



Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**

# SEGURANÇA

# DO PACIENTE



## NOTIVISA

Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

**Módulo Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**

FLORIANÓPOLIS/SC  
Setembro de 2016





# Programa Nacional de Segurança do Paciente

Monitoramento dos incidentes  
relacionados à assistência à  
saúde e práticas seguras



"REGULAÇÃO PODE SER ENTENDIDA COMO QUALQUER MEDIDA OU INTERVENÇÃO GOVERNAMENTAL QUE TENHA COMO OBJETIVO MODIFICAR O COMPORTAMENTO DE INDIVÍDUOS OU GRUPO."

Principles of Good Regulation - Better  
Regulation Task Force, Cabinet Office, UK. 2003



## O que é Segurança do Paciente?

"[...] redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde"

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013;26 jul.



## Cultura de Segurança

"conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde."

RDC 36/2013



# RDC 63/2011

---

## Seção II Da Segurança do Paciente

Art. 8º O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

I. Mecanismos de identificação do paciente;

4

---

II. Orientações para a higienização das mãos;

III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;

IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;

V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;

VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;

VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;

VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.



16/11/2011 - 09h45

## Erro de técnica em enfermagem pode ter matado idosa no Ceará



Tweet 0 Recomendar Seja o primeiro a recomendar isso. Comente

Fortaleza - A Polícia do Ceará abriu inquérito para apurar se a aposentada Maria Carmelita Laurentino, de 75 anos, morreu depois de receber glicéris em vez de soro. O caso ocorreu no dia 20, no Hospital Brasil de Missão Velha, cidade do Ceará cearense. A idosa morreu em enfermagem suspeita de ter cometido o erro e foi afastada, segundo informou o prefeito da Washington Fectine. O nome dela não foi divulgado.

A troca foi percebida quando a aposentada, que tinha problemas respiratórios, procurou ajuda no hospital da cidade vizinha, o São Vicente, em Barbalha. O médico foi quem notou algo de errado. Viana prescreveu a medicação correta algumas horas após ter dado entrada no hospital.

Viana acredita que alguém no hospital de Missão Velha possa ter trocado as doses de glicéris, que é usada (aplicada de forma retal) para realizar exames, por uma aplicação de glicéris na veia. A glicéris pode provocar embolia.

Depois de detectar o erro, a direção do hospital São Vicente registrou uma delegacia de Barbalha. De acordo com o delegado responsável pelo caso, testemunhas ouvidas disseram ter visto a técnica de enfermagem errada, mas não se lembram de seu nome.

Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo. A auxiliar Maria Neuza Nery Leão, 56, prestou depoimento nesta quarta-feira (16) no 51º DP (Dutantã), na zona oeste da cidade.



### Punição

Depois de uma investigação de dois meses, a polícia indiciou a auxiliar de enfermagem Maria Neuza Nery Leão, 56, por homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A auxiliar foi acusada de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.



Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.

Depois de uma investigação de dois meses, a polícia indiciou a auxiliar de enfermagem Maria Neuza Nery Leão, 56, por homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo.

16/11/2011 - 09h43

## Após fraturar perna, idosa recebe raio-x errado e morre depois de cirurgia tardia

Olinda Lima

Do UOL Notícias, em São José do Rio Preto (SP)

Tweet 0 Recomendar 11 pessoas recomendaram isso. Seja o primeiro a recomendar isso. Comente

Uma idosa morreu na cidade de São José do Rio Preto (440 km de São Paulo) depois de um erro médico. Aurea Conceição Pacini, 73, que morava em um asilo, sofreu uma queda no último dia 9 e fraturou a perna esquerda. Ela recebeu atendimento médico no próprio asilo e, após três dias, foi levada ao Hospital Itear (Instituto Espírita Nassim Itear), onde lhe foi feito um raio-x na perna errada. A fratura não foi constatada e Pacini foi então liberada.



16/11/2011

## Polícia indicia auxiliar de enfermagem suspeita de injetar leite na veia de bebê

Débora Melo

Do UOL Notícias, em São Paulo

Tweet 0 Recomendar 4 pessoas recomendaram isso. Comentários 0 Seja o primeiro a comentar

A polícia indiciou por homicídio culposo (sem intenção) a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado acidentalmente leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo. A auxiliar Maria Neuza Nery Leão, 56, prestou depoimento nesta quarta-feira (16) no 51º DP (Dutantã), na zona oeste da cidade.

## REPORTAGEM ESPECIAL bactéria em hospitais

Como prevenir a disseminação de bactérias em hospitais



Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.

### Médicos apóiam fiscalização

Os médicos defendem a fiscalização rigorosa das práticas de higiene em hospitais para evitar a disseminação de bactérias. Eles afirmam que a falta de protocolos adequados é um dos principais fatores de risco para infecções hospitalares.

Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.

### es temem a lipoaspiração



Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.

### Antes e Depois

Antes e Depois: Comparação de resultados antes e depois de um procedimento médico. A imagem mostra a paciente antes e depois da cirurgia, demonstrando a eficácia do tratamento.

### Sesa orienta sobre sinais de infecção

Sesa orienta sobre sinais de infecção: febre, vermelhidão, inchaço e dor no local da cirurgia são sinais de alerta. É importante monitorar esses sintomas e procurar atendimento médico imediatamente se eles aparecerem.

### URGÊNCIA PLÁSTICA DO ESTADO

URGÊNCIA PLÁSTICA DO ESTADO: Serviço de emergência para atendimento de casos de urgência em cirurgia plástica. O serviço funciona 24 horas por dia e oferece atendimento especializado para pacientes com lesões traumáticas, queimaduras e outras condições que exigem intervenção cirúrgica imediata.

Investigação sobre o homicídio culposo de uma criança em um hospital de São Paulo. A polícia indiciou a auxiliar de enfermagem suspeita de ter injetado leite materno na veia de um recém-nascido em um hospital público de São Paulo.



**Adolescente de 12 anos morreu após ter vaselina injetada no lugar de soro**



**Cinco pacientes morreram infectados por bactéria**



**Médicos operam pé errado e paciente se revolta: 'Fui tratado como lixo'**

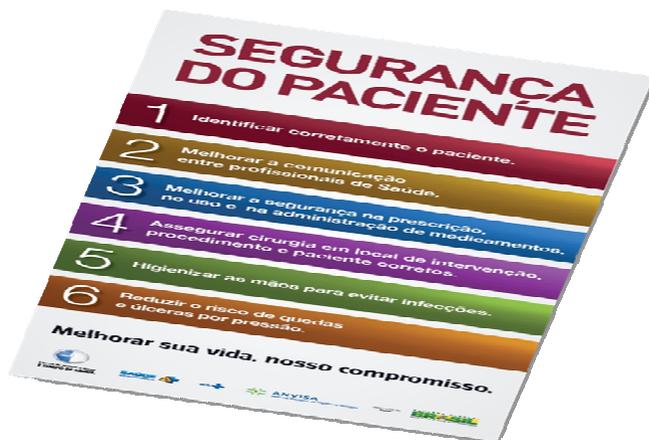


**Auxiliar de enfermagem corta parte do dedo de criança em São Paulo**





O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) mediante a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro



## Programa Nacional de Segurança do Paciente

### OBJETIVO GERAL:

Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implantar a gestão de risco e os Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos; e
- Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.



A ANVISA publicou a RDC nº 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP).



Art.7º Compete ao NSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;



- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;



- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.



## CAPÍTULO III

### DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.



Ainda em 2013, o MS publicou seis protocolos básicos de segurança do paciente: a prática de higiene das mãos; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a identificação dos pacientes; a prevenção de quedas e úlceras por pressão e a cirurgia segura. Estes deverão ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde e devem compor os PSP que devem ser elaborados pelos NSP.

Esses protocolos podem ser encontrados no endereço eletrônico:  
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>



## Protocolos Básicos de SEGURANÇA DO PACIENTE

Identificação  
do Paciente

Cirurgia Segura

Prevenção de Úlcera  
por Pressão

Prática de Higiene das Mãos  
em Serviços de Saúde

Segurança na Prescrição, Uso  
e Administração de Medicamentos

Prevenção de Quedas

### Portaria MS nº. 1377 de 9 de julho de 2013

- Cirurgia segura
- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde
- Prevenção de úlceras por pressão

### Portaria MS nº. 2095 de 24 de setembro de 2013

- Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados
- Identificação do paciente
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos



## Gestão de Riscos Assistenciais

A Gestão de Risco Sanitário pode ser entendida como aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Um dos princípios da Gestão de Risco é que o processo de gerenciar riscos deve ser parte integrante de todos os processos organizacionais.

(Anvisa, 2015)



Para interligar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e as informações geradas pelos NSP, no que se refere à ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência em saúde (não infecciosos), o País adota o Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária, conhecido como NOTIVISA.





**Cabe ressaltar que a notificação é apenas o início do processo de vigilância e monitoramento dos eventos adversos !!!**

Um Sistema de Gerenciamento de Risco deve ser capaz de identificar, investigar, analisar e corrigir inadequações a fim de minimizar ou eliminar riscos a pessoas, ao ambiente e patrimônio da instituição.



## Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

*Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de  
Práticas de Segurança do Paciente*

Brasília

2015

### 3. Objetivos

#### 3.1. Objetivo Geral

Integrar as ações do SNVS para a gestão da segurança do paciente em serviços de saúde do país visando à identificação e redução de riscos relacionados à assistência à saúde.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Estimular a implementação da legislação vigente quanto à estrutura organizacional e ações para a segurança do paciente sob a liderança de NSPs.
- Implementar processos de trabalho integrados para o monitoramento e investigação de EA em serviços de saúde.
- Implementar processos de trabalho integrados para a avaliação contínua da adesão a práticas de segurança do paciente em serviços de saúde



## Monitoramento:

- notificações de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);
- notificações de agregados de casos ou surtos ;
- das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde;
  
- investigação de óbitos e *never events*;
- de rumores de eventos adversos;
- da implantação de Práticas de Segurança.



**NOTIVISA**  
Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

**Acesso ao Sistema**

apresentação | manual | cadastro | esquemas XML | alertas | legislação | relatórios | links de interesse | fale conosco

**Influenza A (H1N1)**  
notificação de antivírus

Alerta 1324: Alerta de segurança sobre o SISTEMA DE RESUSCITAÇÃO AUTOPULSE BDD 16L da Zel

Alerta 1323: Alerta de segurança sobre ACELERADOR LINEAR ELEKTA, da Elekta

Alerta 1322: Alerta de segurança para uso de máquina HOMERHOICE PARA DÁLISE PERITONEAL, da Reda;

Alerta 1321: Possibilidade de falha do fio do sistema de liberação de dispositivo RECEPTOR ANACOMDA, da Terumo

Alerta 1320: Alerta sobre o Produto ADVA 1200 Chemistry System – Registro nº 10345163458, ADVA 1650 Chemistry System - Registro nº 10345166453, ADVA 1660 CHEMISTRY SYSTEM - Registro nº 10345166638, ADVA 2400 Chemistry System - Registro nº 10345166471

Alerta 1319: Alerta sobre o Produto Agulha Descartável EMBRAMAC – Registro 10201238119

Alerta 1318: Alerta sobre o Produto Agulha Descartável EMBRAMAC – Registro 10201238668;

Alerta 1317: Alerta sobre o Produto Dissolutor PKC Lyrica (Classe de Risco II - Médio Risco), registrado pela empresa Des Lab

Alerta 1316: Alerta sobre o ACELERADOR LINEAR ELEKTA, da Elekta Ltd

Alerta 1315: Risco associado à remoção do produto CÂMULA VERMOSA QUICKORAW, da Kevonorte

Alerta 1314: Alerta de segurança relacionado ao CALIBRADOR BIUNIDIMENSIONAL VITROS PARA CA 125 R, da empresa Johnson & Johnson de Brasil Ind. e Com. de Prod. para Saúde Ltda

Alerta 1313: Orientação de uso relacionada aos produtos RAPIDlab 1200 SYSTEM, RAPIDPoint 400 Series e RAPIDPoint 500 SYSTEM, da empresa Siemens Healthcare Diagnostic Ltda

Alerta 1311: Alerta de Recolhimento do produto EMUL-X-GLIDE, da Edwards Edwards Lifesciences

Alerta 1310: Alerta de complementação de Instruções de Uso, da empresa Siemens Healthcare Diagnostica Inc.

Alerta 1309: Alteração nas Instruções de Uso do produto Osmopredator circular - Registro Nº 8006130017, da empresa PLESLAB COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS E HOSPITALARES LTDA.

Alerta 1308: Recolhimento do produto Substituto (Agua sintética injetável) Leclor - Registro Nº 86240586614, da empresa ORTECH MEDICAL COMERCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA

Alerta 1307: Correção de segurança em campo de produto Sistema de Imagem RightView SCT, da empresa Philips Medical Systems Ltda

Alerta 1306: Recolhimento do produto Seringa Hipodérmica Descartável 60ml, da empresa Labor Import

Alerta 1305: Alerta de segurança sobre SOFTWARES DE VISUALIZAÇÃO E DEBENHAMENTO DE IMAGENS SEM REGISTRO NA ANVISA

Alerta 1304: Alerta sobre Recolhimento do produto SISTEMA DE FILTRO PARA VÍDEO CAVA OPTIFAST, da empresa



Ministério da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
www.anvisa.gov.br

Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária NOTIVISA

Institucional Anvisa Divulga Serviços Áreas de Atuação Legislação Espaço Cidadão Profissional de Saúde Setor Regulado

**Informe seus dados para acesso**

e-Mail:

Senha:

[Esqueci minha senha](#)

**Problemas no acesso ao sistema devem ser enviados para [cadastro.sistemas@anvisa.gov.br](mailto:cadastro.sistemas@anvisa.gov.br)**



## Notivisa - Sistema

### Formulário para notificação de queixa técnica ou evento adverso

Identificação

**1 - Identificação do Notificador**

1.1. Nome completo:

1.2. e-Mail:  1.3. Telefone:  1.4. Celular:

1.5. Categoria do notificador:

**2 - Produto Motivo da Notificação**

2.1.  Medicamento

2.2.  Vacina e Imunoglobulina

2.3.  Pesquisa Clínica

2.4.  Artigo Médico-Hospitalar (Implante Ortopédico, DIU, Válvula Cardíaca, Seringa, Catéter, Equipo, etc.)

2.5.  Equipamento Médico-Hospitalar (Marca-passos, Ventilador Pulmonar, Bomba de Infusão, etc.)

2.6.  Kit Reagente para Diagnóstico *in vitro*

2.7.  Cosmético, Produto de Higiene Pessoal ou Perfume

2.8.  Uso de Sangue ou Componente

2.9.  Saneantes

2.10.  Agrotóxico

- Notificar
- Assistência à Saúde**
- Notificações Pendentes
- Acompanhar Notificação
- Gerenciar Notificações
- Exportações Específicas
- Importar Notificação
- Sair
- [Manual](#)
- [Versão](#)
- [Dicionário de exportação](#)
- [Alterar senha de acesso](#)



## Importante!

A notificação de eventos adversos envolvendo medicamentos, produtos para saúde, sangue e hemoderivados continuará sendo realizada em formulários próprios, que poderão ser acessados ao selecionar o botão “NOTIFICAR” dessa mesma página.



O módulo de notificação pelo NSP do sistema NOTIVISA 2.0 (ASSISTÊNCIA À SAÚDE) está dividido de 1 a 10, seguindo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS. Estas classes de conceitos conseguem trazer à tona as características do incidente, e mais ainda, permitem sua análise e fundamentação para implementação de melhorias no sentido de diminuir os riscos de novos incidentes.

Classes de Conceitos:

- 1 Tipo de Incidente
- 2 Desfechos do Paciente
- 3 Características do Paciente
- 4 Características do Incidente
  
- 5 Fatores Contribuintes/Riscos
- 6 Desfechos na Instituição
- 7 Detecção
- 8 Fatores de Mitigação
- 9 Ações de Melhoria
- 10 Ações Tomadas para Diminuição

**MELHORIA DE PROCESSO/  
GESTÃO DO RISCO**



As 10 etapas da notificação são passos obrigatórios para eventos envolvendo óbitos e never events/eventos graves.

Para os demais eventos, apenas os quatro primeiros passos são de preenchimento obrigatório.



Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada em um paciente
Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível
Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
Óbito ou lesão grave materna associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associados ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
Úlcera por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Úlcera por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

Never  
Events/  
Graves  
Eventos



Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**

# 1. TIPO DE INCIDENTE/EVENTO ADVERSO



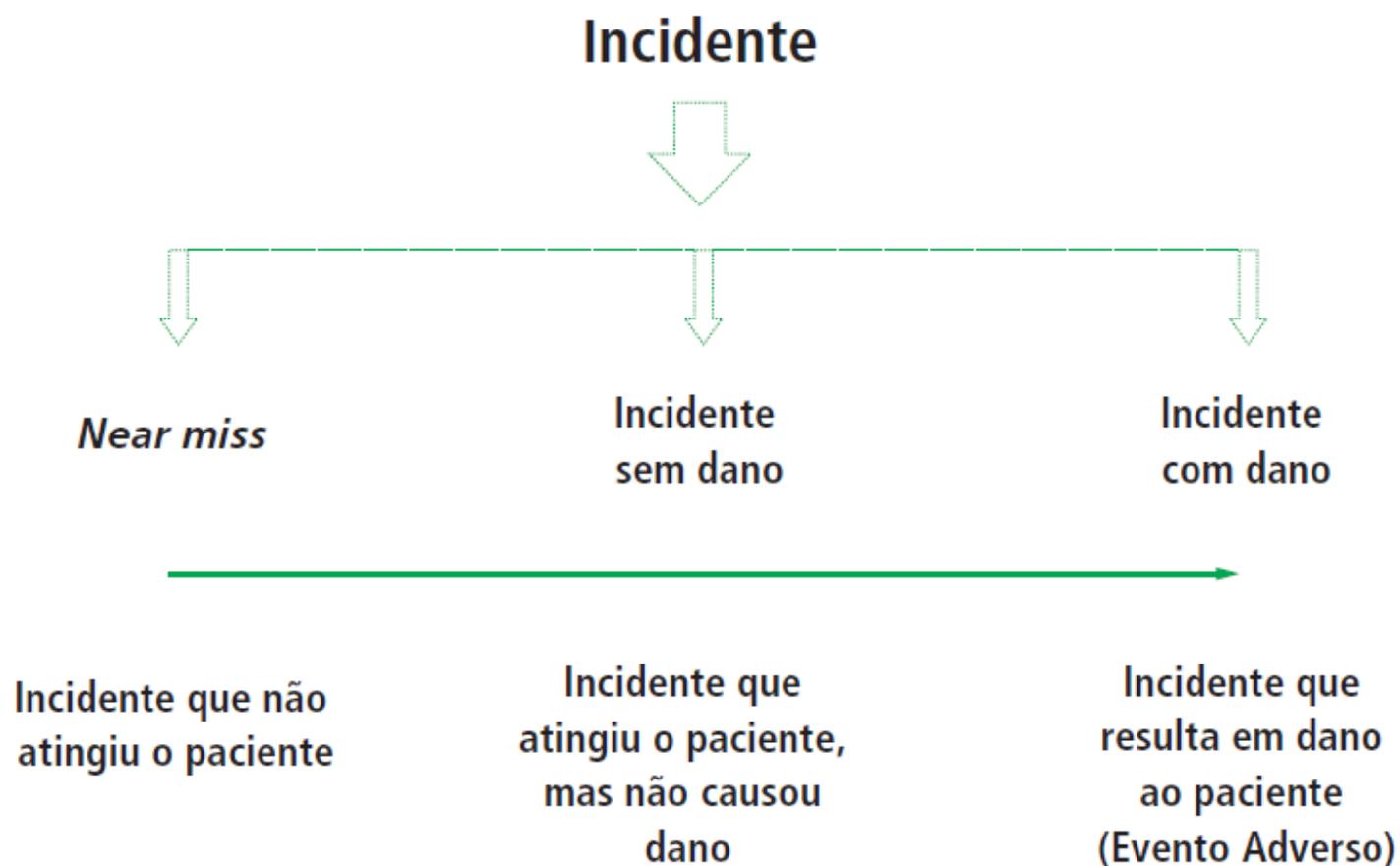
VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA



SUS



Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária





Ao acessar o formulário de notificação de incidente/eventos adversos relacionados à assistência à saúde, note que há **10 etapas** a serem preenchidas, porém somente as 4 primeiras são de preenchimento obrigatório para todas as notificações.

Início **Sair**

Etapas da Notificação

Salvar Imprimir Enviar ? Ajuda Geral

**Formulário de Notificação de Incidente / Eventos Adversos relacionados à Assistência à Saúde**

Os campos marcados com (\*) são de preenchimento obrigatório.  
(\*\*\*) É obrigatório o preenchimento de pelo menos um desses campos.

**Classificação do tipo de incidente / evento adverso \***

Por favor, indique qual incidente / evento adverso ocorreu:

Selecione

- Acidentes do paciente
- Falhas nas atividades administrativas
- Falhas durante a assistência à saúde
- Falhas durante procedimento cirúrgico
- Falhas na administração de dietas
- Falha na identificação do paciente
- Falha na documentação
- Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia
- Falhas na administração de O2 ou gases medicinais

Notificações





## Quais incidentes / eventos adversos podem ser notificados no formulário de EA relacionados à assistência à saúde (NSP)?

Acidentes do paciente

Falhas nas atividades administrativas

Falhas durante a assistência à saúde

Falhas durante procedimento cirúrgico

Falhas na administração de dietas

Falha na identificação do paciente

Falha na documentação

Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia

Falhas na administração de O2 ou gases medicinais

Falhas no cuidado / proteção do paciente

Falhas na assistência radiológica

Queda do paciente

Queimaduras

Úlcera por pressão

Falha no procedimento de transplante ou enxerto

Outro



## 2. Desfecho/Consequência para o Paciente (Grau do Dano)



**ANVISA**  
Portal de Serviços

Você acessou como: **gestortestenucleo@anvisa.gov.br** Empresa: **Teste Núcleo** Área: **Serviços de Saúde**

**Início**   **Notificar**   **Acompanhar/Gerenciar**   **Sair**

**Etapas da Notificação**   Salvar   Imprimir   Enviar   ? Ajuda Geral

Tipo de Incidente / Evento Adverso

Consequências para o Paciente

Características do Paciente

Características do Incidente / Evento Adverso

Fatores Contribuintes

Consequências Organizacionais

Deteção

Fatores Atervantes do Dano

Ações de Melhoria

Ações para Reduzir o Risco

**Selecione o grau do dano \***

**Grau do dano**

Nenhum

Leve

Moderado

Grave

Óbito

**Características do paciente \***

**Sexo**

Feminino

Masculino

**Idade**



O serviço de saúde terá que notificar casos de óbitos e never events/eventos graves relacionados aos EA em até 72h após a ocorrência do evento e deverão preencher todas as 10 etapas do formulário (investigação/análise da causa raiz) no prazo de 60 dias corridos, a partir da data da notificação.

Os demais incidentes e eventos adversos podem ser registrados no NOTIVISA 2.0 a qualquer momento, desde que não ultrapassem o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância.



### 3. Características do Paciente (Idade, Sexo, Data da Internação, Raça/Cor, Tipo de Internação)



**ANVISA**  
Portal de Serviços

Você acessou como: **gestortestenucleo@anvisa.gov.br** Empresa: **Teste Núcleo** Área: **Serviços de Saúde**

**Início** **Notificar** **Acompanhar/Gerenciar** **Sair**

**Etapas da Notificação** Salvar Imprimir Enviar ? Ajuda Geral

**Características do paciente \***

Tipo de Incidente / Evento Adverso  
Consequências para o Paciente  
**Características do Paciente**  
Características do Incidente / Evento Adverso  
Origem do Incidente / evento adverso  
Fase da Assistência  
Data do Incidente / Evento adverso  
Fatores Contribuintes  
Consequências Organizacionais  
Detecção  
Fatores Atenuantes do Dano  
Ações de Melhoria  
Ações para Reduzir o Risco

**Sexo**

Feminino  
 Masculino

**Idade**  
Informe a idade do paciente no momento que ocorreu o evento adverso dentro do serviço de saúde:  
Selecione

**Raça/cor**  
Selecione

**Data da Internação/Atendimento**  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Tipo de procedimento**  
Selecione



## 4. Característica do Incidente/Evento Adverso (Tipo de Procedimento, Local, Data, Fase da Assistência)



**Início**   **Notificar**   **Acompanhar/Gerenciar**   **Sair**

Etapas da Notificação Salvar Imprimir Enviar Ajuda Ger

**Origem do incidente / evento adverso \***

Tipo de Incidente / Evento Adverso ✓ ↗ ?

Consequências para o Paciente

Características do Paciente

Características do Incidente / Evento Adverso

Em que serviço de saúde ocorreu o incidente / evento adverso?

Selecione

**Fase da Assistência \***

Origem do incidente / evento adverso ✓ ↗

Fase da Assistência

Data do incidente / Evento adverso

Em que fase da assistência ocorreu o incidente / evento adverso?

Selecione

**Data do incidente / evento adverso \***

Fatores Contribuintes ✓ ↗

Consequências Organizacionais

Deteção

Fatores Atenuantes do Dano

Ações de Melhoria

Ações para Reduzir o Risco

Em que data ocorreu o incidente / evento adverso? \*

Em que período ocorreu o incidente / evento adverso? \*

Selecione



## **Importante!**

Os serviços de saúde que notificarem óbitos, possivelmente relacionados a eventos adversos, deverão preencher todas as **10 fases do formulário** (investigação / análise da causa raiz) **no prazo de 60 dias, a partir da notificação**. O Sistema Notivisa emitirá alertas para informar sobre o prazo para preenchimento das informações.



## RELATÓRIO DESCRITIVO DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTO ADVERSO GRAVE (*never events*) E ÓBITO

### 11. Algumas considerações importantes para os serviços de saúde e profissionais do SNVS

- O SNVS não pode realizar notificações de EA relacionados à assistência à saúde. Apenas os NSP das instituições de saúde têm acesso ao formulário desse tipo de notificação.
- Todos os serviços de saúde que notificarem óbitos ou eventos graves (*never events*), além de preencherem todas as 10 etapas previstas no sistema Notivisa devem ainda preencher o formulário eletrônico Formsus/Datasus/MS: RELATÓRIO DESCRITIVO DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTO ADVERSO GRAVE E ÓBITO, disponível em:

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=18939](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=18939)

Esse Relatório deve ser preenchido atentamente pelo NSP do serviço e após o seu preenchimento basta clicar no botão GRAVAR para que as informações sejam acessadas simultaneamente pelas coordenações de Visa do DF, estados, municípios e pela Anvisa, de forma hierarquizada.



## 5. FATORES CONTRIBUINTE/RISCOS

Segundo a Classificação Internacional Segurança do Paciente:

*"Os Fatores/Perigos Contribuintes são as circunstâncias, ações ou influências que se pensa terem contribuído para a origem, o desenvolvimento ou o aumento do risco de um incidente. São exemplos: os fatores humanos como o comportamento, o desempenho ou a comunicação; fatores do sistema como o ambiente de trabalho, e fatores externos para além do controle da organização, como o ambiente natural ou a legislação. Um único incidente de segurança do doente envolve normalmente mais do que um fator e/ou perigo contribuinte"*  
(OMS, 2011)



Tipos de Fatores	Fatores contribuintes	Exemplos de problemas que contribuem para os erros
Institucional	Econômico e regulatório Gestão de serviço local	Políticas inconsistentes Problemas financeiros
Organização e gestão	Estrutura organizacional Políticas de metas e padronizações Cultura de segurança e prioridades	Falta de sensibilização para as questões de segurança por parte da alta direção
Ambiente de trabalho	Quantidade de funcionários e capacitação Disponibilidade de manutenção de equipamentos Suporte administrativo e gerencial	Alta carga de trabalho Dificuldade de obtenção de equipamento essencial Redução de tempo dedicado ao paciente
Equipe	Comunicação verbal e escrita Estrutura da equipe (consistência e liderança) Supervisão e coordenação	Má comunicação entre os profissionais Falta de supervisão
Individuais	Conhecimentos e habilidades Motivação e atitude Saúde física e mental	Falta de conhecimento ou experiência Fadiga e estresse
Atividade	Desenho do serviço e clareza da estrutura Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos exames diagnósticos	Indisponibilidade de resultados de exames ou demora em sua obtenção Falta de protocolos e diretrizes claras
Paciente	Condição clínica Linguagem e comunicação Personalidade e fatores sociais	Paciente estressado Barreiras de linguagem Problemas de comunicação



**Início**      **Notificar**      **Acompanhar/Gerenciar**      **Sair**

**Etapas da Notificação** Salvar    Imprimir    Enviar    ? Ajuda

- Tipo de Incidente / Evento Adverso
- Consequências para o Paciente
- Características do Paciente
- Características do Incidente / Evento Adverso
  - Origem do incidente / evento adverso
  - Fase da Assistência
  - Data do incidente / Evento adverso
- Fatores Contribuintes**
- Consequências Organizacionais
- Deteção
- Fatores Atenuantes do Dano
- Ações de Melhoria
- Ações para Reduzir o Risco

### Fatores Contribuintes

#### Fatores Profissionais

- Descuido / distração / omissão
- Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento
- Problema/ evento adverso na execução do trabalho
- Descumprimento de normas
- Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde
- Comportamento arriscado / imprudente
- Problemas com uso e abuso de substâncias
- Sabotagem / ato criminoso
- Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
- Problema/ evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbal)
- Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)
- Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)

#### Fatores Cognitivos

- Percepção / compreensão



## ANÁLISE DA CAUSA RAIZ (ACR)

Investigação realizada pelo próprio serviço de saúde. Fundamental a busca das causas que podem ter contribuído para a ocorrência do evento (Análise de Causa Raiz) e posterior implementação de barreiras para evitar a recorrência de eventos semelhantes dentro do serviço de saúde.

Definição de método de investigação.



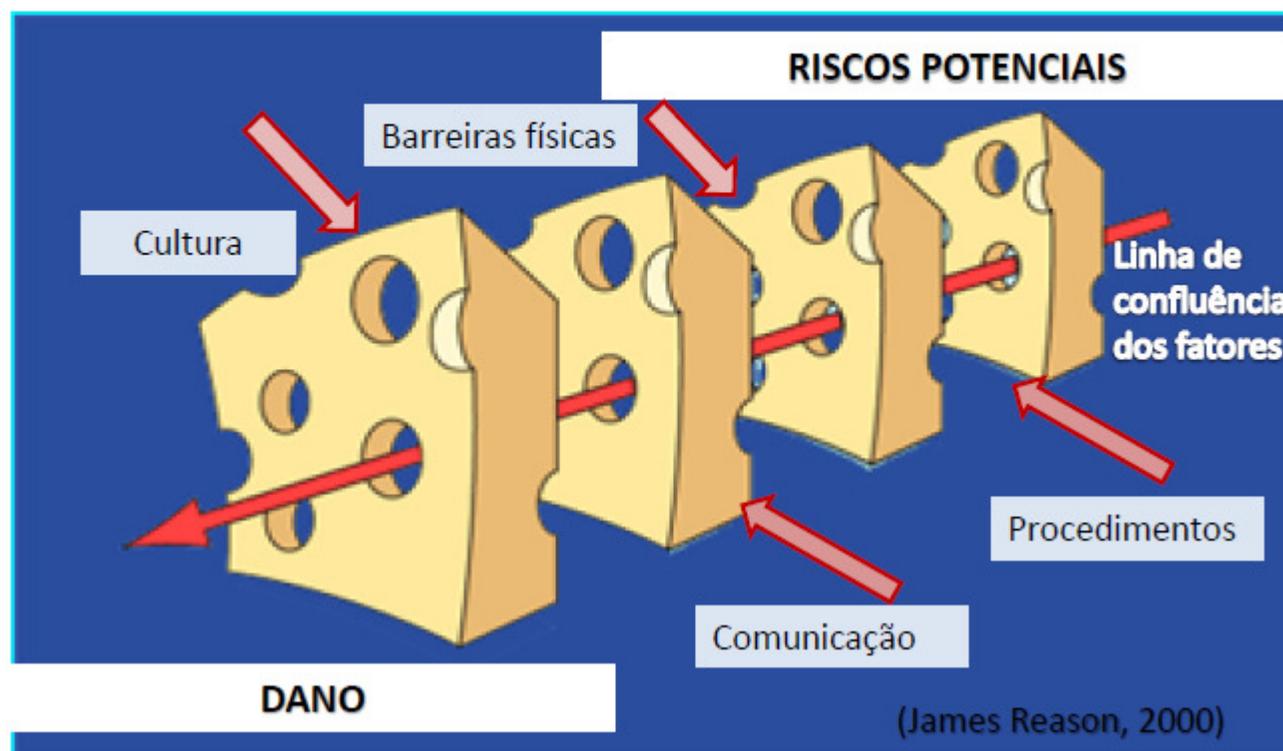
O incidente nunca é unifatorial: "Consequência e não causa."

É sistêmico e, portanto, não é uma questão de se procurar um culpado mas de encontrar a falha do processo. "Sabedoria da linha de frente: O que vai acontecer, pq aconteceu e o que fazer para não acontecer"

Os perigos estão latentes no sistema, basta que haja uma falha em barreiras para que ele se transforme em um evento.



## Quando o dano acontece





# Protocolo de Londres

- ▶ Elaborado por Vicent & Taylor Adams em 1999.
- ▶ O protocolo é um conjunto de ferramentas para investigação de incidentes clínicos.
- ▶ A finalidade do protocolo é garantir uma investigação exaustiva da análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de “falhas e culpas”.



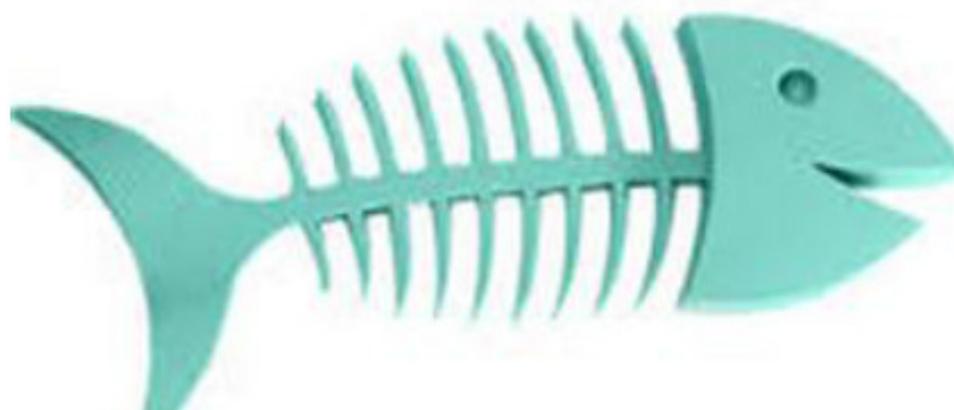
# Protocolo de Londres

- ▶ Um processo estruturado de reflexão é geralmente mais bem sucedidos do que um brainstorming informal ou nas avaliações de suspeita rápida de "especialistas".
- ▶ Embora às vezes seja fácil identificar uma determinada ação ou omissão como a causa imediata de um incidente, uma análise mais aprofundada revela geralmente uma série de acontecimentos que levaram ao resultado adverso.
- ▶ A identificação de uma evidência segura a partir de boas práticas geralmente é apenas o primeiro passo de um investigação.



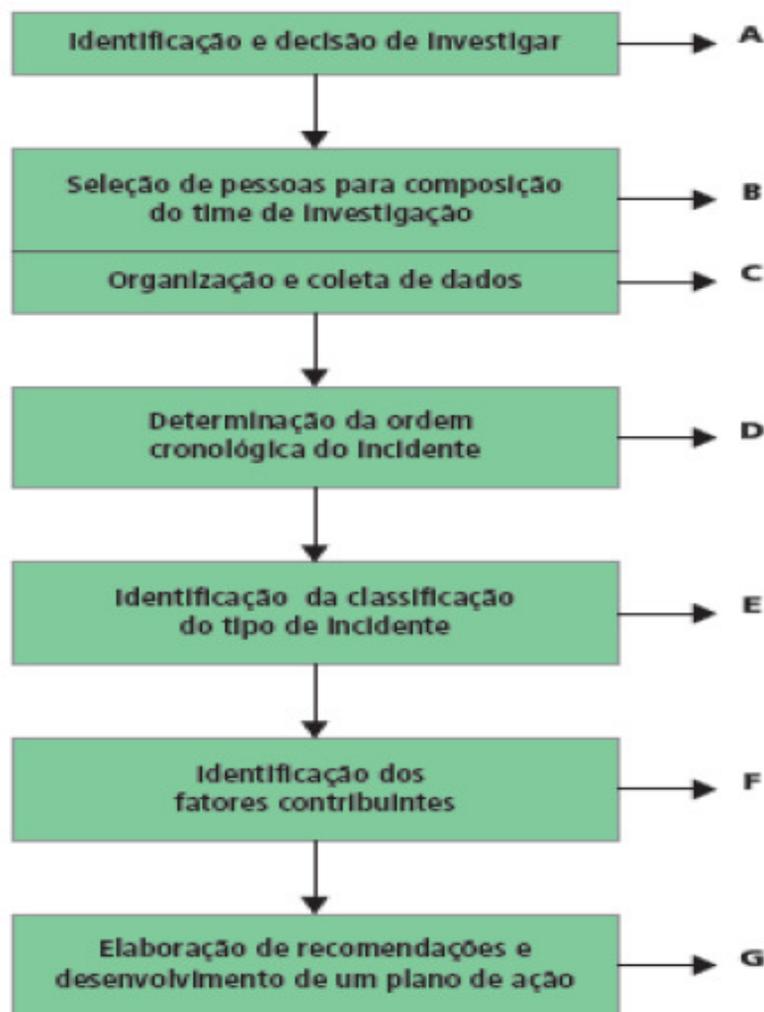
# É esta abordagem, uma análise de causa raiz?

- ▶ Geralmente há uma cadeia de eventos e um grande variedade de fatores contribuintes que levaram ao incidente eventual.





# Fluxograma





## Desenvolvimento de um plano de ação

- ▶ O próximo e último passo é gerar as recomendações e promover as estratégias para abordar as fraquezas do sistema detectadas.
- ▶ O plano de ação deve ser elaborado e incluir as seguintes informações:
  - ✓ Priorização dos fatores contribuintes em termos de importância para a falha no processo;
  - ✓ Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;
  - ✓ Identificação dos responsáveis pela implantação das ações;



## Requer atitude positiva e trabalho em time

© Original Artist  
Reproduction rights obtainable from  
www.CartoonStock.com



“Para dar encaminhamento a este Evento Adverso Grave, nós devemos fazer a Análise de Causa Raiz.

Vou começar dizendo a vocês que a culpa não foi minha.”



# 6. CONSEQUÊNCIAS ORGANIZACIONAIS/DESFECHO NA INSTITUIÇÃO (DANO /AUMENTO DE RECURSO)



**Início**   **Notificar**   **Acompanhar/Gerenciar**   **Sair**

Salvar   Imprimir   Enviar   ?   Ajuda Geral

**Notificações**

**Notificando**

**Consequências Organizacionais**

Dano à propriedade

Aumento dos recursos necessários para o paciente

**Deteção**

**Como foi identificado o incidente / evento adverso?**

Avaliação pró-ativa de riscos

Por meio de máquina / sistema / alteração ambiental / alarme

Por meio de uma contagem / auditoria / revisão

Reconhecimento do erro

Por alteração do estado do paciente

**Quem detectou o incidente / evento adverso?**

Próprio paciente

Outro paciente





Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**

## 7. DETECÇÃO (COMO, QUEM IDENTIFICOU)



VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA



SUS



Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária



Tipo de Incidente / Evento Adverso	<b>Detecção</b>
Consequências para o Paciente	✓ ↻ ?
Características do Paciente	
Características do Incidente / Evento Adverso	
Origem do incidente / evento adverso	<b>Como foi identificado o incidente / evento adverso?</b>
Fase da Assistência	<input type="checkbox"/> Avaliação pró-ativa de riscos
Data do incidente / Evento adverso	<input type="checkbox"/> Por meio de máquina / sistema / alteração ambiental / alarme
Fatores Contribuintes	<input type="checkbox"/> Por meio de uma contagem / auditoria / revisão
Consequências Organizacionais	<input type="checkbox"/> Reconhecimento do erro
<b>Detecção</b>	<input type="checkbox"/> Por alteração do estado do paciente
Fatores Atenuantes do Dano	<b>Quem detectou o incidente / evento adverso?</b>
Ações de Melhoria	<input type="checkbox"/> Próprio paciente
Ações para Reduzir o Risco	<input type="checkbox"/> Outro paciente
	<input type="checkbox"/> Familiar
	<input type="checkbox"/> Cuidador
	<input type="checkbox"/> Voluntário
	<input type="checkbox"/> Amigo / Visitante
	<input type="checkbox"/> Pessoa de assistência espiritual
	<input type="checkbox"/> Profissional de saúde



## **8. FATORES ATENUANTES/MITIGAÇÃO (DIRIGIDAS AO PACIENTE, AO PROFISSIONAL, A ORGANIZAÇÃO)**



Tipo de Incidente / Evento Adverso Consequências para o Paciente Características do Paciente Características do Incidente / Evento Adverso Origem do incidente / evento adverso Fase da Assistência Data do incidente / Evento adverso Fatores Contribuintes Consequências Organizacionais Detecção Fatores Atenuantes do Dano Ações de Melhoria Ações para Reduzir o Risco	Fatores Atenuantes do Dano	
	✓ ⚡ ?	
	<b>Dirigidas ao paciente</b>	
	<input type="checkbox"/>	Pedido de ajuda
	<input type="checkbox"/>	Empreendidas medidas de gestão / tratamento / cuidado
	<input type="checkbox"/>	Paciente encaminhado
	<input type="checkbox"/>	Explicação / informação para o paciente
	<input type="checkbox"/>	Pedido de desculpas
	<b>Dirigidas ao profissional</b>	
	<input type="checkbox"/>	Boa supervisão / liderança
<input type="checkbox"/>	Bom trabalho de equipe	
<input type="checkbox"/>	Comunicação efetiva	
<input type="checkbox"/>	Formação de pessoas-chave	
<input type="checkbox"/>	Boa sorte / casualidade	
<b>Dirigidos à organização</b>		
<input type="checkbox"/>	Protocolo eficaz disponível	



Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**

## 9. AÇÕES DE MELHORIA (RELACIONADAS AO PACIENTE E A ORGANIZAÇÃO)



VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA



SUS



Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária



Ações de Melhoria	
Tipo de Incidente / Evento Adverso	
Consequências para o Paciente	
Características do Paciente	
Características do Incidente / Evento Adverso	
Origem do incidente / evento adverso	
Fase da Assistência	
Data do incidente / Evento adverso	
Fatores Contribuintes	
Consequências Organizacionais	
Deteção	
Fatores Atenuantes do Dano	
<b>Ações de Melhoria</b>	
Ações para Reduzir o Risco	

Ações de Melhoria	
<b>Relacionadas ao paciente</b>	
<input type="checkbox"/>	Gestão da doença
<input type="checkbox"/>	Gestão da lesão
<input type="checkbox"/>	Gestão da incapacidade
<input type="checkbox"/>	Compensação
<input type="checkbox"/>	Revelação / desculpa pública
<input type="checkbox"/>	Ainda não foram realizadas ações de melhoria
<b>Relacionadas com a organização</b>	
<input type="checkbox"/>	Gestão da mídia / relações públicas
<input type="checkbox"/>	Gestão de reclamações
<input type="checkbox"/>	Gestão de ação judicial / riscos
<input type="checkbox"/>	Gestão do stress / acompanhamento psicológico para aos profissionais
<input type="checkbox"/>	Notificação local e indenização
<input type="checkbox"/>	Reconciliação / mediação
<input type="checkbox"/>	Mudança da cultura organizacional



## 10. AÇÕES PARA REDUZIR O RISCO

(PACIENTE, PROFISSIONAL, AMBIENTAL E ORGANIZACIONAL)



Tipo de Incidente / Evento Adverso Consequências para o Paciente Características do Paciente Características do Incidente / Evento Adverso Origem do incidente / evento adverso Fase da Assistência Data do incidente / Evento adverso Fatores Contribuintes Consequências Organizacionais Detecção Fatores Atenuantes do Dano Ações de Melhoria Ações para Reduzir o Risco	<b>Ações para reduzir o risco</b>
	<b>Fatores do Paciente</b>
	<input type="checkbox"/> Disponibilização de cuidados / apoio adequado
	<input type="checkbox"/> Disponibilização de instrução / orientações para o paciente
	<input type="checkbox"/> Disponibilização de protocolos de apoio à decisão
	<input type="checkbox"/> Disponibilização de equipamento de monitorização
	<input type="checkbox"/> Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação
	<b>Fatores do Profissional</b>
	<input type="checkbox"/> Formação
	<input type="checkbox"/> Orientação
<input type="checkbox"/> Supervisão / assistência	
<input type="checkbox"/> Estratégias para gestão da fadiga	
<input type="checkbox"/> Disponibilidade de checklist / protocolos / políticas	
<input type="checkbox"/> Número de profissionais adequado à demanda	
<b>Fatores Ambientais / Organizacionais</b>	



**Cabe ressaltar que a notificação é apenas o início do processo de vigilância e monitoramento dos eventos adversos !!!!**

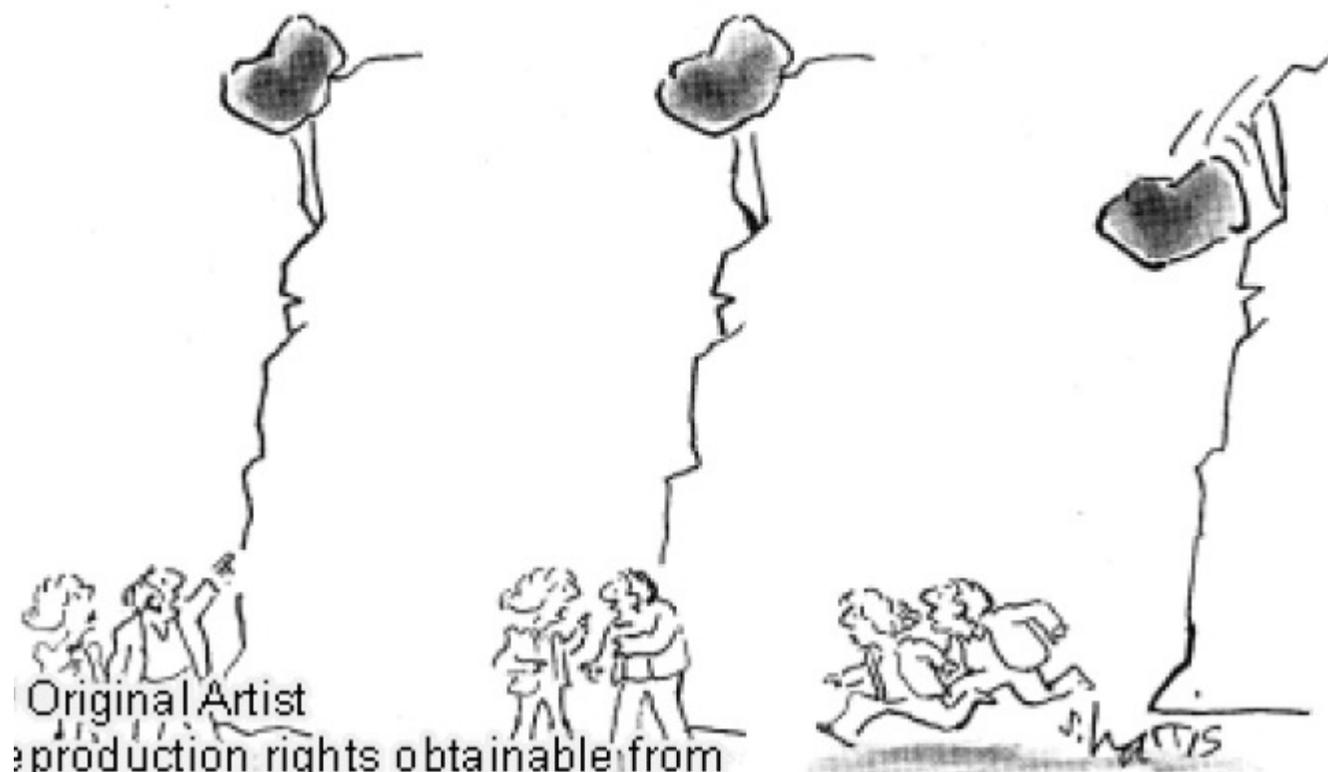
Um Sistema de Gerenciamento de Risco deve ser capaz de identificar, investigar, analisar e corrigir inadequações a fim de minimizar ou eliminar riscos a pessoas, ao ambiente e patrimônio da instituição.



Percepção  
do Risco

Avaliação  
do Risco

Gerenciamento  
do Risco





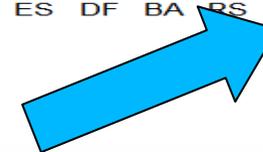
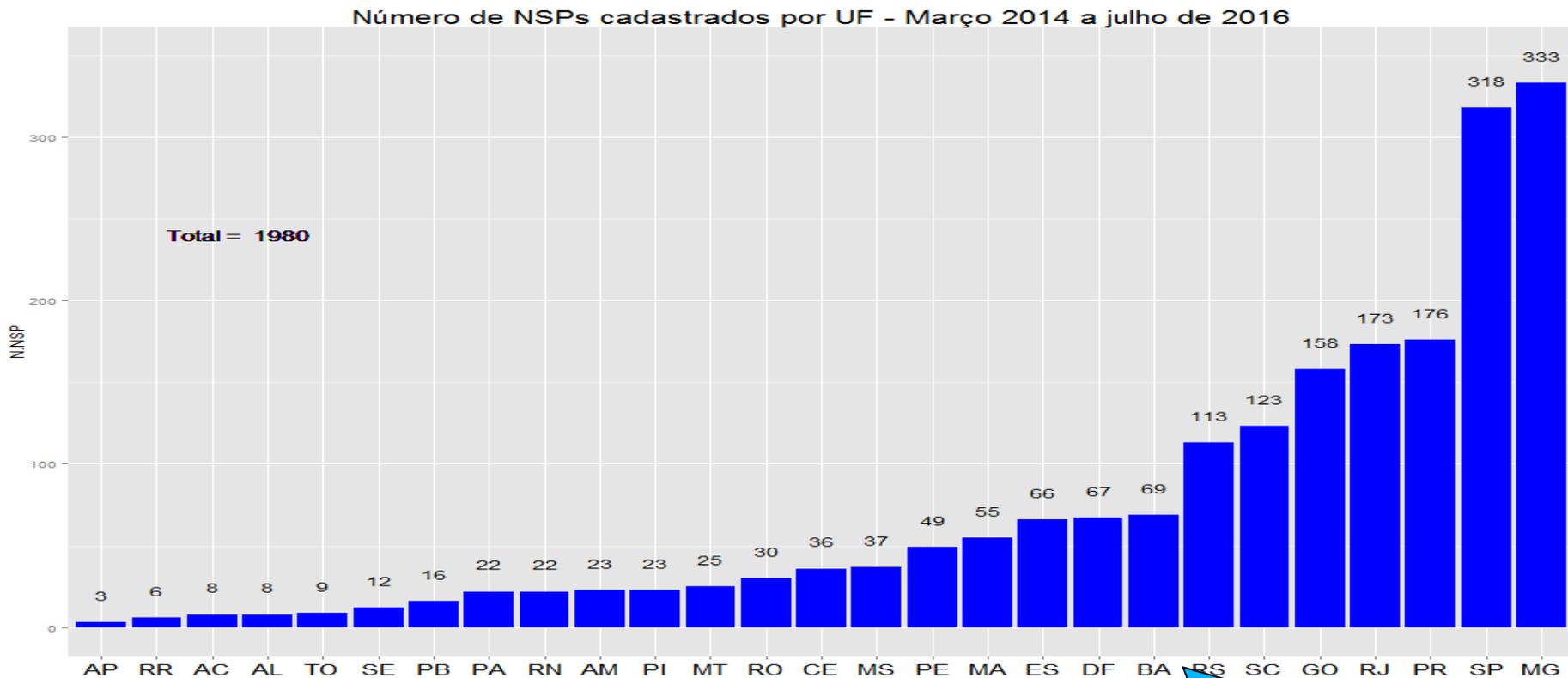
# NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Resultados da análise dos dados de incidentes relacionados à assistência à saúde - Notivisa 2.0 - Assistência à Saúde e NSP's cadastrados

**Março/2014 - Julho/2016**

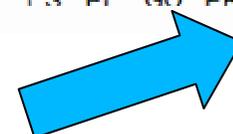
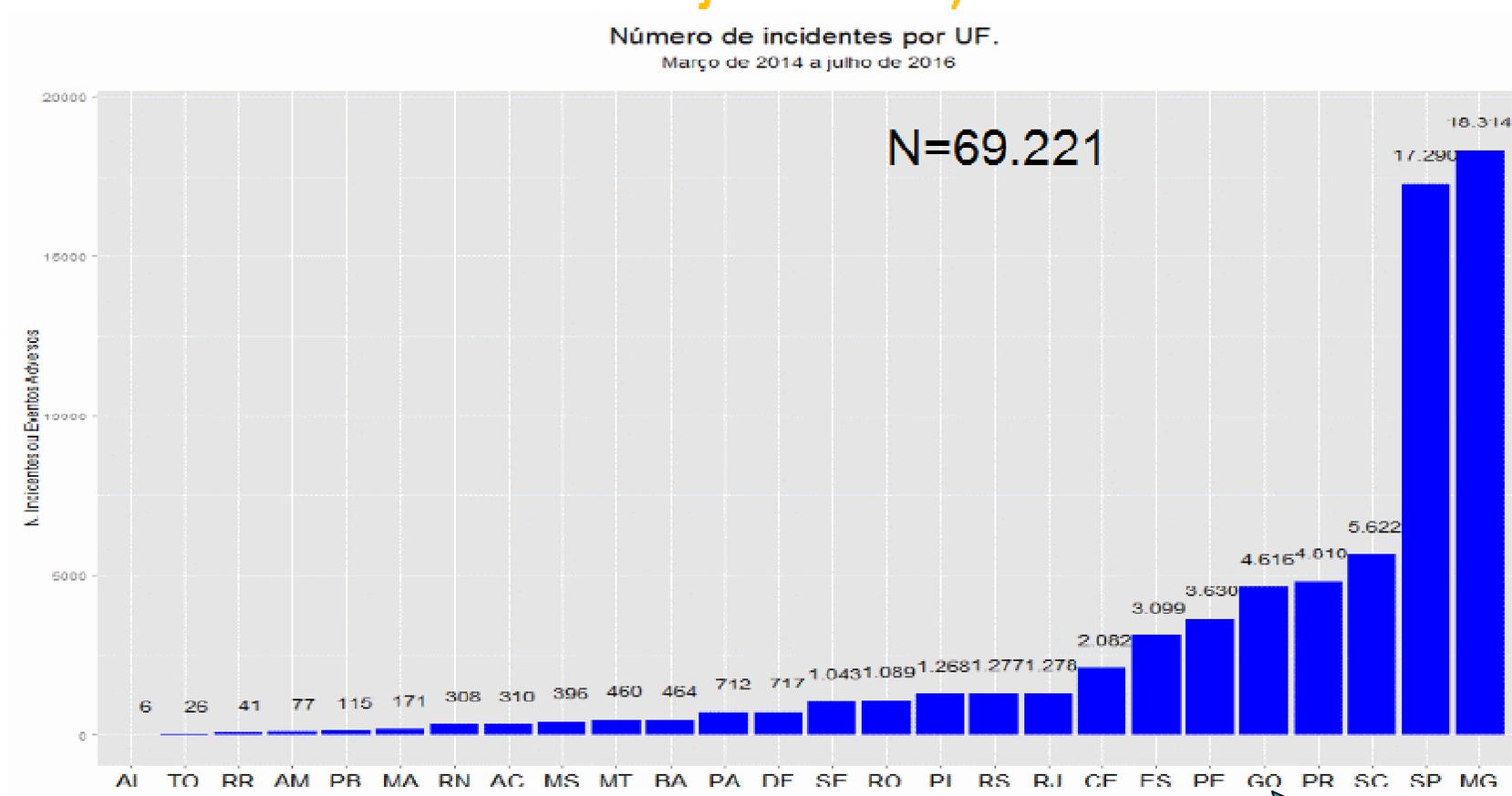


## Número de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados por estado (março 2014/julho 2016)





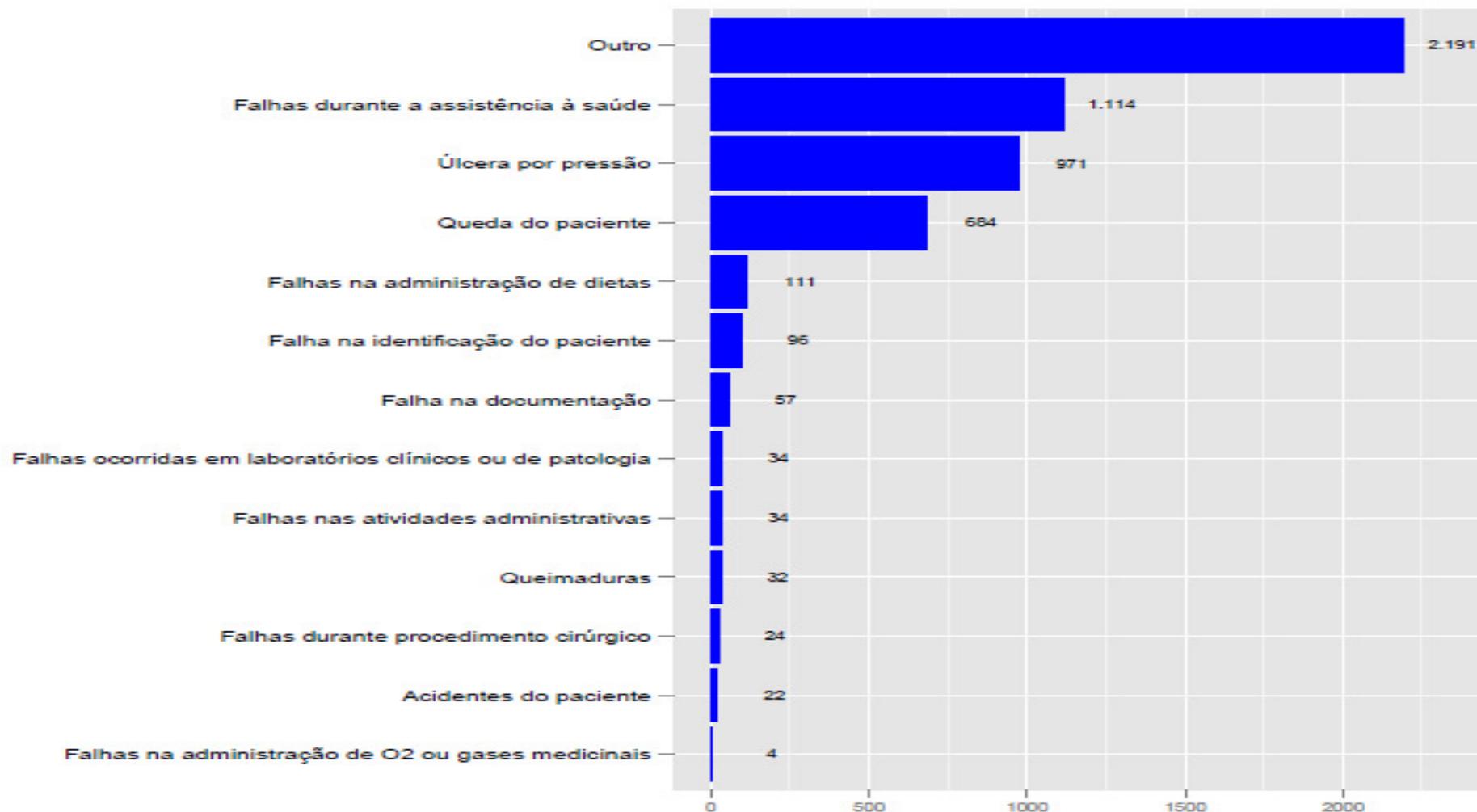
## Número de Incidentes, por Unidade Federada (março 2014/julho 2016)





## Número de Incidentes por tipo.

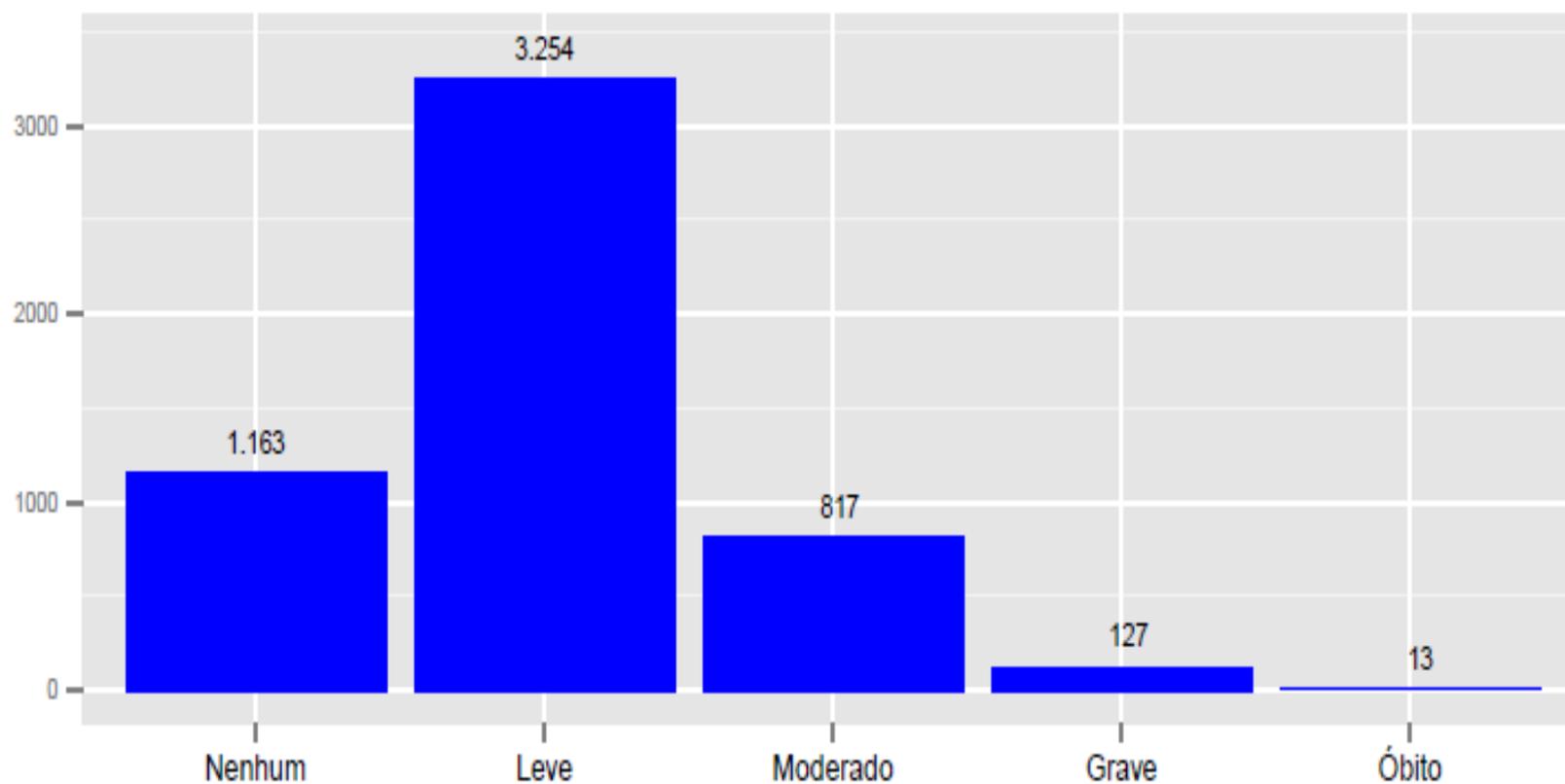
Março de 2014 a junho de 2016





## Número de incidentes por grau do dano.

Março de 2014 a junho de 2016

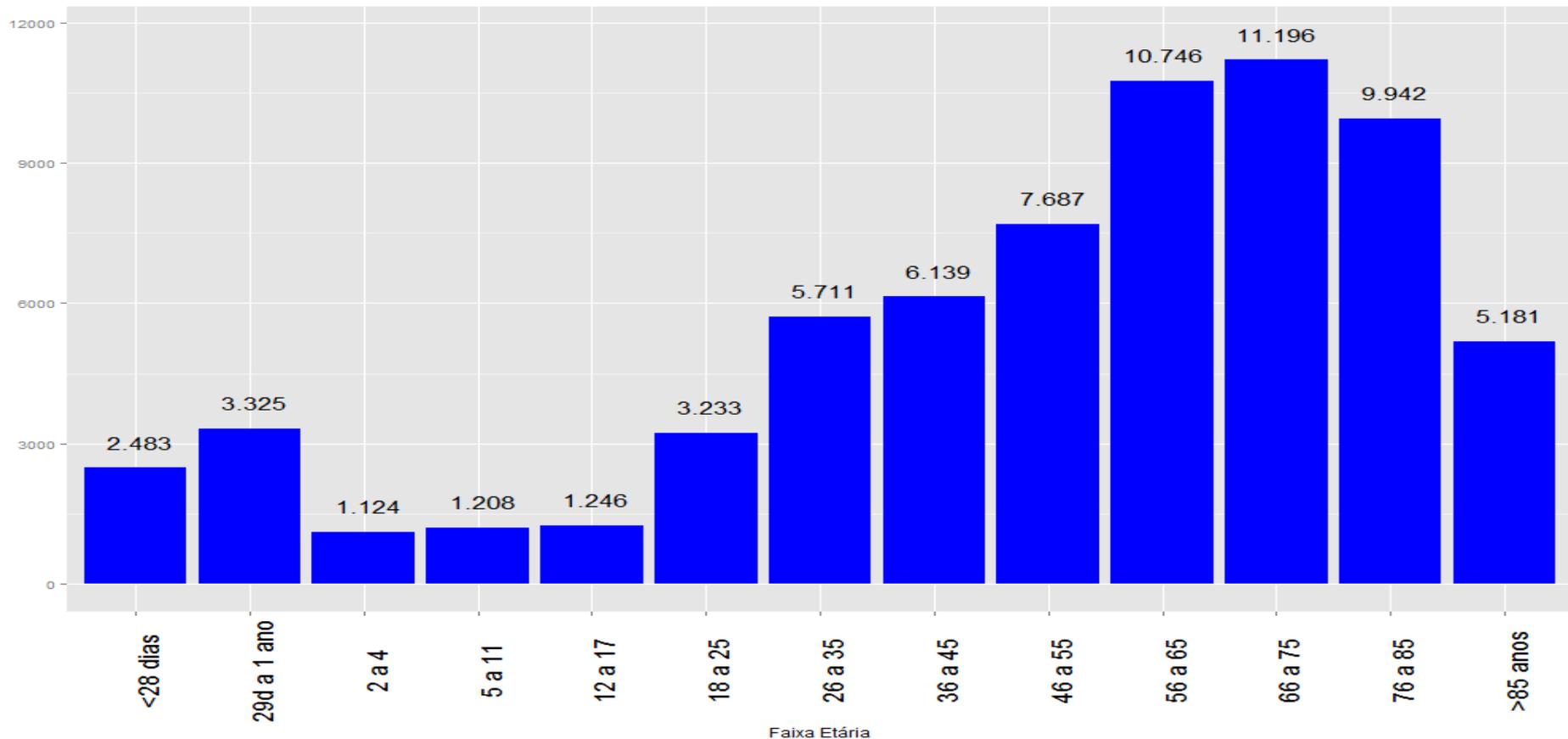




## Distribuição de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados, segundo faixa etária dos pacientes (março 2014/julho 2016)

N=69.221

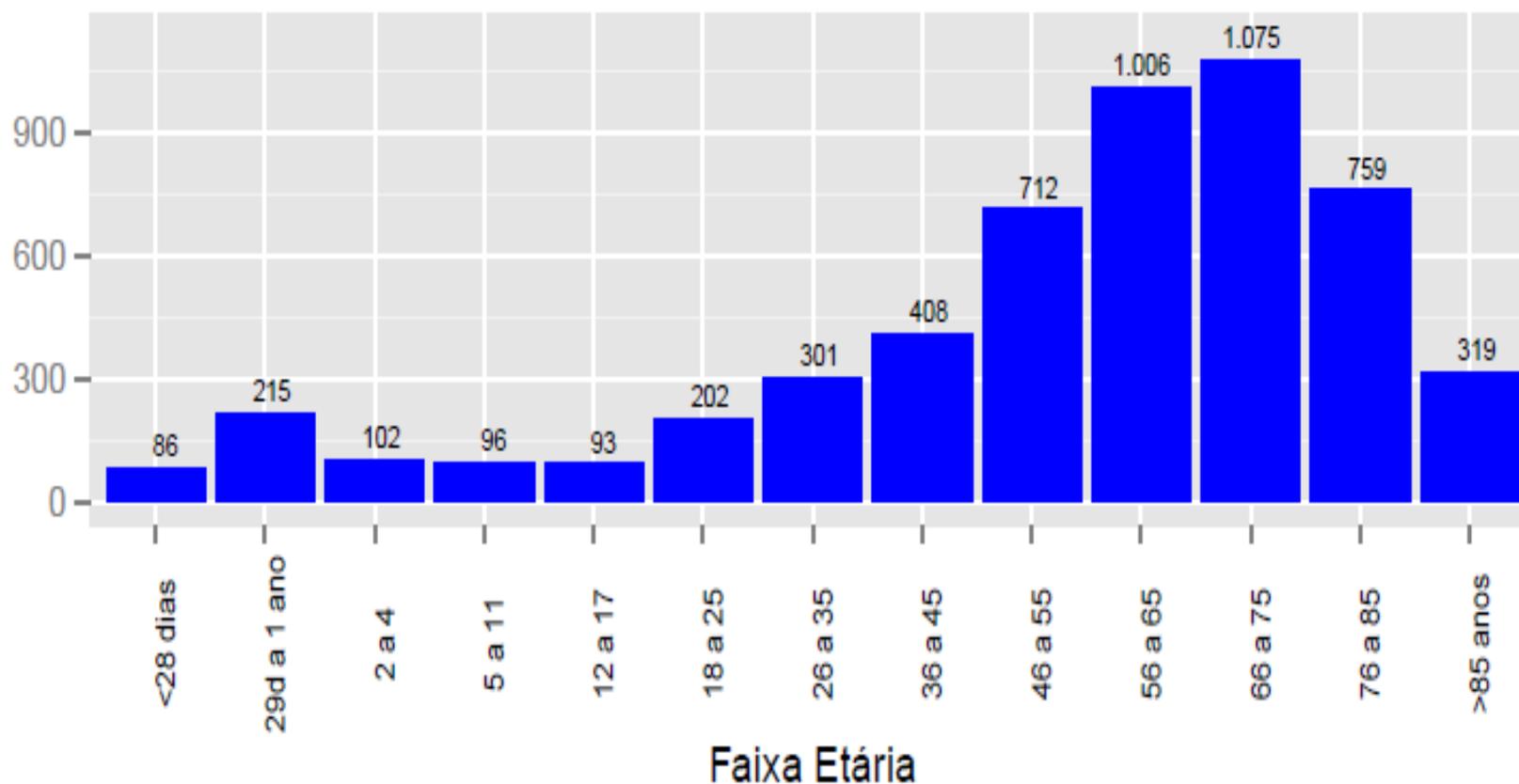
Número de incidentes por faixa etária.  
Março de 2014 a julho de 2016





## Número de incidentes por faixa etária.

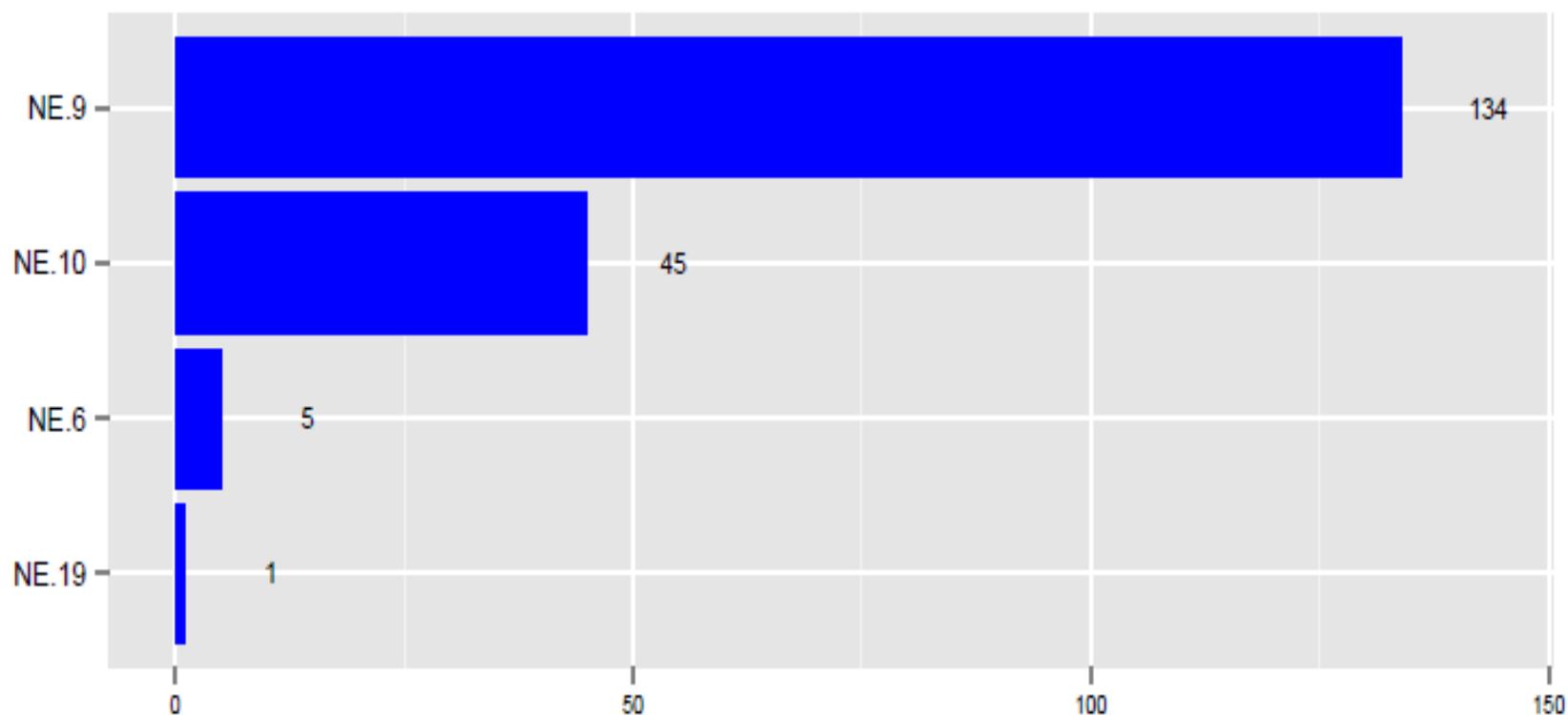
Março de 2014 a junho de 2016





## Número de never events por tipo.

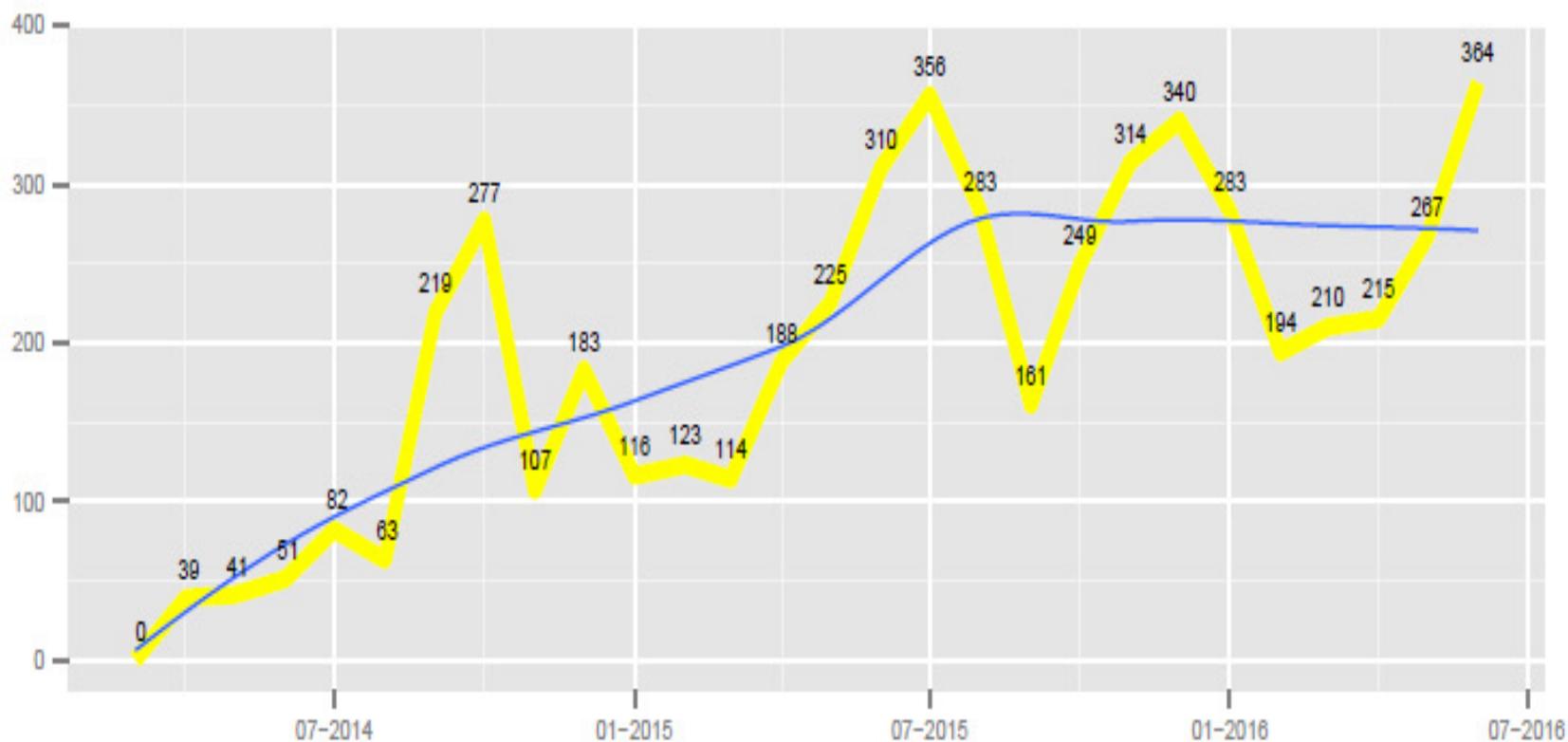
Março de 2014 a junho de 2016





## Número de incidentes por mês.

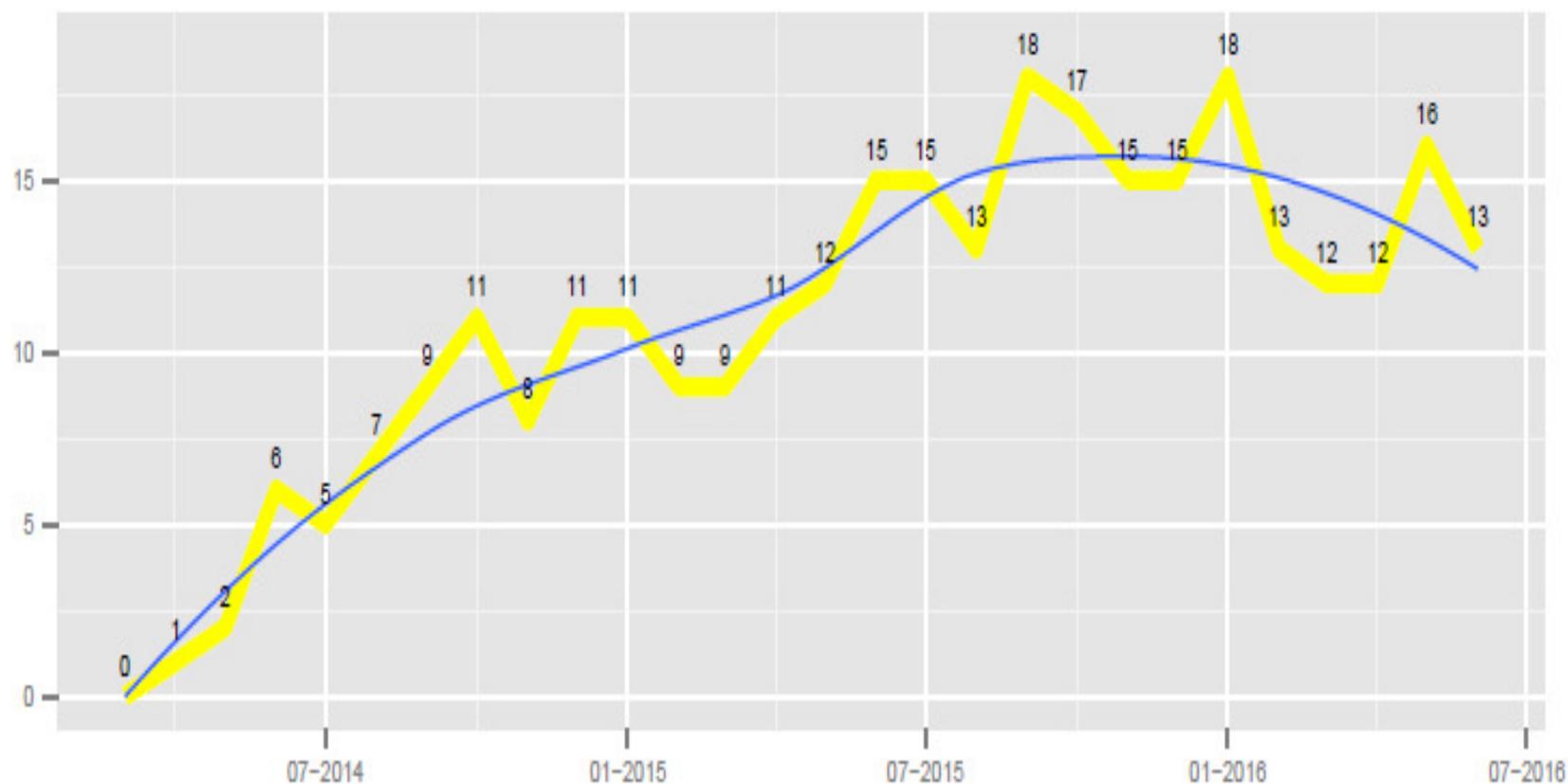
Março de 2014 a junho de 2016





## Número de hospitais que notificaram por mês.

Março de 2014 a junho de 2016





# AUTOAVALIAÇÃO DE PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM SERVIÇOS DE SAÚDE



FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Formulário | Resultado | Busca Ficha | Altera Ficha | Imprimir Formulário

## FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Este formulário destina-se à **Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente** que devem ser implementadas pelos serviços de saúde com leitos de UTI e Centro Cirúrgico.

O monitoramento das práticas de segurança está contextualizado no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente (<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>).

Inicialmente, será adotado o método de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente, que deve ser realizada anualmente pelo serviço de saúde.

A avaliação de práticas de segurança pode ocorrer mediante a análise de 15 indicadores de estrutura e processo, baseados na RDC nº. 36/2013 (<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao>) que institui ações de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. A descrição das fichas dos indicadores de práticas de segurança em serviços de saúde pode ser visualizada no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Antes de proceder ao preenchimento do formulário de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente, solicitamos que leia atentamente as “**Orientações para Preenchimento do Formulário**”. Informamos também, que no preenchimento do Formulário deve ser anexada a planilha excel padronizada e intitulada “**Planilha de conformidade de indicadores de processo - Práticas de segurança do paciente**”. Os dois arquivos podem ser acessados através do link: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/orientacoes-formulario-e-planilha-de-conformidades>



## Novas Ferramentas para a coleta de dados em Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Figura 2. Modelo teórico da gestão do risco sanitário baseado no monitoramento da implantação de Práticas de Segurança.

Identificação do risco pelo serviço de saúde	Avaliação do risco		Ação da vigilância sanitária	Gerenciamento do risco	
	Análise pela vigilância sanitária	Avaliação pela vigilância sanitária		Monitoramento pela vigilância sanitária	Comunicação pela vigilância sanitária
Envio da autoavaliação anual de práticas de segurança	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão alta: 67% - 100% dos indicadores de práticas de segurança)	ALTA ADESÃO		* Monitorar anualmente conformidade dos indicadores de práticas de segurança	* Publicar anualmente lista dos serviços de saúde classificados como "Alta adesão"
	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão média: 34% - 66% dos indicadores de práticas de segurança)	MÉDIA ADESÃO	* Solicitar adequação às práticas de segurança com prazo definido	* Monitorar cumprimento das metas no prazo estabelecido	
	* Confirmar o nível de adesão da autoavaliação dos serviços de saúde (adesão baixa: 0% - 33% dos indicadores de práticas de segurança)	BAIXA ADESÃO	* Determinar adequação às práticas de segurança com prazo definido	* Monitorar anualmente conformidade dos indicadores de práticas de segurança	
NÃO envio da autoavaliação anual de práticas de segurança			* Determinar envio da autoavaliação com prazo definido		

Indicadores do Plano Integrado no município, estado/distrito e nacional

- ↑ Estrutura: % de serviços de saúde conformes quanto à presença de Núcleos, Planos e Protocolos Básicos de Segurança do Paciente
- ↑ Processo: % de serviços de saúde conformes quanto à adesão aos Protocolos básicos
- ↑ Práticas de Segurança em geral: % de serviços de saúde classificados como alta adesão



# Qual a Proposta ...??





Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**

# Módulo Cidadão

**Ano 2015**



**VIGILÂNCIA  
SANITÁRIA**



**SUS**

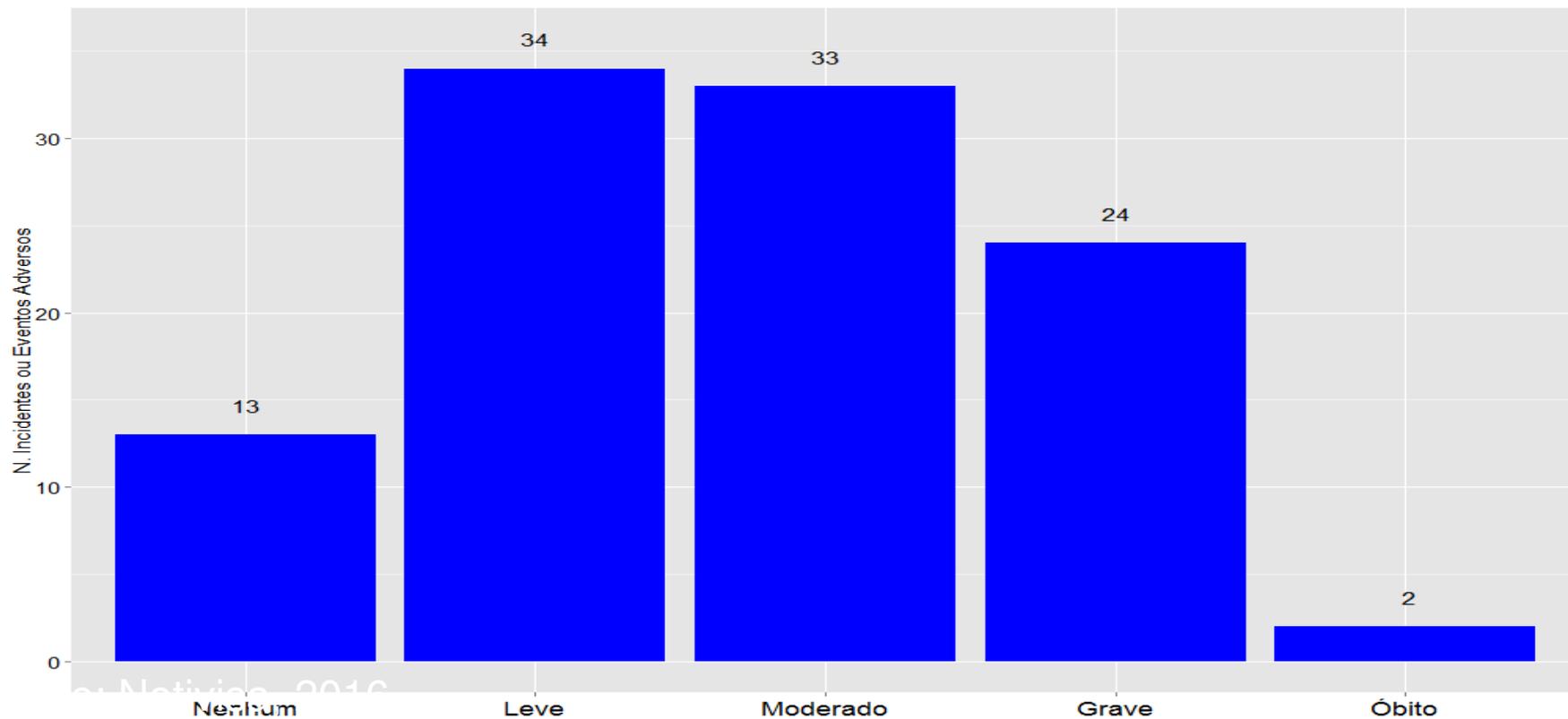


**Agência Nacional  
de Vigilância Sanitária**



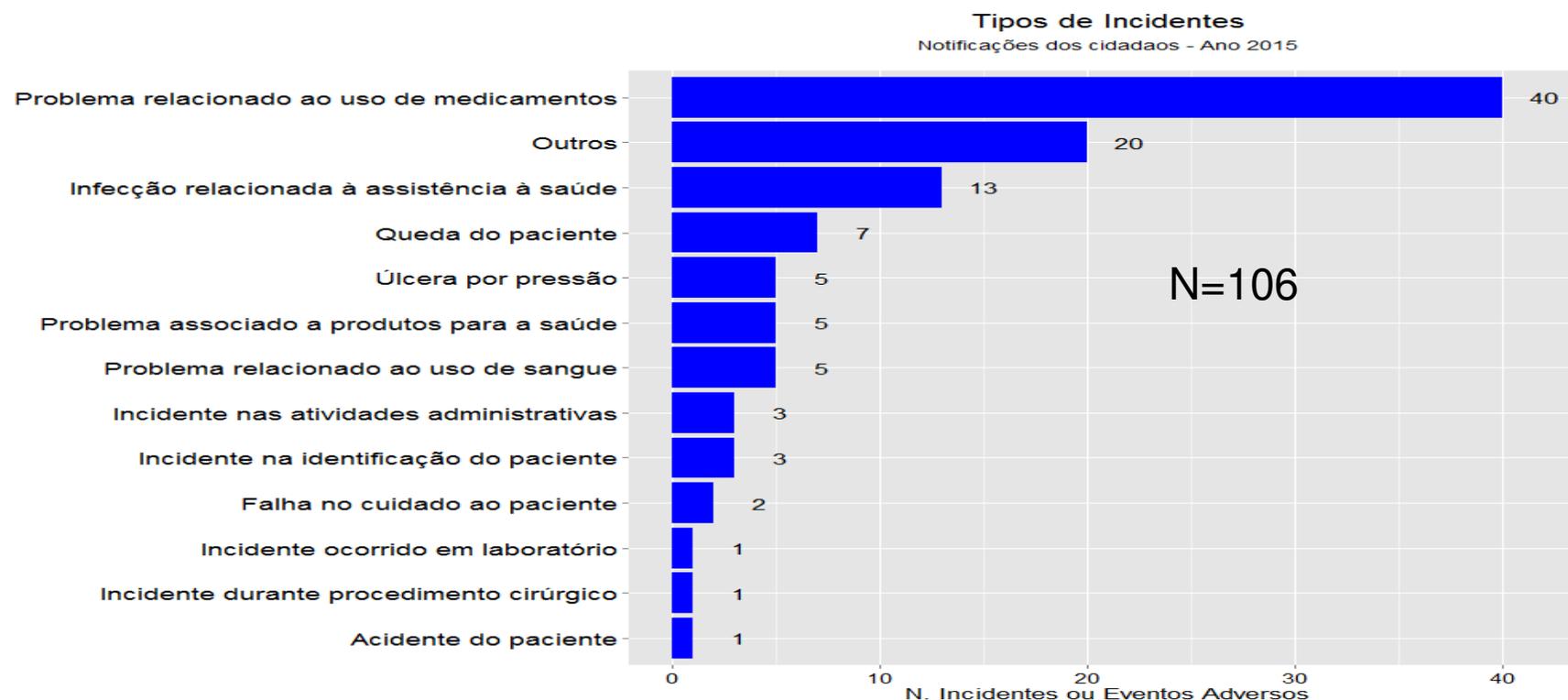
# Grau do dano (Ano 2015)

Grau do Dano  
Notificações dos cidadãos - Ano 2015





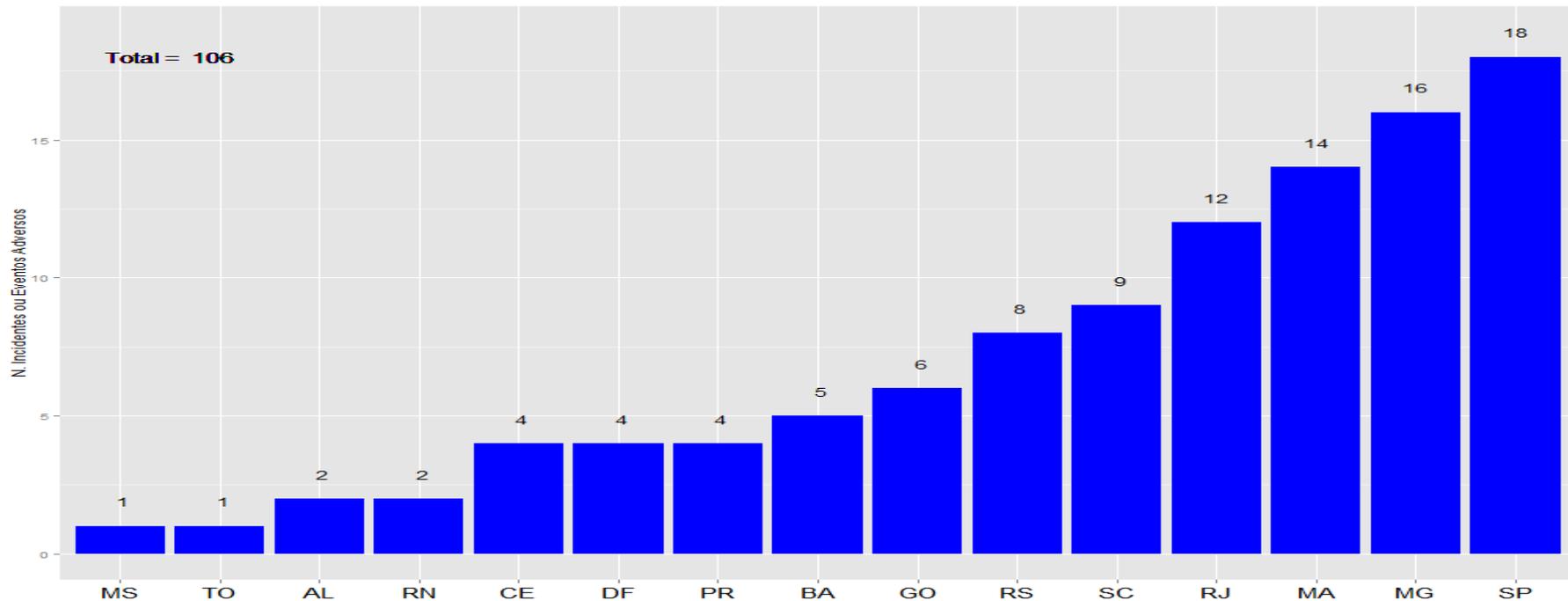
# Número de incidentes notificados, por Tipo (Ano 2015)





# Número de incidentes notificados, por UF (Ano 2015)

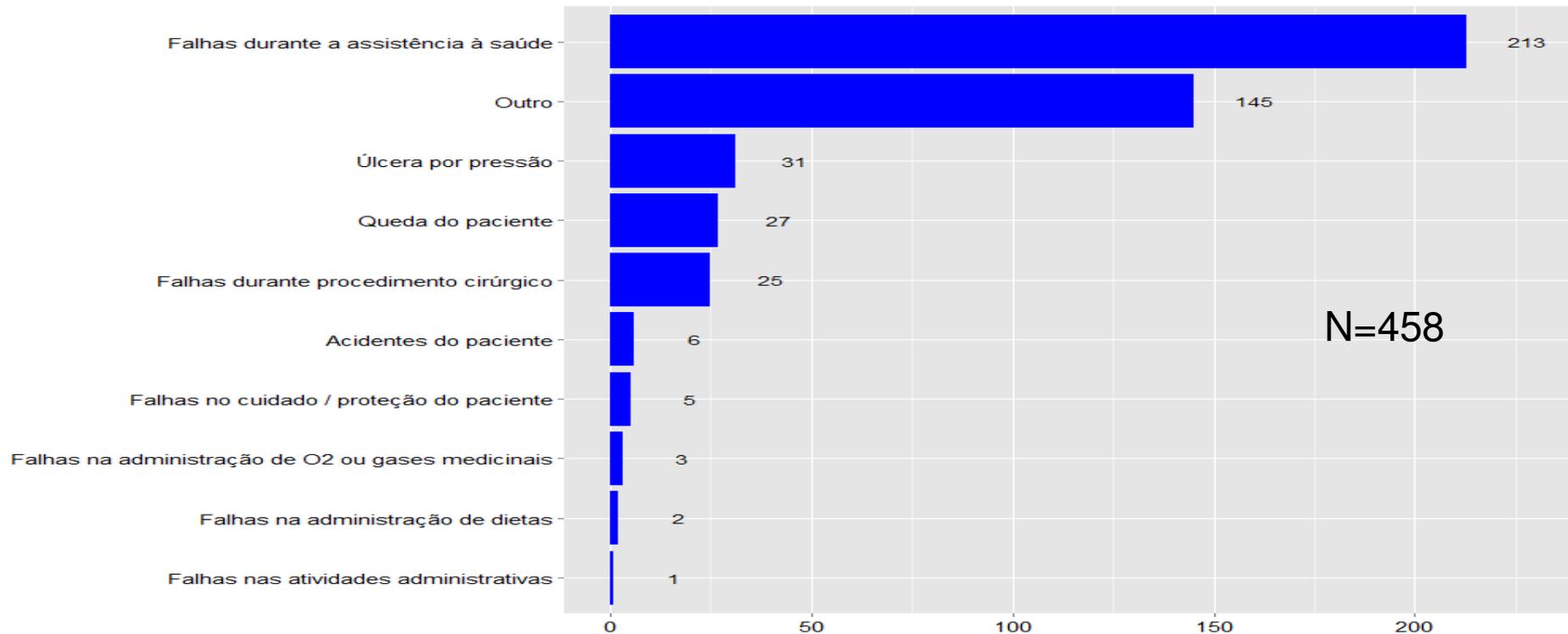
Número de incidentes por UF  
Notificações dos cidadãos - Ano 2015





# Número de Óbitos por tipo de incidente (março 2014/julho 2016)

Número de óbitos por tipo de incidente.  
Março de 2014 a julho de 2016

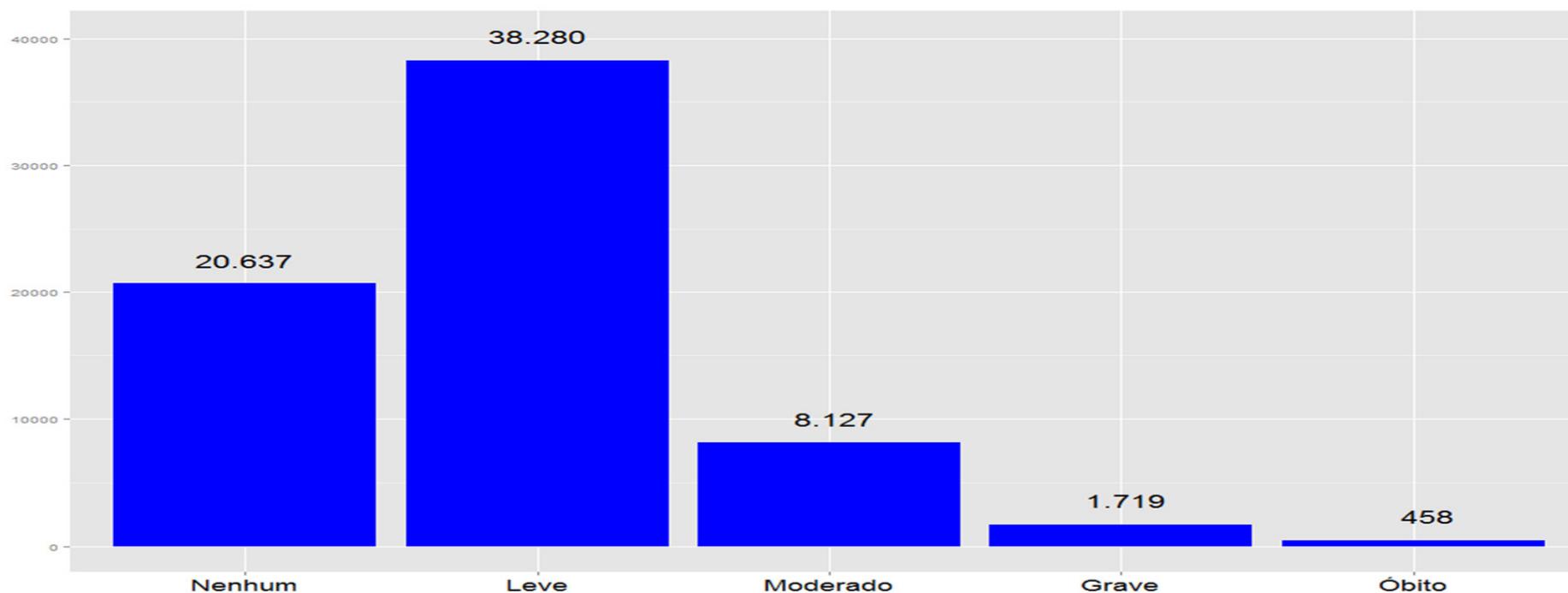




## Número de incidentes relacionados à assistência à saúde por Grau do Dano (março 2014/julho 2016)

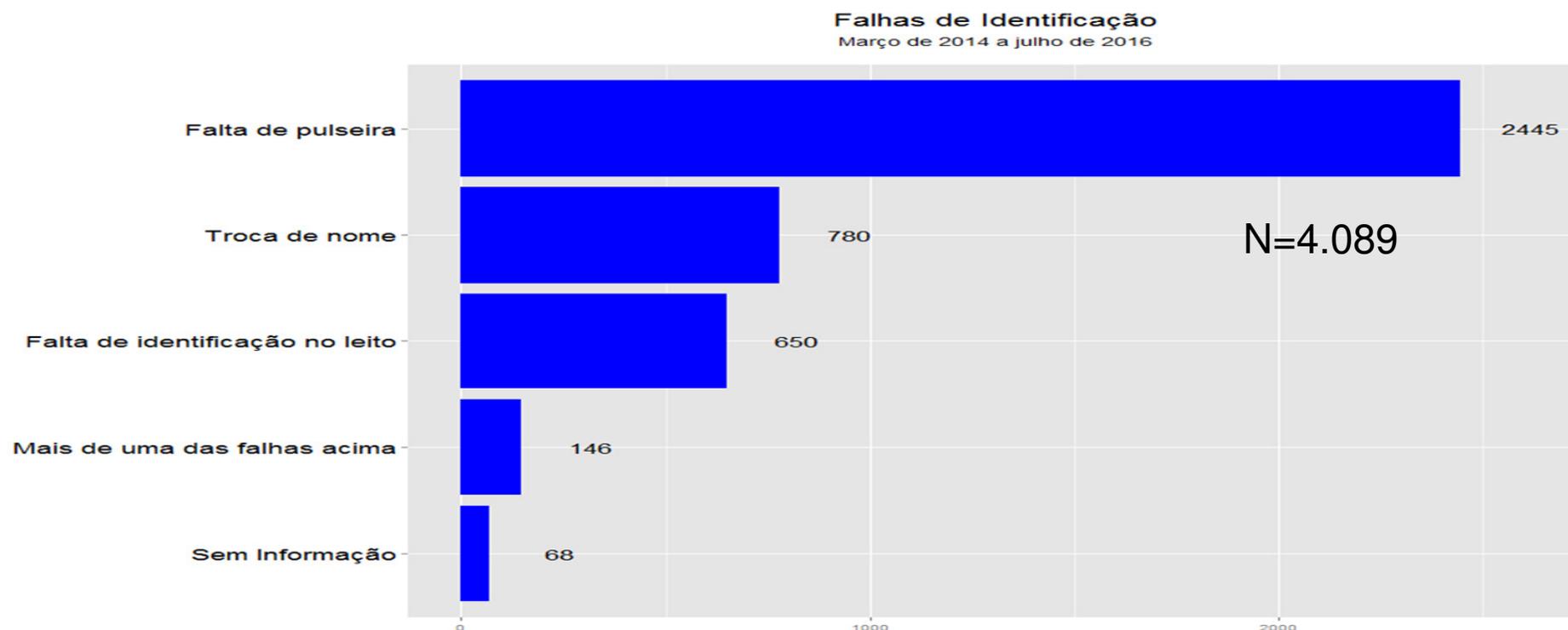
N=69.221

Número de incidentes por grau do dano.  
Março de 2014 a julho de 2016





## Falhas de Identificação (março 2014/julho 2016)

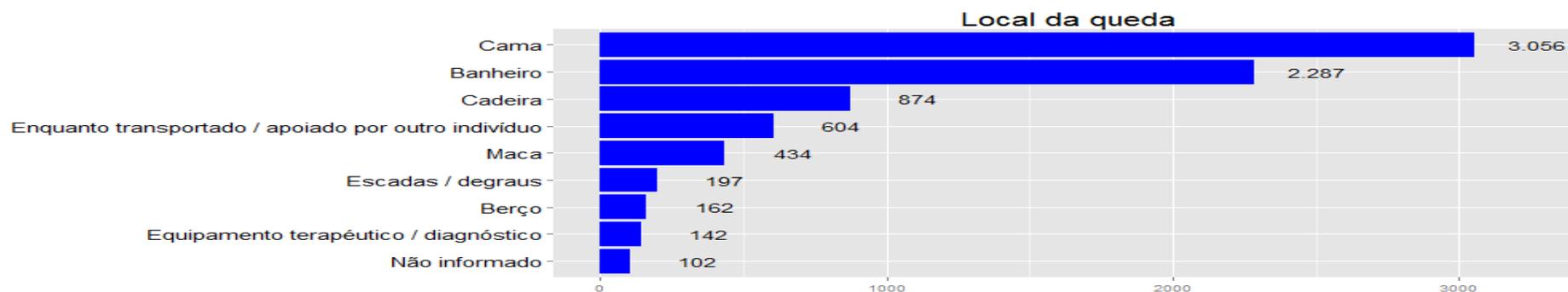
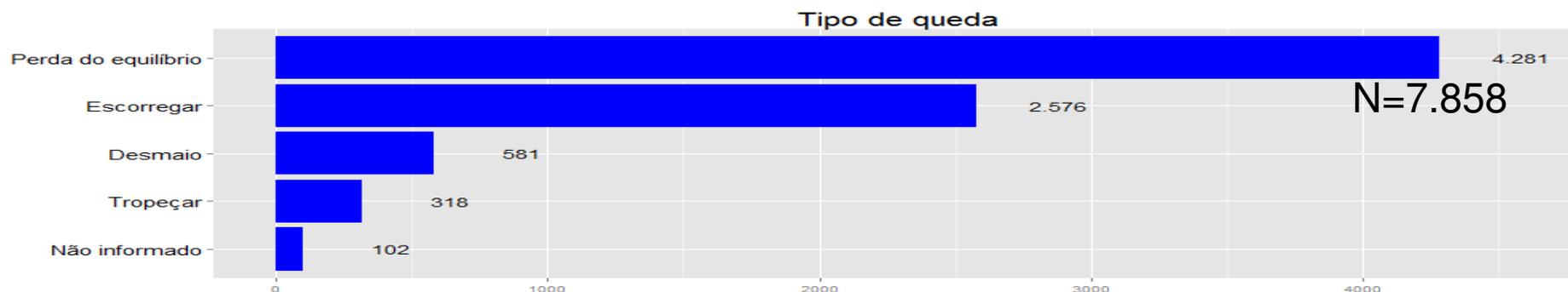




## Classificação das Quedas (março 2014/julho 2016)

### Quedas

Março de 2014 a julho de 2016

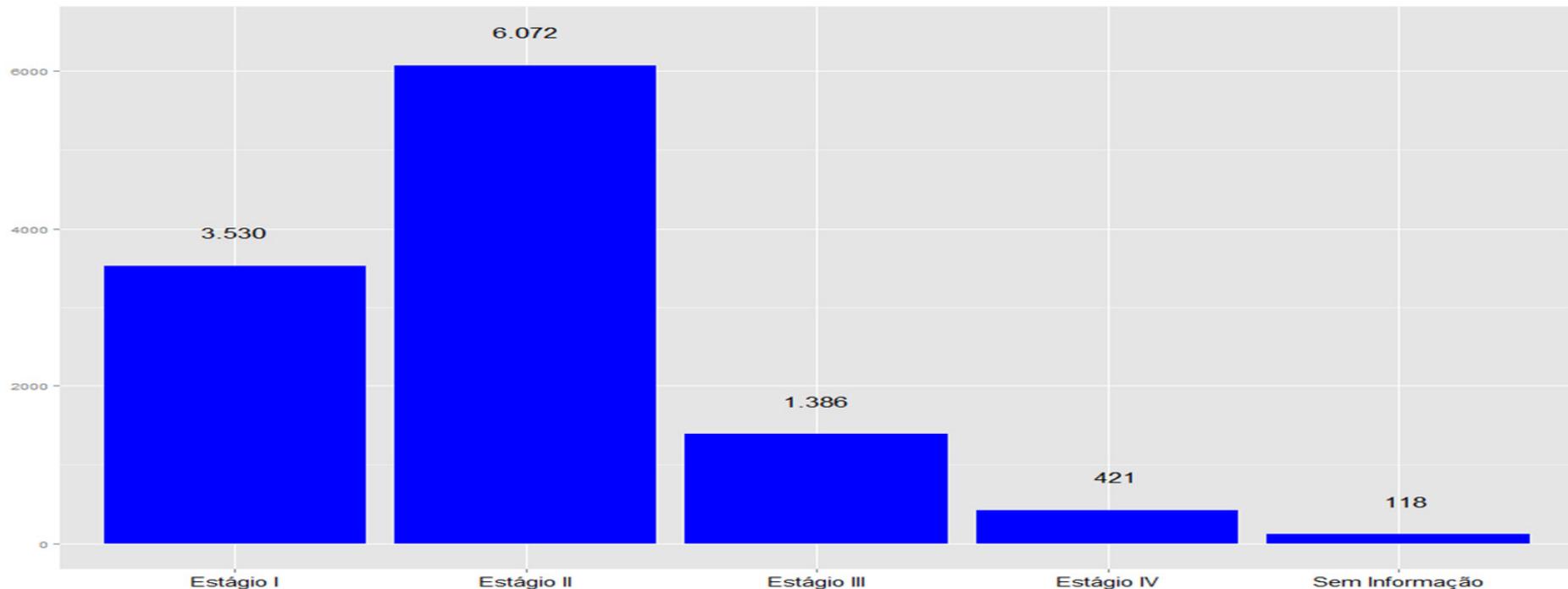




# Classificação das Úlceras por Pressão (março 2014/julho 2016)

N=11.527

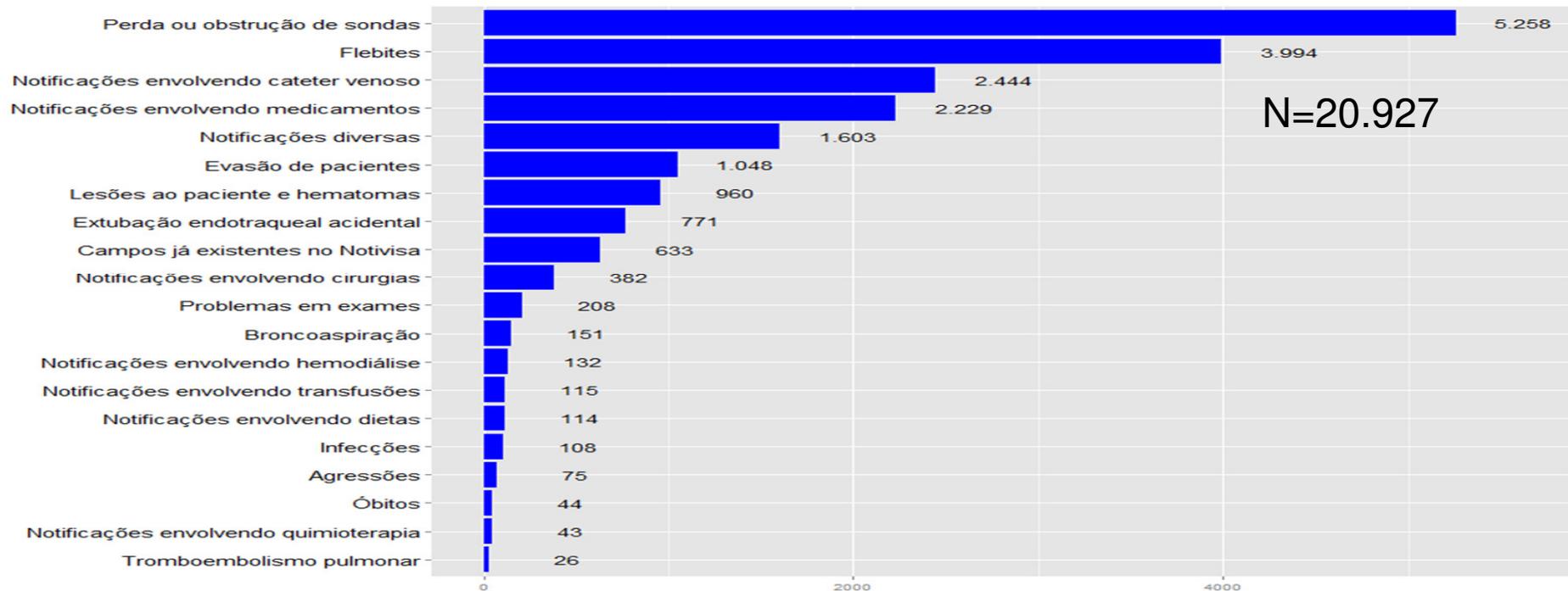
Úlceras por pressão  
Março de 2014 a julho de 2016





## Número de Incidentes classificados como "outros" (março 2014/julho 2016)

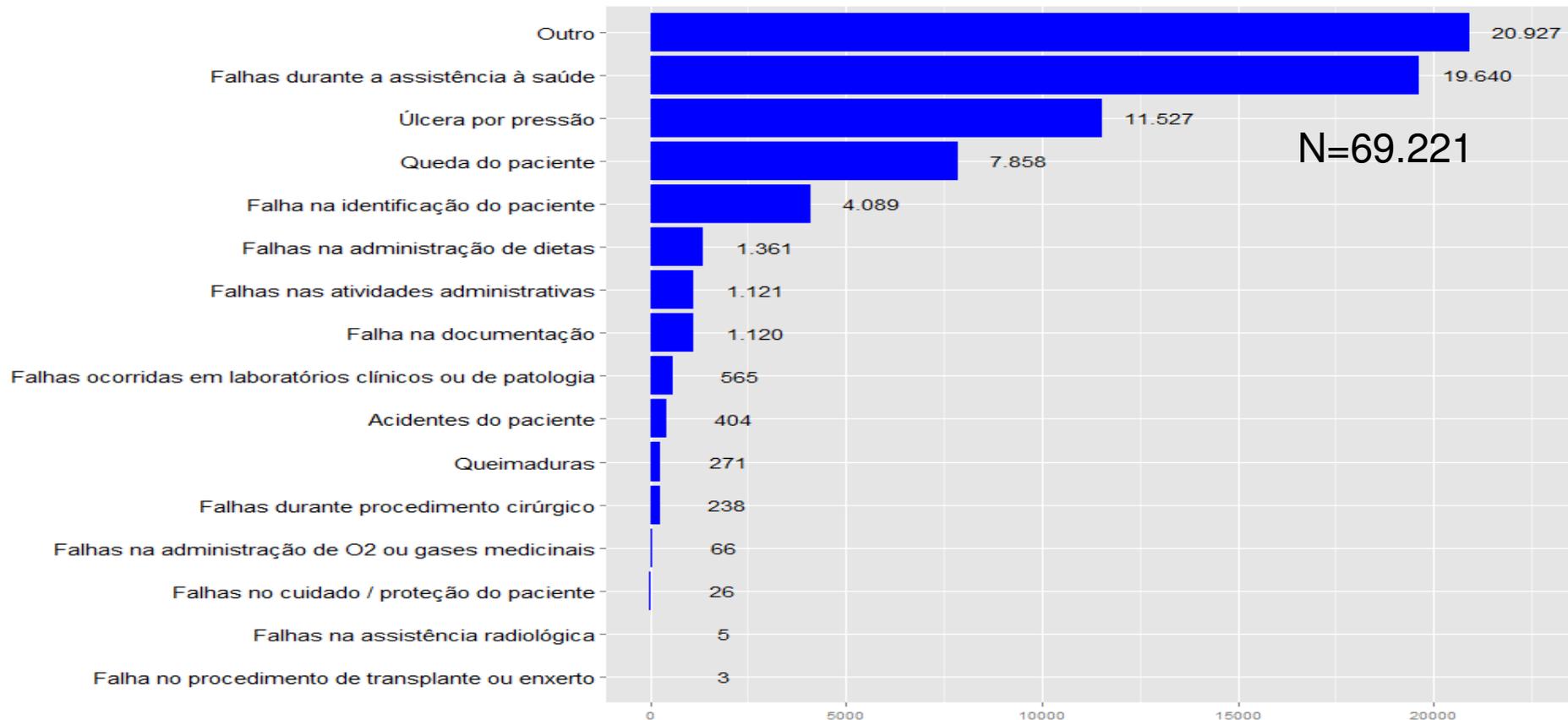
Incidentes classificados como 'Outros'  
Março de 2014 a julho de 2016





# Número de Incidentes, por Tipo (março 2014/julho 2016)

Número de Incidentes por tipo.  
Março de 2014 a julho de 2016

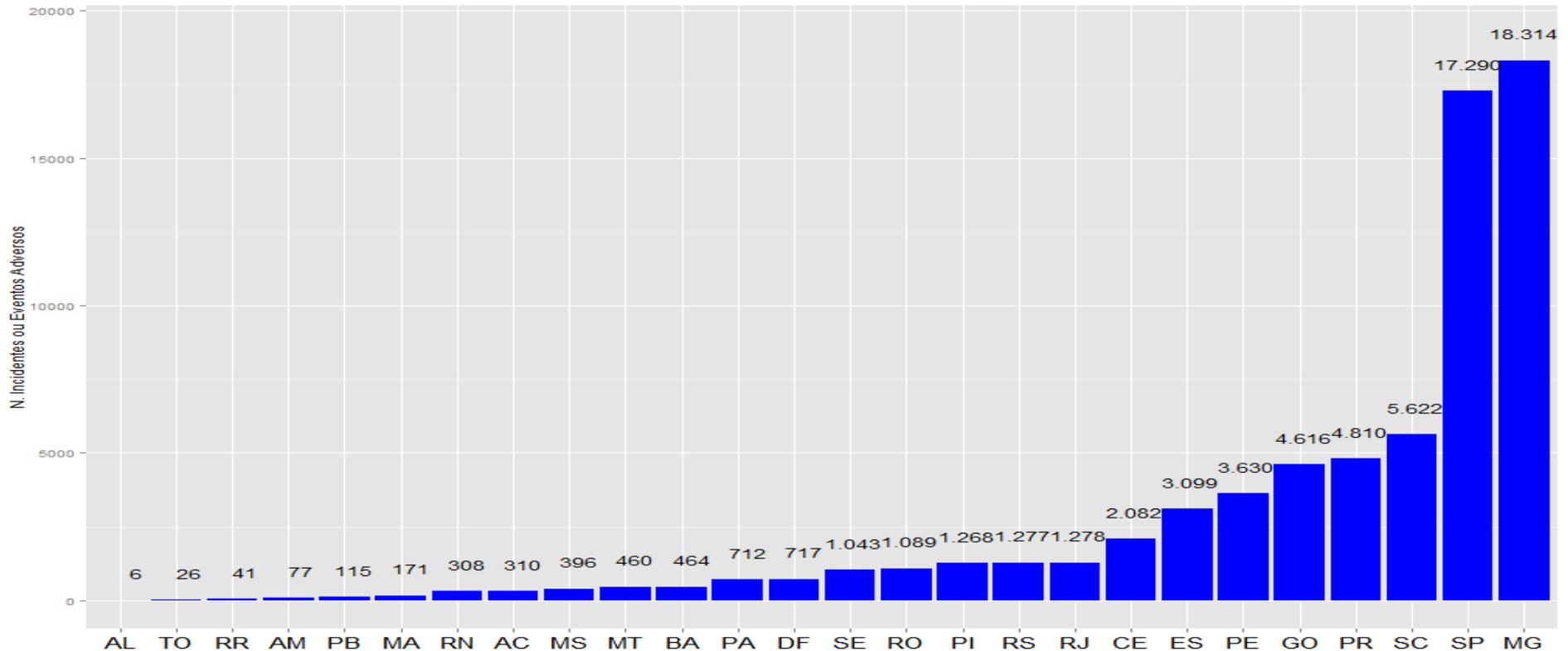




# Número de Incidentes, por Unidade Federada (março 2014/julho 2016)

N=69.221

Número de incidentes por UF.  
Março de 2014 a julho de 2016





Governo do Estado de Santa Catarina

**Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde**



# Janete Pinheiro

Sanitarista DIVS/SC

Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina  
Núcleo Estadual de Segurança do Paciente/VISA  
DIVS/SUVIS/SES

Email:

[nspsc@saude.sc.gov.br](mailto:nspsc@saude.sc.gov.br)

Fone: (48) 32517963

