir os protocolos instituídos pelas organizações governamentais, perante isso, Os eventos/incidentes ocorridos dentro da instituição possam ser notificados ao setor de qualidade da instituição, para que estes sejam analisados e resolvidos da melhor forma possível para o paciente.

Objetivo Primário:

Identificar e Quantificar os resultados obtidos dentro da instituição relacionados as metas internacionais como a Identificação do paciente, comunicação efetiva, medicamentos, cirurgia segura, higienização das mãos e redução de quedas e lesões por pressão.

Objetivo Secundário:

Identificar os eventos adversos notificados dentro da instituição.

Quantificar os eventos notificados relacionados ao cuidado do paciente.

Compreender quais as ações que a instituição tomou acerca dos eventos adversos ocorridos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dependendo o resultado obtido da pesquisa pode ter dois pesos para instituição. Primeiro, se

Endereço: Rua Princesa Isabel 438, Sala no prédio da Fundação Cultural Deutsche Schüle, piso térreo, corredor ao lado
Bairro: Centro CEP: 89.201-270
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3026-8049 Fax: (47)3026-8099 E-mail: cep@ielusc.br



INSTITUTO SUPERIOR E
CENTRO EDUCACIONAL
LUTERANO BOM



Continuação do Parecer: 4.724.637

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O COLEGIADO ACATA O PARECER DO RELATOR E APROVA O PROJETO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1710704.pdf	19/04/2021 18:42:07		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoNova.pdf	19/04/2021 18:41:10	MARCELO RODRIGO PEZZI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DocumentoIntegral.pdf	08/04/2021 19:54:12	MARCELO RODRIGO PEZZI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa.pdf	08/04/2021 19:53:59	MARCELO RODRIGO PEZZI	Aceito
Outros	Declaracao_exequibilidade_projeto_pesquisa.pdf	08/04/2021 16:41:06	MARCELO RODRIGO PEZZI	Aceito
Outros	Declaracao_instituicao_co_participante.pdf	08/04/2021 16:40:10	MARCELO RODRIGO PEZZI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOINVILLE, 20 de Maio de 2021

Assinado por:
Solange Abrocesi
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Princesa Isabel 438, Sala no prédio da Fundação Cultural Deutsche Schüle, piso térreo, corredor ao lado
Bairro: Centro **CEP:** 89.201-270
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3026-8049 **Fax:** (47)3026-8099 **E-mail:** cep@ielusc.br