

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UniEVANGÉLICA
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF)

**PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DE NEOPLASIAS NO BRASIL: UM ESTUDO
DE COORTE PRÉ E PÓS PANDEMIA DE COVID-19, COM DESFECHO NA
ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

TALITA RODRIGUES CORREDEIRA MENDES

Anápolis – GO

2025

TALITA RODRIGUES CORREDEIRA MENDES

PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DE NEOPLASIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE PRÉ E PÓS PANDEMIA DE COVID-19, COM DESFECHO NA ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Anápolis – GO

2025

TALITA RODRIGUES CORREDEIRA MENDES

PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DE NEOPLASIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE PRÉ E PÓS PANDEMIA DE COVID-19, COM DESFECHO NA ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Qualificação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Orientador: Prof. Dr. Alberto de Souza Sá Filho

Anápolis – GO

2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DE NEOPLASIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE PRÉ E PÓS PANDEMIA DE COVID-19, COM DESFECHO NA ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Talita Rodrigues Corredeira Mendes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas /PPGCF da Universidade Evangélica de Goiás/UniEVANGÉLICA como requisito parcial à obtenção do grau de MESTRE.

Linha de Pesquisa: Métodos de Diagnóstico, Prognóstico e Terapêutica Associados às Doenças

Aprovado em 28 de fevereiro de 2025.

Banca examinadora

Documento assinado digitalmente



ALBERTO SOUZA DE SA FILHO
Data: 17/03/2025 14:33:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Alberto Souza de Sá Filho

Presidente da Banca

Documento assinado digitalmente



RODOLFO DE PAULA VIEIRA
Data: 17/03/2025 22:05:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodolfo de Paula Vieira

Avaliador Interno

Documento assinado digitalmente



KARYNNE MILHOMEM SOUSA HOLME MACHADO
Data: 17/03/2025 14:41:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Karynne Milhomem Sousa Holme Machado

Avaliador Externo

M538

Mendes, Talita Rodrigues Corredeira.

Perspectiva epidemiológica de neoplasias no Brasil: um estudo de coorte pré e pós pandemia de COVID-19, com desfecho na elaboração de uma cartilha educativa sobre pacientes oncológicos / Talita Rodrigues Corredeira Mendes - Anápolis: Universidade Evangélica de Goiás - UniEvangélica, 2025.

70p.; il.

Orientador: Prof. Dr. Alberto de Souza Sá Filho.

Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Farmacologia e Terapêutica – Universidade Evangélica de Goiás - UniEvangélica, 2025.

1. Neoplasias 2. Epidemiologia 3. COVID-19 4. Segurança do paciente
5. Identificação hospitalar 6. Saúde pública I. Sá Filho, Alberto de Souza
II. Título.

CDU 615.1

Catlogação na Fonte

Elaborado por Rosilene Monteiro da Silva CRB1/3038

DEDICATÓRIA

"Dedico este trabalho aos meus pais, Teles e Maria, que sempre acreditaram em mim e me proporcionaram todas as condições para alcançar meus objetivos. Ao meu companheiro, Daniel, por todo o apoio e incentivo durante essa jornada. Aos meus filhos Gabriel e Rafaela, minha fonte de inspiração diária. Vocês me ensinam a ver o mundo com mais leveza e a valorizar cada momento." Aos meus familiares e amigos, que me acompanharam em todos os momentos desta trajetória. Agradeço especialmente ao meu orientador, Prof. Dr. Aberto Sá, por toda a orientação e conhecimento compartilhados. A todos vocês, dedico esta conquista."

AGRADECIMENTOS

"Inicialmente, agradeço a Deus por me conceder saúde, sabedoria e a oportunidade de realizar este trabalho. Ao meu orientador, o Prof. Dr. Alberto Sá, sou imensamente grato pela sua paciência, conhecimento e por ter me guiado com tanta dedicação. Aos meus pais, Teles e Maria, dedico este trabalho como uma pequena demonstração do meu amor e gratidão por tudo o que fizeram por mim. Ao meu companheiro, Daniel, agradeço por todo o amor, compreensão e apoio, por ter sido meu maior incentivador para me dedicar aos estudos. Aos meus filhos, Gabriel e Rafaela, minha maior fonte de alegria, dedico este trabalho com a esperança de que sirvam de exemplo para que alcancem todos os seus sonhos. À minha família, em especial às minhas irmãs Tatiana e Tamires, agradeço por sempre estarem ao meu lado, celebrando minhas conquistas e me confortando nos momentos de dificuldade. Aos meus amigos, por todos os momentos de descontração e por cada palavra de incentivo, sou eternamente grato."

RESUMO GERAL

O presente estudo investigou a epidemiologia das neoplasias no Brasil, analisando as tendências de incidência pré e pós-pandemia de COVID-19, com adicional ênfase na segurança do paciente oncológico. Para isso, realizamos uma análise de coorte retrospectiva utilizando dados populacionais extraídos do DATASUS, considerando o período de 2018 a 2022. O estudo estabeleceu como objetivos principais a frequência de neoplasias nas mesorregiões brasileiras, a distribuição de incidência por sexo e faixa etária, a estratificação de diagnósticos por gênero e a hierarquização das principais neoplasias por meio de percentis. Os resultados apontaram diferenças significativas na incidência de neoplasias entre regiões, com maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, enquanto o Norte e Centro-Oeste apresentaram crescimento progressivo ao longo dos anos. Observamos ainda uma redução no diagnóstico de neoplasias malignas durante a pandemia, associada a um aumento proporcional de diagnósticos de neoplasias in situ, possivelmente indicando atrasos no rastreamento oncológico. A estratificação por gênero revelou um aumento de casos em mulheres, contrastando com uma queda nos diagnósticos masculinos em quase todas as unidades federativas, apontando para disparidades no acesso à saúde e rastreamento oncológico. Além do impacto epidemiológico, o estudo abordou a segurança do paciente oncológico, avaliando práticas institucionais e propondo diretrizes para minimizar riscos associados à identificação do paciente nos serviços de saúde. Como produto técnico, desenvolvemos uma cartilha educativa voltada para pacientes e profissionais de saúde, com o objetivo de promover a segurança e a correta identificação dos pacientes oncológicos. A cartilha enfatiza práticas seguras, protocolos de dupla checagem e o uso de identificadores padronizados, prevenindo erros relacionados a administração de tratamentos, exames e procedimentos hospitalares. O estudo reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à equidade no diagnóstico oncológico, bem como à implementação de estratégias robustas de segurança do paciente, garantindo que indivíduos em tratamento recebam cuidados de maneira segura e eficaz.

Palavras-chave: Neoplasias, Epidemiologia, COVID-19, Segurança do Paciente, Identificação Hospitalar, Saúde Pública.

GENERAL ABSTRACT

This study investigated the epidemiology of neoplasms in Brazil, analyzing incidence trends before and after the COVID-19 pandemic, with a special focus on patient safety in oncology care. A retrospective cohort analysis was conducted using population-based data extracted from DATASUS, covering the period from 2018 to 2022. The main objectives were to determine the frequency of neoplasms across Brazilian mesoregions, the incidence distribution by sex and age group, the stratification of diagnoses by gender, and the hierarchical ranking of the most prevalent neoplasms using percentile-based analysis. The findings revealed significant regional disparities in cancer incidence, with a higher concentration of cases in the Southeast and South regions, while the North and Central-West regions exhibited a progressive increase over the years. Furthermore, a decline in malignant neoplasm diagnoses during the pandemic was observed, accompanied by a proportional increase in in situ neoplasm diagnoses, potentially reflecting delays in cancer screening programs. Gender-based stratification revealed an increase in cases among women, contrasting with a decline in male diagnoses across most federative units, highlighting disparities in access to healthcare and cancer screening services. Beyond its epidemiological scope, this study addressed patient safety in oncology care, evaluating institutional practices and proposing guidelines to minimize risks associated with patient identification errors in healthcare settings. As a technical output, an educational booklet was developed for patients and healthcare professionals, aiming to enhance patient safety and improve identification protocols in oncology units. The booklet emphasizes safe practices, double-checking procedures, and standardized patient identification methods to prevent errors related to treatment administration, diagnostic procedures, and hospital-based interventions. This study underscores the need for public policies focused on equitable access to cancer diagnostics and the implementation of robust patient safety strategies, ensuring that individuals undergoing treatment receive care in a secure and effective manner.

Keywords: Neoplasms, Epidemiology, COVID-19, Patient Safety, Hospital Identification, Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
DATASUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. Segurança do paciente	12
2.2. Identificação do paciente.....	14
2.3. Cultura de segurança.....	15
2.4 Paciente Oncológico.....	17
3 OBJETIVOS	21
3.1. Objetivo geral.....	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
4 MATERIAL E MÉTODOS	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6 CONCLUSÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO 1 (CARTILHA SEGURANÇA DO PACIENTE)

1 CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL

A cultura de segurança é uma estratégia cada vez mais importante para melhoria no processo de trabalho das instituições de saúde, definida de várias maneiras, podemos dizer que a cultura é o modo como fazemos as coisas aqui, referindo-se à unidade de trabalho (SOUSA; MENDES, 2014). Essa definição enfatiza a importância de um ambiente organizacional que promova a segurança, onde todos os colaboradores se sintam encorajados a identificar e relatar problemas sem medo de represálias. Nesse sentido, a criação de um ambiente seguro para a comunicação é fundamental para o desenvolvimento de práticas que priorizem a segurança do paciente.

A segurança hospitalar é um tema de longa data e grande complexidade. Já no período de Florence Nightingale (1820-1910), durante a Guerra da Crimeia, surgiram as primeiras evidências de sua importância. Nesse contexto, Florence implementou melhorias significativas na higiene e nas condições sanitárias dos hospitais, o que resultou em uma expressiva redução da mortalidade entre os soldados internados. Essas ações também contribuíram para a diminuição significativa das taxas de infecção hospitalar, estabelecendo um marco na história da saúde pública (FILHO, 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), uma iniciativa voltada para a redução de incidentes nos serviços de saúde em todo o Brasil. Nesse contexto, foi instituída a Resolução RDC nº 36, de julho de 2013, que estabelece diretrizes e ações voltadas para a segurança do paciente. Além disso, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que formalizou o PNSP, destacou medidas essenciais para alcançar as principais metas de segurança do paciente, entre as quais se incluem a implementação de práticas seguras nos hospitais, a criação de um sistema de notificação de agravos, a elaboração de protocolos assistenciais e o desenvolvimento de programas de capacitação para os profissionais de saúde. Essas iniciativas visam promover uma assistência mais segura e de qualidade nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2013).

Em 2019, a pandemia de COVID-19 impôs desafios inéditos à saúde pública global, com impactos profundos nos pacientes oncológicos, grupo particularmente vulnerável devido à imunossupressão associada à doença e seus tratamentos. No

Brasil, a crise sanitária exacerbou as fragilidades estruturais do sistema de saúde, exigindo adaptações urgentes para garantir a continuidade e a segurança do cuidado oncológico.

Pacientes com câncer enfrentam maior risco de complicações e mortalidade por COVID-19. Um estudo publicado no *The Lancet Oncology* demonstrou que pacientes oncológicos infectados pelo SARS-CoV-2 apresentam taxas de mortalidade significativamente mais altas do que a população geral, chegando a 20% em algumas coortes (LEE et al., 2020). Essa maior vulnerabilidade decorre tanto da própria imunossupressão relacionada ao câncer quanto dos efeitos adversos dos tratamentos, como quimioterapia e imunoterapia. Esses desfechos potencialmente foram agravados devido a inexperiência por parte dos profissionais médicos e enfermeiros, e limitou a segurança do paciente oncológico, deixando de garantir a continuidade do tratamento oncológico.

Segundo um levantamento da *Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)*, cerca de 70% dos serviços oncológicos relataram impacto na rotina, incluindo redução no número de atendimentos e priorização de casos emergenciais (SBOC, 2021). Essa interrupção pode ter consequências graves, já que atrasos superiores a quatro semanas no início do tratamento oncológico foram associados a um aumento de até 10% na mortalidade, de acordo com um estudo publicado no *BMJ* (HANNA et al., 2020). Entretanto, ainda não sabemos o real impacto sobre a população oncológica frente a pandemia de COVID-19.

Para mitigar esses impactos, diversas medidas foram implementadas. Protocolos de biossegurança foram ajustados, incluindo triagem rigorosa de sintomas, espaçamento maior entre ciclos de quimioterapia e uso de regimes menos imunossupressores. Além disso, a telemedicina emergiu como uma ferramenta valiosa para reduzir o risco de exposição ao vírus, permitindo que pacientes continuassem a receber orientação e acompanhamento médico sem a necessidade de deslocamento. Um estudo publicado no *Journal of Clinical Oncology* destacou o papel da telemedicina na manutenção do cuidado oncológico durante a pandemia, especialmente em países em desenvolvimento (BURKI, 2020).

Então, estudos alertam para falhas nas práticas de saúde atuais, exigindo uma melhoria na cultura de segurança (SILVA et al., 2022). A promoção de uma cultura de segurança requer, portanto, que os profissionais sejam capacitados para identificar e notificar eventos adversos, criando um ciclo de feedback que permita a

implementação de mudanças efetivas nas práticas de cuidado. Entretanto, também é desconhecido por nós se dados governamentais foram devidamente alimentados na base nacional de dados em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023), o que limitaria ações para esta população. Essa cultura é um passo necessário para garantir que as instituições de saúde possam oferecer um atendimento mais seguro e eficaz a todos os pacientes (MENDES et al., 2013).

Considerando a crescente incidência de doenças oncológicas e a importância de garantir a segurança dos pacientes durante o tratamento, este estudo tem como objetivo desenvolver uma cartilha de orientações para pacientes oncológicos. A cartilha visa abordar a importância da identificação do paciente oncológico como: identificação do paciente, métodos de identificação, dupla checagem, riscos associados a identificação incorreta, medidas de prevenção de erros e o papel do paciente e da família. Adicionalmente, analisaremos dados governamentais sobre a prevalência das principais neoplasias em nosso país, determinando seus resultados pré e pós pandemia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Segurança do paciente

A cultura de segurança do paciente nasce na perspectiva de ser entendida como uma questão que perpassa por diferentes níveis, desde a formação de graduação à pós-graduação, como a aplicabilidade de seus conceitos nos ambientes de trabalho, junto aos profissionais.

No Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), podemos encontrar diretrizes nesse sentido, indicando quatro eixos de abordagem da cultura de segurança, sendo o estímulo para uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua própria segurança; a inclusão do tema no ensino; o incremento de pesquisas (TOSO, 2016).

A Portaria 529/2013 do Ministério da Saúde, aponta conceitos de cultura de segurança do paciente, dentre os quais fortalece a concepção da responsabilidade pela segurança própria e dos outros, quando se refere a ações dos trabalhadores, profissionais e gestores, pacientes e familiares. Também destaca que, em uma organização, a segurança deve estar acima de metas financeiras e operacionais (BRASIL, 2013).

Uma forma de fortalecer e implementar o conceito de cultura de segurança do paciente foi a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013 da Anvisa. Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (REIS, 2017).

De acordo com Brasil (2014), os Núcleos de Segurança do Paciente devem “atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementariedade e sinergias neste âmbito” (BRASIL, 2014).

O NSP são os responsáveis nas instituições hospitalares pela elaboração do plano de segurança do paciente. Este plano deve ser abrangente, definindo ações e estratégias para disseminar a cultura de segurança do paciente, até a promoção e mitigação dos incidentes relacionados à assistência (BRASIL, 2014).

Em relação a comunicação como elemento de segurança do paciente, destaca-se que:

O eixo da comunicação segura faz parte do rol de temas a serem trabalhados pelos NSP. A comunicação segura pode estar associada a muitas questões, perpassa desde uma anotação em prontuário, a passagem de plantão e a notificação de eventos adversos; sendo este último entendido como incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL,2013, p.2).

Conceitualmente, de modo genérico, comunicação pode ser entendida como “um intercâmbio de informações e transmissão de significados, fornecimento ou troca de informações, de ideias, e de sentimentos por meio da palavra escrita ou falada, de sinais e de gestos” (SILVA, 2012, p.22).

Numa outra perspectiva, a comunicação é entendida como um dos maiores desafios nas organizações, uma vez que, garantir que a mensagem correta chegue ao destinatário certo, sem ruídos, e ter certeza de que este mesmo receptor compreendeu o significado daquilo que pretendia comunicar é uma tarefa complexa, que nem sempre encontra êxito nos ambientes de trabalho (COSTA; FERRAGINO, 2014, p. 157).

Quando se trata do conceito de comunicação na enfermagem, pode-se compreendê-lo como:

[...] um importante instrumento no cuidado, servindo como elemento no conjunto de ações que contribuem para a segurança do paciente, especialmente, quando as mensagens são transmitidas de forma completa, sem barreiras e ruídos entre os membros da equipe de enfermagem (BROCA; FERREIRA, 2015, p.473).

Para Carrera e Aguiar (2014), se não existir comunicação não existe trabalho, nem relacionamento humano. A comunicação é um processo presente em todas as atividades humanas. Em se tratando de aplica-la nos processos de trabalho da enfermagem, o mesmo autor afirma que é indiscutível e necessária a existência de um sistema de informação. Tal sistema deve fornecer aos membros da equipe, todas as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho.

Sabendo que as instituições de saúde se preocupam com a qualidade da assistência de enfermagem, é importante considerar também o conceito de comunicação estruturada que se trata do:

[...] desenvolvimento e implantação de um sistema de comunicação capaz de repassar, de forma ágil, as mensagens emanadas da direção para a base da organização e receber retorno estruturado, que permite aferir com precisão a eficácia do processo e empreender ações corretivas e oportunas (COSTA; FERRAGINO 2014, p.163-164).

A preocupação com segurança do paciente vem provocando ações institucionais para desenvolver ferramentas para que as equipes de enfermagem que possam prestar uma assistência segura.

2.2 Identificação do paciente

Identificar corretamente o paciente é fundamental no serviço de saúde. Com a identificação asseguramos ao paciente que ele está recebendo o cuidado correto, prevenindo a ocorrência de erros.

Ao ser atendido em um serviço de saúde os pacientes esperam que os profissionais chequem corretamente seu nome. A identificação correta assegura a qualidade do serviço de saúde, pois o atendimento pode envolver várias etapas executadas por diferentes profissionais. A identificação do paciente pode ser realizada por diversos meios e visa prevenir as falhas (MINUZZI, 2016).

Diante de tal importância o protocolo de identificação do paciente segue os seguintes passos disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1: Recomendações protocolo de identificação do paciente

Identificar os Pacientes:	Utilizada duas formas de identificação a pulseira branca padronizada contendo informações pertinentes de cada usuário, além de ser impermeável e de fácil limpeza. A identificação do leito (pulseira) é a segunda opção mais utilizada nela deverá conter nome, idade, data de admissão, alergias entre outras informações importantes.
Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:	Para cuidados que não demandem conhecimento técnico e possam ser realizadas pelos cuidadores explicar o processo de identificação e a obrigatoriedade deste.
Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado	Antes da realização da assistência realizar a identificação correta possibilitando uma confirmação concreta sobre o paciente e a ação assistencial.

(Fonte: BRASIL, 2013).

A pulseira é o método de identificação mais utilizado em instituições de saúde. Em pesquisa realizada, a maioria dos pacientes conhece a importância do uso da pulseira e aprovou seu uso, tendo como resultado 84% dos pacientes considerando que o hospital deve utilizar pulseira e 90% deles concordariam em utilizá-la (CLEOPAS et al, 2004).

Pacientes e familiares preferem participar do tratamento quando as responsabilidades são atribuídas a eles por profissionais que acompanham o paciente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que para garantir a segurança do paciente seja estimulado a autonomia e corresponsabilidade do paciente e acompanhante/familiares no processo de tratamento. Há evidências de desfechos mais favoráveis quando paciente e familiares compreendem o problema e participam dos cuidados voltados à segurança e ao tratamento (SERRA; BARBIERI; CHEADE, 2016).

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado, segundo Andrade e Silva (2007) são cuidados indispensáveis na administração de quimioterápicos: identificação completa do paciente, atenção rigorosa à prescrição médica, ao nome da droga, à dose e à via de aplicação.

2.3 Cultura de segurança

O fortalecimento da segurança do paciente vem sendo discutido com a elaboração de iniciativas para seu fortalecimento. No ano de 2013 o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que definiu, através de recursos estratégicos a promoção da cultura de segurança através do conhecimento e comprometimento dos profissionais e pacientes envolvidos na elaboração de mecanismos para prevenção de acidentes e erros que comprometam a segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 apud FERMO et al., 2016).

O conceito de cultura de segurança está relacionado a assistência e cuidado em saúde: “A cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e os padrões de comportamento que determinam, o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão de segurança” (MAGNAGO, 2019).

A cultura de segurança deve estimular os profissionais a se responsabilizarem pelas ações através de uma liderança proativa agindo antecipadamente para

resolução de problemas futuros, sem ser punitivo a frente de eventos adversos ocorridos (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2022).

Para ser avaliado a cultura de segurança o ponto de partida é o início de um planejamento de ações na busca de mudanças que possibilitem a redução da ocorrência de eventos para assim garantir a assistência segura sem danos (CARRERA; AGUIAR, 2014).

Para obtermos com êxito a cultura de segurança é necessário que os líderes e gestores da enfermagem utilizem os dados obtidos através de notificações, avaliando cada setor individualmente procurando as fragilidades para assim então trabalhar e intensificar a cultura de segurança, conscientizando os profissionais sobre a segurança do paciente e a exposição dos erros em ser mais efetiva para então trabalhar as intervenções através de educação permanente no processo de trabalho sendo efetivas através do vínculo entre cultura da segurança e os resultados obtidos através da assistência realizada pela equipe ao paciente garantindo uma assistência assim mais segura (PAESE, SASSO, 2013).

O ser humano diante de uma ocorrência que identifique algum tipo de erro ou evento adverso que afete a segurança do paciente através da assistência impulsiona a se encontrar um culpado e este repreender afim de não ocorrer novamente o erro, esquecendo da importância de trabalhar o acontecimento modificando a cultura, para então trabalhar nestes dados para obter resultados positivos beneficiando a toda estrutura organizacional (PEDREIRA, 2009 apud BATALHA; MELLEIRO, 2016).

Alguns desafios na equipe também são observados como o dimensionamento de profissionais, acarretando em sobrecarga de trabalho, com carga e jornada de trabalho muito altas e as condições do local de trabalho são fatores que podem interferir direta ou indiretamente na segurança do paciente constatando assim uma boa qualidade na assistência ou não, o que acaba gerando erros e acarretando em danos ao paciente (BATALHA; MELLEIRO, 2016).

O trabalho na saúde deve ser pensado em um todo, envolvendo o paciente e o funcionário que ali está prestando assistência, sendo este motivado através do reconhecimento de seu trabalho, e na satisfação do usuário quanto aquele atendimento realizado com excelência. Se o funcionário está de bem com a vida, com sua saúde mental em ótimo estado, em harmonia com o local de trabalho e seus colegas, sua produtividade será favorecida positivamente tanto individualmente como coletivamente (FREITAS, 2021).

Para termos uma assistência segura livre de danos à saúde deve ser investido em mudanças no modo em que é organizado o trabalho, envolvendo o processo de trabalho, equipe, ambiente, com incentivo para que os usuários, pacientes e profissionais participem para que os erros e eventos adversos sejam identificados, para assim então ser trabalhado com intervenções, ações educativas na prevenção de danos que possam ocorrer ao paciente durante o cuidado, assistência prestada (LEMOS et al., 2018).

2.4 Paciente Oncológico

A Portaria nº 3.535/98 instituiu critérios para o cadastramento de pacientes nos centros de atendimento de oncologia visando garantir o atendimento integral desses com doenças neoplásicas malignas e estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, além de atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 1998).

A população que acessa ao SUS é composta em sua maioria por pessoas com baixo nível de escolaridade e situação socioeconômica. Frente ao desenvolvimento de neoplasias, muitas obterão diagnóstico tardio, outras apesar de terem acesso a recursos curativos de forma precoce, não obterão o desfecho esperado, que é a cura. Assim o desenvolvimento da doença as conduzirá a necessidade de cuidados paliativos oncológicos e naturalmente à estrutura de cuidado proposta pelo próprio SUS (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2022).

O modelo da rede de atenção integrada em cuidados paliativos indicado na figura 1 contempla algumas modalidades de atendimento em unidades especializadas. Sendo essas: ambulatório, internação hospitalar, hospedaria e internação domiciliar (MACIEL, 2009).

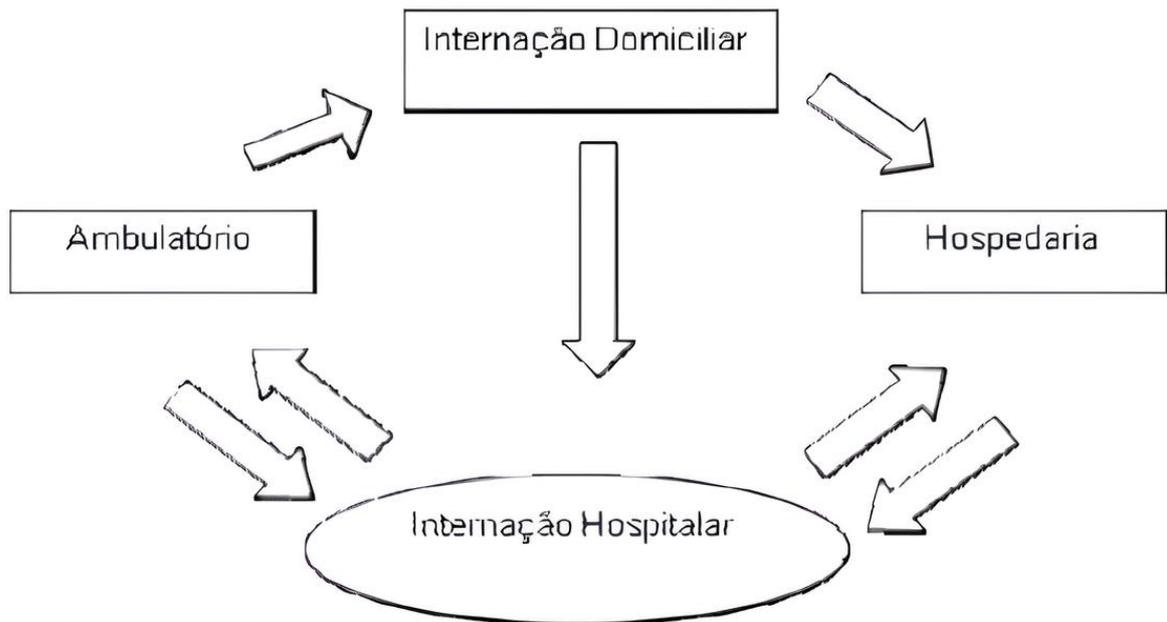


Figura 1: Modelo de rede atenção integrada em cuidados paliativos.

Fonte: ANCP, 2009.

A internação domiciliar destina-se aos portadores de doença avançada em estágio de progressão, com necessidade contínua de monitoramento de sintomas. Já a modalidade hospedaria é direcionada a pacientes que possuem estado de saúde estáveis, com sintomas bem controlados ou com intensidade leve à moderada. O acompanhamento ambulatorial é direcionado para o atendimento de pacientes com doença avançada de forma precoce, bem como a seu familiar-cuidador, procura-se controlar os sintomas e a abordagem emocional possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida. A internação hospitalar é voltada aos trabalhos realizados pelas equipes multidisciplinares da saúde onde realiza as visitas frequentemente e dependendo do modelo de assistência, fornecendo os insumos necessários à continuidade do cuidado, como medicamentos e material médico (MACIEL, 2009).

Os pacientes que passam pelo tratamento quimioterápico notam uma piora na qualidade de vida. A presença de irritação, depressão, sistema imunológico enfraquecido ou comprometido faz com que se torne mais suscetíveis às infecções, e tendem a ter seu estado físico e mental mais abalado. Junto com esses problemas surgem as reações causadas pelos medicamentos, como dor gastrointestinal, náuseas, diarreia, vômito, tonturas, falta de disposição, falta de apetite, e ainda evidências de neutropenia, anemia, leucopenia e plaquetopenia (ZANDONAI, 2010).

A dor é definida pela incapacidade de desenvolvimento do paciente e o sofrimento da progressão do câncer. Mais de 80% dos pacientes acometidos pelo câncer já sentiram ou irão sentir algum tipo de dor. Essa dor pode ser consequência do tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, e na maioria das vezes está relacionada com a doença oncológica, alterações metabólicas, infecciosas, carenciais e degenerativas (CARVALHO, 2009).

Os pacientes oncológicos que passam por situações desagradáveis, tendem a não ter somente a saúde física afetada, mas a sua saúde psicológica também, por isso necessitam de auxílio diário para um melhor enfrentamento das consequências da doença e de seu tratamento. A ajuda familiar é a base que mantém a força para enfrentar essas dificuldades, os quais dedicam maior parte do tempo em benefício do paciente. Como o tratamento e os sintomas de cada caso são muito variáveis, não é possível estabelecer por quanto tempo haverá o sofrimento do paciente e até quando o apoio familiar será necessário (ZANDONAI, 2010).

Pesquisadores apresentam dados da percepção da família junto aos pacientes com câncer e concluem que os mesmos sofrem um desequilíbrio emocional quando o paciente que se encontra debilitado com transtornos psicológicos, com sentimentos de inconformismo, insegurança, tristeza, medo, sofrimento, dúvidas, devido à incidência do câncer. Torna-se papel da família o acompanhamento do paciente em suas hospitalizações, exames, tratamentos quimioterápicos, consultas, fazendo muitas vezes com que a família tenha que mudar seus hábitos de vida diários em benefício do paciente, para promover o bem-estar e segurança do mesmo, sendo a família onde se encontram os principais cuidadores em benefício da saúde do paciente (VISONÁ et al., 2012).

Além dos familiares, existem também os grupos de apoio que podem auxiliar no benefício da eficácia de tratamento. As organizações do apoio da saúde estão de forma variada, para prestação de apoio e serviço aos pacientes que necessitam de ajuda. Os hospitais, unidades básicas de saúde, no setor da comunidade, em associações de bairros ou grupos sociais organizados, podem ser coordenados por especialista, em geral um profissional com formação, ou por pessoas que possam relatar ao grupo por situações vividas e superadas. Esses grupos procuram realizar encontros de maneira homogênea ou heterogênea, abertas ou fechadas, de frequência semanal, quinzenal ou mensal, com duração variável e objetivos múltiplos, com o objetivo comum de obter uma melhor afinidade e convivência para garantir e

atender as necessidades da população que se encontra doente. Também é organizado um espaço que seja possível desenvolver atividades de enfrentamento da doença e seu tratamento, a partir do contato com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Assim, qualquer apoio de um profissional da saúde no monitoramento e prevenção de reações adversas ao tratamento, acompanhamento psicológico ou nutricional, poderá auxiliar na melhora da qualidade de vida destes pacientes e familiares.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A presente Dissertação será ofertada no formato de artigo, somado a um trabalho técnico apresentando um trabalho acadêmico e uma cartilha técnica. O estudo principal, intitulado “**PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DE NEOPLASIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE COORTE PRÉ E PÓS PANDEMIA DE COVID-19**”, será submetido a um periódico nacional vinculado a base Scopus ou Web of Science, com fator de impacto. O segundo produto versa sobre a segurança do paciente oncológico e será apresentado em formato de cartilha registrada.

RESUMO

Objetivamos determinar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a incidência de neoplasias no Brasil, estabelecendo: a) a frequência de neoplasias nas mesorregiões brasileiras; b) a incidência de neoplasias dividida por região com base no sexo e idade; c) os diferentes diagnósticos estratificados por sexo; d) hierarquizar os principais tipos de neoplasias através de seus percentis, apresentando seus desfechos pré e pós pandemia; e) Analisar os problemas na identificação e prevenção de erros médicos em pacientes oncológicos utilizadas pelos profissionais de saúde. Foram extraídos dados brutos populacionais e de diagnóstico disponíveis no departamento de informática SUS (DATASUS), e coletados dados com base na opção disponível Epidemiologia e Morbidade. Buscou-se cruzar informações das opções de seleção disponíveis: “casos”; “diagnóstico”, “diagnóstico detalhado”, “sexo” ou “faixa etária” e “UF da residência”. Os períodos selecionados foram 2018 e 2019, posteriormente 2021 a 2022, considerando os períodos pré e pós pandemia. Além disso, para observação geral do comportamento da incidência das diferentes Neoplasias, foram coletados dados progressos as datas de pré pandemia, relacionando as unidades da federação (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul). Em particular, adotou-se o mesmo processo para se analisar internamente a região de interesse Centro-oeste. A incidência de neoplasias parece se comportar de forma diferente diante das regiões federativas, exibindo diferenças significativas nas regiões Norte e Centro-Oeste, quando comparado as regiões Sudeste, Sul e Nordeste. É mais frequente a incidência de neoplasias no estado de Goiás comparada aos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, e esse comportamento ocorre de forma progressiva para ambos os estados ao longo dos períodos de 2013 a 2022. Quando observamos os períodos pré e pós pandemia, os dados apontam significativa redução dos diagnósticos de neoplasias malignas, no entanto, um crescente aumento de neoplasias in situ, considerando 2018-19 para 2021-22. A incidência de neoplasias dividida por sexo nos mostra aumento de novos casos para o sexo feminino, exceto para o estado do Centro-Oeste e Nordeste, e uma concomitante redução dos casos masculinos para todos os estados. O comportamento de novos casos estratificado pela idade apresenta uma grande inflexão da curva principalmente entre idades de 40-45 até 70-74 anos nos estados do Sudeste, Sul e Nordeste, com comportamento similar entre os períodos pré pandemia e pós pandemia. Por fim, a estratificação das principais neoplasias nos mostra uma maior incidência de neoplasia maligna da mama entre mulheres, neoplasias malignas da pele em ambos os sexos, e neoplasia maligna da próstata entre grupos de homens. Quando comparamos os períodos pré pandemia e pós pandemia, o percentil para a grande maioria das doenças reduziu ao longo do tempo, demonstrando uma melhora na atualidade. Os dados sobre a segurança do paciente revelam um aumento nas taxas de erros de identificação ao longo dos anos, foi particularmente acentuado durante e após a pandemia de COVID-19, mesmo com melhorias na implementação de protocolos relacionados. Embora uma porcentagem de protocolos implementados tenha crescido, houve um aumento proporcional nos erros de identificação notificados.

Palavras-chave: Neoplasia. Pandemia. Incidência. Mortalidade. Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the impact of the COVID-19 pandemic on the incidence of neoplasms in Brazil, by establishing: (a) the frequency of neoplasms across Brazilian mesoregions; (b) the incidence of neoplasms divided by region, sex, and age; (c) the stratification of different diagnoses by sex; (d) the hierarchical classification of the most prevalent types of neoplasms based on percentiles, presenting their pre- and post-pandemic outcomes; (e) the analysis of problems related to patient identification and the prevention of medical errors in oncology patients, as handled by healthcare professionals. Population-based and diagnostic raw data available from the Brazilian Unified Health System's (SUS) Health Informatics Department (DATASUS) were extracted and analyzed. The study utilized data from the Epidemiology and Morbidity section, cross-referencing available selection parameters such as "cases," "diagnosis," "detailed diagnosis," "sex," "age group," and "state of residence." The selected study periods included 2018 and 2019 (pre-pandemic) and 2021 and 2022 (post-pandemic). Additionally, to assess long-term incidence trends, historical data preceding the pandemic were examined, covering all Brazilian federative units (North, Northeast, Central-West, Southeast, and South). A focused analysis of the Central-West region was also conducted using the same methodology. The incidence of neoplasms varied across federative regions, displaying significant differences in the North and Central-West regions compared to the Southeast, South, and Northeast. The state of Goiás exhibited a higher incidence of neoplasms compared to Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, and the Federal District, with a progressive increase in cases from 2013 to 2022. When comparing the pre- and post-pandemic periods, the data indicate a significant reduction in the diagnosis of malignant neoplasms; however, there was a notable increase in in situ neoplasms, particularly between 2018–2019 and 2021–2022. The gender-based analysis revealed an increase in new cases among females, except in the Central-West and Northeast regions, while male cases declined across all states. The age-stratified incidence of new cases showed a sharp inflection point between the ages of 40–45 and 70–74 in the Southeast, South, and Northeast regions, with a similar pattern in both pre- and post-pandemic periods. Finally, the stratification of major neoplasms indicated a higher incidence of malignant breast neoplasms among women, malignant skin neoplasms in both sexes, and malignant prostate neoplasms among men. When comparing pre- and post-pandemic periods, the percentile distribution for most cancer types decreased over time, suggesting an overall improvement in incidence trends. Regarding patient safety, the findings reveal a progressive increase in patient identification errors over the years, which became particularly pronounced during and after the COVID-19 pandemic, despite the improved implementation of safety protocols. Although the proportion of implemented protocols has grown, there has been a corresponding increase in reported identification errors, emphasizing the need for further standardization and monitoring of patient safety measures in oncology care.

Keywords: Neoplasm, Pandemic, Incidence, Mortality, Health.

INTRODUÇÃO

Com a chegada da COVID-19 ao Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, mais de 39 milhões de casos confirmados e 715 mil óbitos foram registrados, gerando impactos sociais, econômicos e no funcionamento dos sistemas de saúde (BRASIL, 2024). Durante a pandemia, os serviços de saúde enfrentaram desafios significativos, como a sobrecarga dos recursos disponíveis, despreparo inicial das equipes médicas e insegurança dos pacientes, particularmente os oncológicos, devido ao risco elevado de complicações associadas ao vírus (MARINGE et al., 2020). Nesse contexto, houve dificuldades em implementar medidas preventivas eficazes e manter a continuidade do atendimento especializado, resultando em potenciais atrasos no diagnóstico e tratamento de neoplasias (SUD et al., 2020).

Estudos recentes de alto impacto têm documentado as repercussões da pandemia nos cuidados oncológicos em diferentes contextos. Goyal et al., (2023) demonstraram que, nos Estados Unidos, houve uma redução de 21% nas consultas presenciais de pacientes com neoplasias hematológicas durante os primeiros meses da pandemia, evidenciando interrupções significativas nos cuidados especializados. Adicionalmente, Rivera et al., (2022) identificaram fatores associados a atrasos no tratamento oncológico em pacientes diagnosticados com COVID-19, destacando disparidades relacionadas à raça, etnia e comorbidades. No Reino Unido, Lee et al. (2020) observaram que pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia apresentaram taxas de mortalidade elevadas em função da COVID-19, sublinhando a vulnerabilidade dessa população. No Brasil, Atty et al., (2022) identificaram uma redução acentuada nos procedimentos diagnósticos de câncer de boca em 2020, especialmente nos meses de abril e maio, atribuída às medidas restritivas e reorganização dos serviços de saúde.

A literatura científica destaca a importância de compreender as tendências epidemiológicas do câncer, especialmente em cenários de crise sanitária. Estudos de Maringe et al., (2020) e Sud et al., (2020) demonstraram que atrasos no diagnóstico e tratamento de câncer podem impactar significativamente a mortalidade em pacientes oncológicos. Contudo, no contexto brasileiro, pouco se sabe sobre a distribuição das neoplasias nas diferentes regiões, particularmente considerando as variações de sexo, idade e tipos específicos de câncer antes e após a pandemia. Tais lacunas no conhecimento comprometem o planejamento de políticas públicas e a alocação de recursos, essenciais para mitigar os efeitos adversos na saúde oncológica.

Embora dados epidemiológicos sejam disponibilizados por órgãos governamentais, ainda existem lacunas na literatura sobre o impacto real da pandemia na incidência de neoplasias no Brasil. Questões como possíveis alterações nos padrões regionais, variações nos tipos de neoplasias diagnosticadas e implicações para o manejo oncológico permanecem sem resposta. Com base nesse panorama, este estudo tem como objetivo estabelecer um mapeamento detalhado da epidemiologia do câncer no Brasil no período pré e pós-pandemia. Para que a partir desses dados possa, buscar-se: (a) identificar a frequência de neoplasias nas diversas mesorregiões brasileiras, considerando suas especificidades sociodemográficas; (b) determinar a incidência de neoplasias estratificada por sexo e faixa etária, permitindo análises comparativas entre diferentes grupos populacionais; (c) avaliar os padrões de diagnóstico oncológico de acordo com o sexo, fornecendo insights sobre possíveis disparidades de gênero; e (d) hierarquizar os principais tipos de neoplasias, analisando percentis e desfechos clínicos nos períodos anterior e posterior à pandemia.

Como hipótese: a) Espera-se que haja disparidades significativas na frequência de neoplasias entre as diferentes mesorregiões brasileiras, refletindo desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na capacidade diagnóstica; b) A incidência de neoplasias deverá variar conforme o sexo e a faixa etária, com maior prevalência de cânceres específicos em determinado grupo (> 50 anos); c) Espera-se identificar disparidades de gênero nos padrões de diagnóstico. Mulheres terão maior frequência de diagnósticos em cânceres de mama e colo do útero. No entanto, a pandemia pode ter reduzido a adesão a esses programas, impactando negativamente o diagnóstico precoce; d) Prevê-se que os percentis dos principais tipos de neoplasias sofram alterações no período pós-pandemia;

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

O objetivo do presente estudo foi determinar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre o número de casos de neoplasias no Brasil, bem como, sobre a segurança do paciente oncológico.

3.2. Objetivos específicos

Primários

- a) Estabelecer a frequência de neoplasias nas mesorregiões brasileiras;
- b) analisar a associação do número de casos por unidade federativa e a renda per capita;
- b) Determinar o número de casos de neoplasias dividida por região com base no sexo;
- c) Comparar o número de casos entre homens e mulheres;
- d) Analisar o comportamento do número de casos estratificados pela idade ao longo dos anos;
- e) hierarquizar os principais tipos de neoplasias através de seus percentis, apresentando seus desfechos pré e pós pandemia.

Secundários

- f) Analisar as práticas atuais de identificação de pacientes oncológicos utilizadas pelos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa epidemiológica quantitativa com caráter exploratório descritivo, que se baseia na quantificação de dados brutos e relativizados por 100.000 habitantes para composição de uma estatística de frequência amostral, tendência central e dispersão.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos dados brutos de número de casos de neoplasias estratificados por Mesorregião, unidade federativa (UF), sexo, idade tipos de neoplasias, considerando um período de 2018 a 2019 (pré pandemia), 2020 a 2021 (durante a pandemia), 2022 a 2023 (pós pandemia). Em alguns casos, quando analisado individualmente o comportamento dos dados, foi também adicionado o ano de 2024. Todos os dados compreenderam os meses de janeiro a dezembro do ano em questão. Apenas dados de número de casos de neoplasias disponíveis no sistema brasileiro DATASUS (Tabnet) foram considerados para inclusão no estudo. Foram excluídos os casos inferiores a 2018, que não possuíam consistência ou de comportamento anormal, bem como, dados que não tratavam especificamente sobre diagnóstico, diagnóstico detalhado, sexo, faixa etária ou idade.

Estratégia de Coleta de dados

Todo o material utilizado para compor a pesquisa foi retirado de dados populacionais e de diagnóstico disponíveis no sistema de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os dados foram retirados do sistema aberto de Departamento de Informática SUS (DATASUS). Foram coletados conforme pressupostos tutoriais no sistema TABNET, disponibilizado pelo próprio Ministério da Saúde (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> - acessado entre os dias 10 e 20 de janeiro de 2025). Com base na opção disponível Epidemiologia e Morbidade, buscou-se a opção “Tempo até o início do tratamento oncológico – PAINEL – oncologia”.

No painel oncologia cruzou-se informações das opções de seleção disponíveis: a) “Medidas”, selecionando opção “casos”; b) “Coluna”, selecionando as alternativas “Região – tratamento”, “diagnóstico”, “diagnóstico detalhado”, “sexo” ou “faixa etária”; c) “Linha”, selecionando a alternativa “região – tratamento” e “UF da residência”. A figura 1 apresenta o formato de visualização do sistema.

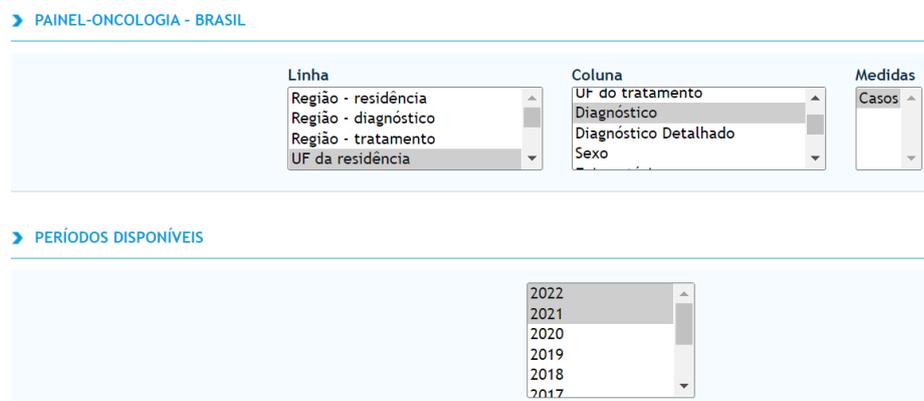


Figura 1. Formato de busca dos dados brutos no sistema TABNET.

Os períodos disponíveis foram selecionados conjuntamente 2018 a 2019, 2020 a 2021, e posteriormente 2022 a 2023, considerando os períodos pré, durante e pós pandemia. Entretanto, para algumas análises, os dados foram tratados e comparados de forma individual por ano de ocorrência, sendo incluído o ano de 2024. Para observação do comportamento do número de casos das diferentes neoplasias, os dados foram coletados e estratificados por mesorregião ou unidades da federação (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, ou seus municípios).

Todos os dados foram coletados por dois avaliadores experientes, sendo tratados em sua forma bruta ou relativizada por 100.000 hab. Para relativização por número de habitantes, foram considerados os resultados do censo atualizado de 2022, disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados> (acessado em 10 de janeiro de 2025). A renda per capita foi também coletada utilizando a mesma origem disponível pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Secundariamente, utilizou-se registros de casos relacionados à internação e segurança do paciente oncológico em instituições de saúde do Brasil. Inicialmente, os anos de 2018 e 2024 foram investigados no sistema TABNET, disponibilizado pelo próprio Ministério da Saúde (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> - acessado entre os dias 20 e 24 de janeiro de 2025). Foi selecionada a opção “Epidemiológicas e Morbidade”, entrando no subdiretório de “Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)”, e na opção “Geral, por local de internação – a partir de 2008”, com a abrangência no Brasil por municípios. A Figura 2 apresenta o sistema de busca dos dados brutos.

The screenshot displays the search interface for hospital morbidity data in TABNET. It is organized into three main sections:

- MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - BRASIL:** This section contains three dropdown menus for selection:
 - Linha:** Options include Município, Capital, Região de Saúde (CIR), and Macrorregião de Saúde.
 - Coluna:** Options include Caráter atendimento, Regime, Capítulo CID-10, and Faixa Etária 1.
 - Conteúdo:** Options include Internações, AIH aprovadas, Valor total, and Valor serviços hospitalares.
- PERÍODOS DISPONÍVEIS:** A dropdown menu showing available months for 2024, with 'Nov/2024' selected.
- SELEÇÕES DISPONÍVEIS:** A list of available categories with expandable icons:
 - Município
 - Capital
 - Região de Saúde (CIR)
 - Macrorregião de Saúde
 - Microrregião IBGE
 - Região Metropolitana - RIDE
 - Território da Cidadania
 - Mesorregião PNDR
 - Amazônia Legal
 - Semiárido
 - Faixa de Fronteira
 - Zona de Fronteira
 - Município de extrema pobreza
 - Caráter atendimento
 - Regime
 - Capítulo CID-10

Below the list, there is a search input field with the placeholder text "Digite o texto e ache fácil". A dropdown menu is open, showing a list of categories:

- Todas as categorias
- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores)
- III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
- IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas

Figura 2. Sistema de busca por morbidade hospitalar.

Foram cruzadas as informações das opções de seleção disponíveis: a) “Conteúdo”, selecionando opção “internação”; b) “Coluna”, selecionando as alternativas “Capítulo CID-10”; c) “Linha”, selecionando a alternativa “Município”. Por fim, em seleção disponíveis, foi selecionado a opção “Neoplasias (tumores)”.

A partir do mesmo diretório no diretório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>), entrando no acesso à informação dados abertos e sistema de vigilância NOTIVISA (Módulo de Assistência à Saúde), disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/servicos-de-saude/notivisa-modulo-assistencia-a-saude>. Os dados foram coletados a partir da opção “Incidentes por tipo – Detalhado II” e “Instituições Cadastradas”. As variáveis de desfecho coletadas foram: a) falha na identificação do paciente, falta de pulseiras de identificação; falta de identificação no leito; troca de nomes de pacientes; b) Categoria “Ambulatório e hospital”, Subcategoria “Núcleo de Segurança do paciente”.

Todos os dados foram coletados e tratados em janeiro de 2025.

Análise de dados

Os dados foram expressos de forma descritiva em valores brutos (nº de casos), relativizada (por 100.000 hab.), em seus valores totais e/ou variação percentual ($\Delta\%$). Quando pertinente para análise estatística, média \pm desvio padrão, foi também estabelecida. Além disso, foi também realizado a estratificação hierárquica das principais neoplasias através da análise de percentil.

Considerando a natureza dos dados, para a comparação entre mesorregiões ou unidades federativas (UF), o comportamento não apresentou normalidade de distribuição, portanto, sendo tratado de forma não paramétrica, a exceção do comportamento dos dados brutos e relativizados por 100.000 habitantes, estratificado por estado. Neste caso, uma ANOVA de uma entrada (one-way) comparou as médias dos diferentes anos. A correlação de Pearson associou os casos nas diferentes unidades federativas aos valores de renda per capita.

O número de casos entre sexo ao longo dos períodos investigados foi analisado a partir do teste de Friedman entre a séries temporais para o sexo masculino e o feminino. Um post-hoc para Friedman apontou possíveis diferenças. Por fim, o teste de Kruskal-Wallis comparou diretamente o sexo masculino vs. feminino para cada ano. O software estatístico GraphPad Prisma (Versão 8) foi utilizado para a construção

gráfica e o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences – Versão 20.0*) para análise comparativa, sendo estabelecido um valor $p = 0,05$ como referência.

RESULTADOS

Desfecho Primário

Quando observamos o acumulado de casos absolutos por UF, a ANOVA One-way confirma que há diferenças significativas entre as regiões em relação à incidência de neoplasias ($F = 46.07$; $p < 0,00001$). As comparações de Posthoc identificaram diferenças significativas para as comparações Centro-Oeste vs. Nordeste ($p = 0,0003$), Centro-Oeste vs. Sudeste ($p = 0,0000$), Centro-Oeste vs. Sul ($p = 0,0000$), Nordeste vs. Norte ($p < 0,0001$), Nordeste vs. Sudeste ($p = 0,0001$), Norte vs. Sudeste ($p < 0,0001$), Norte vs. Sul ($p < 0,0001$), Sudeste vs. Sul ($p < 0,0001$). A Tabela 1 apresenta os resultados por média e desvio padrão (DP), divididas por União Federativa (UF). Quando relativizado por 100.000 habitantes, as diferenças diminuem, onde somente Sul vs. Centro-Oeste ($p < 0,00001$), Sul vs. Nordeste ($p < 0,00001$), Sul vs. Norte ($p < 0,00001$), Sul vs. Sudeste ($p < 0,0007$) e Sudeste vs. Norte ($p = 0,0038$) apresentaram diferenças significativas.

A Tabela 2 apresenta o comportamento dos dados brutos relativizados por 100.000 habitantes, estratificado por estado. Não houve associação entre nenhum dos dados de novos casos relativizados, por ano, e a renda per capita ($p > 0,05$), sugerindo que não há interferência no aparecimento de novos casos. A Figura 3 apresenta a variação da prevalência de neoplasias pré e pós pandemia. Figura 4 apresenta a variação percentual relativizada por 100.000 hab. por região, com base nas características das doenças.

Tabela 1. Apresentação geral do número de casos de diagnósticos de neoplasias ao longo dos anos em todas as unidades federativas.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Ignorados	Total
2018	5.102	34.591	67.508	38.309	9.215	105.981	260.706
2019	9.446	58.345	115.223	65.155	16.210	271.304	535.683
2020	11.003	60.721	119.031	68.151	17.670	237.128	513.704
2021	12.586	67.190	127.190	70.348	18.919	277.689	573.922
2022	13.565	70.405	133.642	76.733	20.212	319.965	634.522
2023	13.733	70.640	138.579	80.389	21.117	349.623	674.081

2024	8.517	41.983	76.462	45.907	12.698	333.977	519.544
Média	10.565	57.696	111.091	63.570	16.577	270.810	530.309
DP	3.125	14.198	27.994	15.682	4.279	82.632	133.253

Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS; O somatório total trata-se de neoplasias Malignas (Lei no 12.732/12), neoplasias in situ, neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido e C44+C73; UF = unidade federativa

Tabela 2. Incidência de Neoplasias nas Unidades Federativas ao Longo dos Anos

UF	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Renda	População
	(Nº de novos casos por ano – dados brutos)							(per capita)	(total)
Rondônia	887	3.106	4.447	4.216	5.846	7.265	5.785	1.527	1.581.196,00
Acre	282	491	734	990	1.116	975	572	1.095	830.018,00
Amazonas	1.697	4.007	4.608	4.651	4.448	4.753	3.804	1.172	3.941.613,00
Roraima	144	385	621	795	1.243	1.012	992	1.339	636.707,00
Pará	3.162	6.540	7.213	8.078	8.603	9.294	9.081	1.282	8.120.131,00
Amapá	154	295	545	592	848	857	870	1.520	733.759,00
Tocantins	817	3.090	2.995	3.979	2.710	3.385	3.449	1.581	1.511.460,00
Maranhão	4.692	12.139	11.762	17.537	19.500	17.908	15.018	945	6.776.699,00
Piauí	3.350	5.189	4.130	5.531	5.975	7.310	5.130	1.342	3.271.199,00
Ceará	17.926	31.727	25.238	22.585	24.154	23.833	18.012	1.166	8.794.957,00
Rio Grande do Norte	6.031	14.202	13.461	16.846	19.454	21.105	18.298	1.373	3.302.729,00
Paraíba	6.747	10.566	7.176	8.673	10.305	11.621	9.698	1.320	3.974.687,00
Pernambuco	10.448	21.676	19.698	24.743	25.344	24.057	17.849	1.113	9.058.931,00
Alagoas	2.646	8.043	8.668	10.559	13.245	11.745	9.730	1.110	3.127.683,00
Sergipe	1.507	2.569	2.874	3.690	4.898	4.560	3.206	1.218	2.210.004,00
Bahia	13.260	21.632	20.548	24.317	26.668	28.579	17.977	1.139	14.141.626,00
Minas Gerais	31.650	59.821	59.721	65.943	77.629	82.383	60.924	1.918	20.539.989,00
Espírito Santo	5.269	12.099	11.396	14.316	16.732	16.279	14.533	1.915	3.833.712,00
Rio de Janeiro	9.617	29.358	26.597	36.668	35.006	37.183	26.363	2.367	16.055.174,00
São Paulo	65.461	124.837	120.343	126.834	142.730	154.531	118.882	2.492	44.411.238,00
Paraná	24.786	45.902	44.873	48.286	51.864	54.116	38.436	2.115	11.444.380,00
Santa Catarina	12.426	32.203	32.605	35.058	38.400	42.892	37.053	2.269	7.610.361,00
Rio Grande do Sul	22.218	51.450	51.993	55.818	61.804	66.955	51.766	2.304	10.882.965,00
Mato Grosso do Sul	4.150	8.418	7.036	7.674	9.285	9.919	6.428	2.030	2.757.013,00
Mato Grosso	2.654	5.770	5.542	6.065	7.485	9.895	8.837	1.991	3.658.649,00
Goiás	7.103	16.649	14.271	15.128	14.722	16.514	13.124	2.017	7.056.495,00
Distrito Federal	1.622	3.519	4.609	4.350	4.508	5.155	3.727	3.357	2.817.381,00
Total	260.706	535.683	513.704	573.922	634.522	674.081	519.544		

Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS

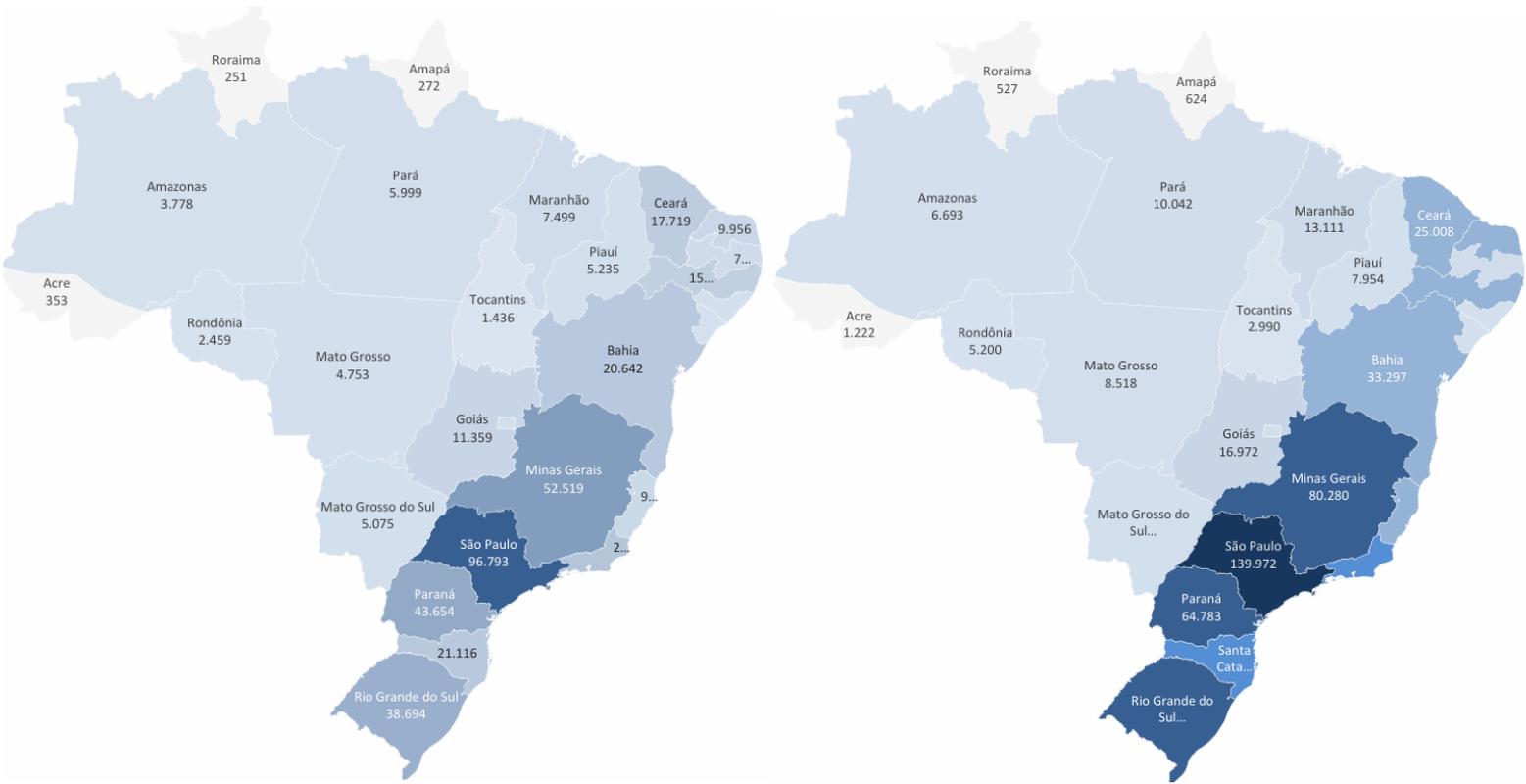


Figura 3. Variação da prevalência de neoplasias pré e pós pandemia.

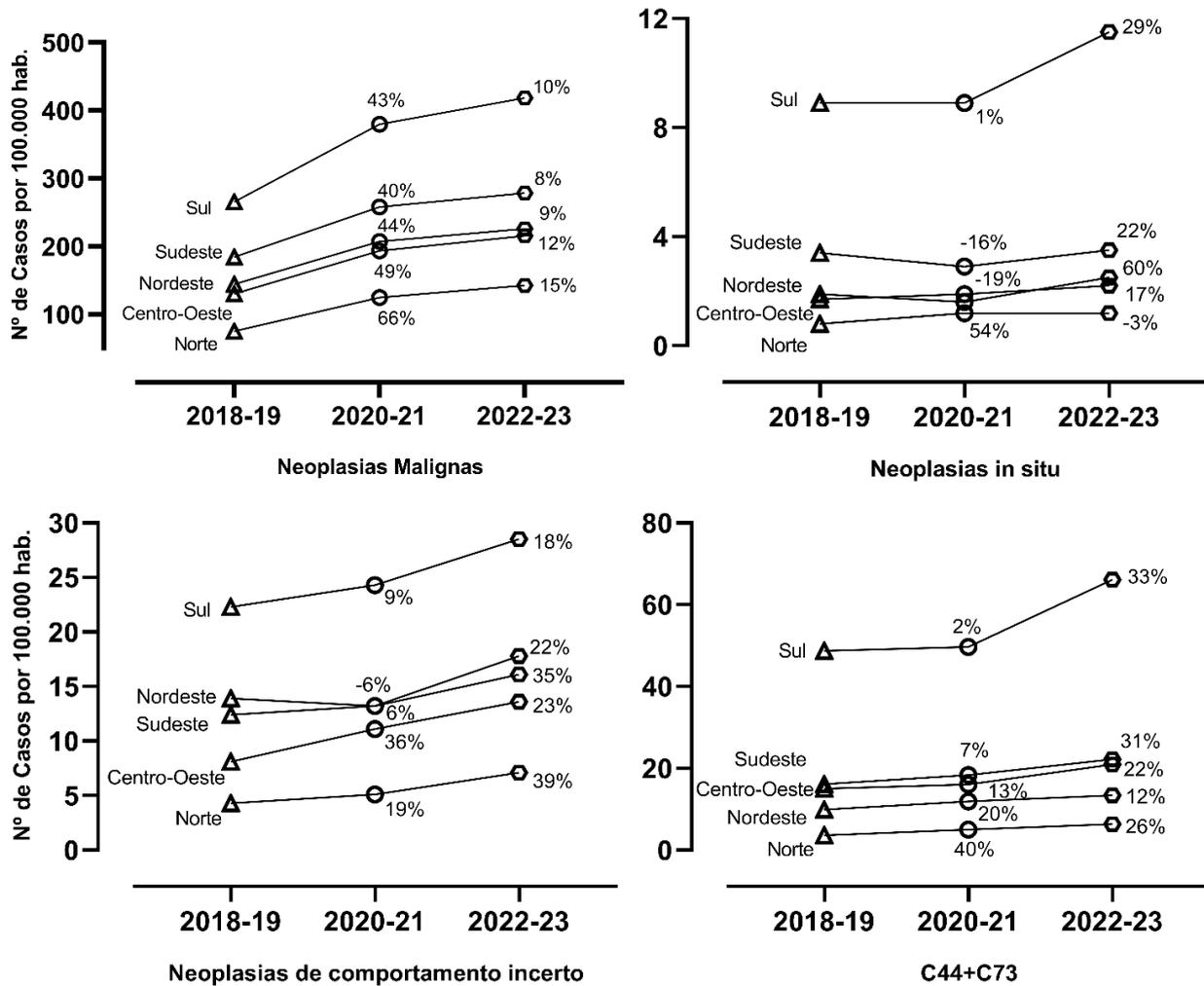


Figura 4. Apresentação das incidências de neoplasias com base nas características das doenças. Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS

Tabela 3. Incidência de Neoplasias nas Unidades Federativas ao Longo dos Anos, relativizada por 100.000 hab.

UF da residência	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Δ% 18-19	Δ% 19-20	Δ% 20-21	Δ% 21-22	Δ% 22-23	Δ% 23-24
Rondônia	56,1	196,4	281,2	266,6	369,7	459,5	365,9	250%	43%	-5%	39%	24%	-20%
Acre	34,0	59,2	88,4	119,3	134,5	117,5	68,9	74%	49%	35%	13%	-13%	-41%
Amazonas	43,1	101,7	116,9	118,0	112,8	120,6	96,5	136%	15%	1%	-4%	7%	-20%
Roraima	22,6	60,5	97,5	124,9	195,2	158,9	155,8	167%	61%	28%	56%	-19%	-2%
Pará	38,9	80,5	88,8	99,5	105,9	114,5	111,8	107%	10%	12%	6%	8%	-2%
Amapá	21,0	40,2	74,3	80,7	115,6	116,8	118,6	92%	85%	9%	43%	1%	2%
Tocantins	54,1	204,4	198,2	263,3	179,3	224,0	228,2	278%	-3%	33%	-32%	25%	2%
Maranhão	69,2	179,1	173,6	258,8	287,8	264,3	221,6	159%	-3%	49%	11%	-8%	-16%
Piauí	102,4	158,6	126,3	169,1	182,7	223,5	156,8	55%	-20%	34%	8%	22%	-30%
Ceará	203,8	360,7	287,0	256,8	274,6	271,0	204,8	77%	-20%	-11%	7%	-1%	-24%
Rio Grande do Norte	182,6	430,0	407,6	510,1	589,0	639,0	554,0	135%	-5%	25%	15%	8%	-13%
Paraíba	169,7	265,8	180,5	218,2	259,3	292,4	244,0	57%	-32%	21%	19%	13%	-17%
Pernambuco	115,3	239,3	217,4	273,1	279,8	265,6	197,0	107%	-9%	26%	2%	-5%	-26%
Alagoas	84,6	257,2	277,1	337,6	423,5	375,5	311,1	204%	8%	22%	25%	-11%	-17%
Sergipe	68,2	116,2	130,0	167,0	221,6	206,3	145,1	70%	12%	28%	33%	-7%	-30%
Bahia	93,8	153,0	145,3	172,0	188,6	202,1	127,1	63%	-5%	18%	10%	7%	-37%
Minas Gerais	154,1	291,2	290,8	321,0	377,9	401,1	296,6	89%	0%	10%	18%	6%	-26%
Espírito Santo	137,4	315,6	297,3	373,4	436,4	424,6	379,1	130%	-6%	26%	17%	-3%	-11%
Rio de Janeiro	59,9	182,9	165,7	228,4	218,0	231,6	164,2	205%	-9%	38%	-5%	6%	-29%
São Paulo	147,4	281,1	271,0	285,6	321,4	348,0	267,7	91%	-4%	5%	13%	8%	-23%
Paraná	216,6	401,1	392,1	421,9	453,2	472,9	335,9	85%	-2%	8%	7%	4%	-29%
Santa Catarina	163,3	423,1	428,4	460,7	504,6	563,6	486,9	159%	1%	8%	10%	12%	-14%
Rio Grande do Sul	204,2	472,8	477,7	512,9	567,9	615,2	475,7	132%	1%	7%	11%	8%	-23%
Mato Grosso do Sul	150,5	305,3	255,2	278,3	336,8	359,8	233,2	103%	-16%	9%	21%	7%	-35%
Mato Grosso	72,5	157,7	151,5	165,8	204,6	270,5	241,5	117%	-4%	9%	23%	32%	-11%
Goiás	100,7	235,9	202,2	214,4	208,6	234,0	186,0	134%	-14%	6%	-3%	12%	-21%
Distrito Federal	57,6	124,9	163,6	154,4	160,0	183,0	132,3	117%	31%	-6%	4%	14%	-28%
Média	104,6	225,7	221,7	253,8	285,5	302,1	241,0	126%	6%	16%	14%	6%	-20%

A Tabela 4 discrimina o número de casos entre sexo ao longo dos períodos investigados. A análise não paramétrica foi utilizada para comprar a série temporal de dados (2018 a 2024). O teste de Friedman observou diferenças significativas entre a série temporal entre o sexo masculino (Qui-quadrado = 30,929; $p < 0,001$) e feminino (Qui-quadrado = 32,071; $p < 0,001$). O Posthoc para Friedman apontou diferenças significativas em diferentes combinações para o sexo masculino e o feminino e pode ser visualizada no nó de comparações apresentados na Figura 5 e 6.

As unidades federativas foram comparadas considerando o somatório total de casos para Masculino vs. Feminino, individualmente por ano. O teste de Kruskal-Wallis não demonstrou diferenças significativas para Masculino vs. Feminino em 2018 ($H = 1,007$; $p = 0,316$), 2019 ($H = 1,095$; $p = 0,295$), 2020 ($H = 0,857$; $p = 0,355$), 2021 ($H = 1,042$; $p = 0,307$), 2022 ($H = 1,169$; $p = 0,280$), 2023 ($H = 1,404$; $p = 0,236$), 2024 ($H = 1,892$; $p = 0,169$).

Tabela 4. Incidência de Neoplasias divididas por sexo e por região.

	Sexo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norte	Masculino	1.952	3.763	4.477	5.157	5.667	5.763	3.608
Nordeste		13.848	24.319	25.802	28.236	29.617	29.550	17.178
Sudeste		29.961	53.105	56.701	59.009	62.286	63.846	34.073
Sul		16.085	29.006	31.587	31.949	34.464	36.173	20.605
Centro-Oeste		3.778	7.009	7.807	8.435	9.111	9.446	5.727
Ignorados		44.985	113.238	99.497	113.125	126.751	138.490	128.916
Total		110.609	230.440	225.871	245.911	267.896	283.268	210.107
	Sexo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norte	Feminino	3.150	5.683	6.526	7.429	7.898	7.970	4.909
Nordeste		20.743	34.026	34.919	38.954	40.788	41.090	24.805
Sudeste		37.547	62.118	62.330	68.181	71.356	74.733	42.389
Sul		22.224	36.149	36.564	38.399	42.269	44.216	25.302
Centro-Oeste		5.437	9.201	9.863	10.484	11.101	11.671	6.971
Ignorados		60.996	158.066	137.631	164.564	193.214	211.133	205.061
Total		150.097	305.243	287.833	328.011	366.626	390.813	309.437

Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS

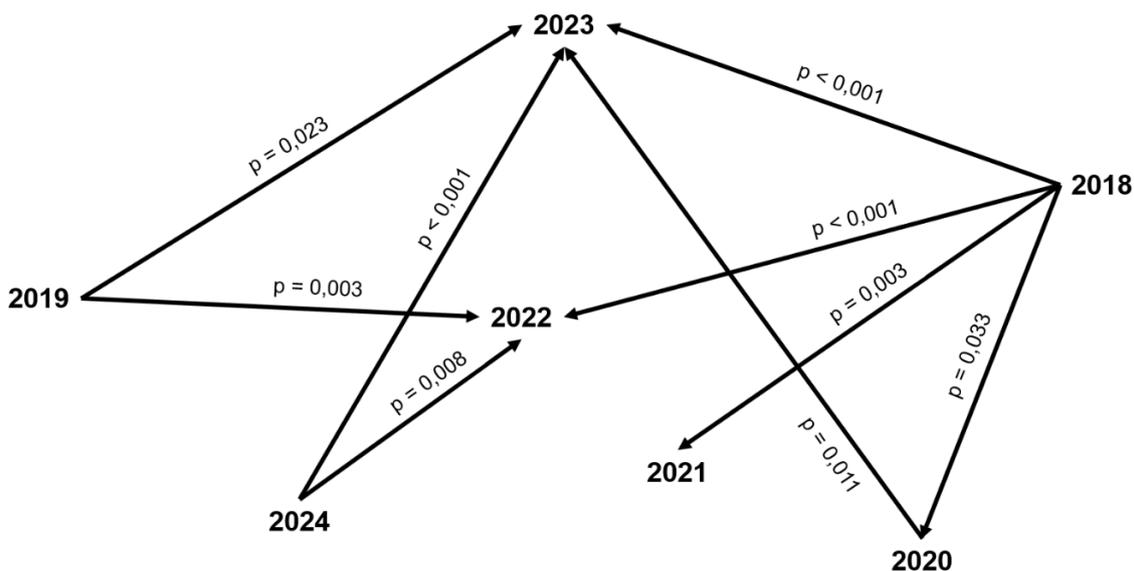


Figura 5. Nó de comparações entre as séries temporais de dados para o sexo masculino.

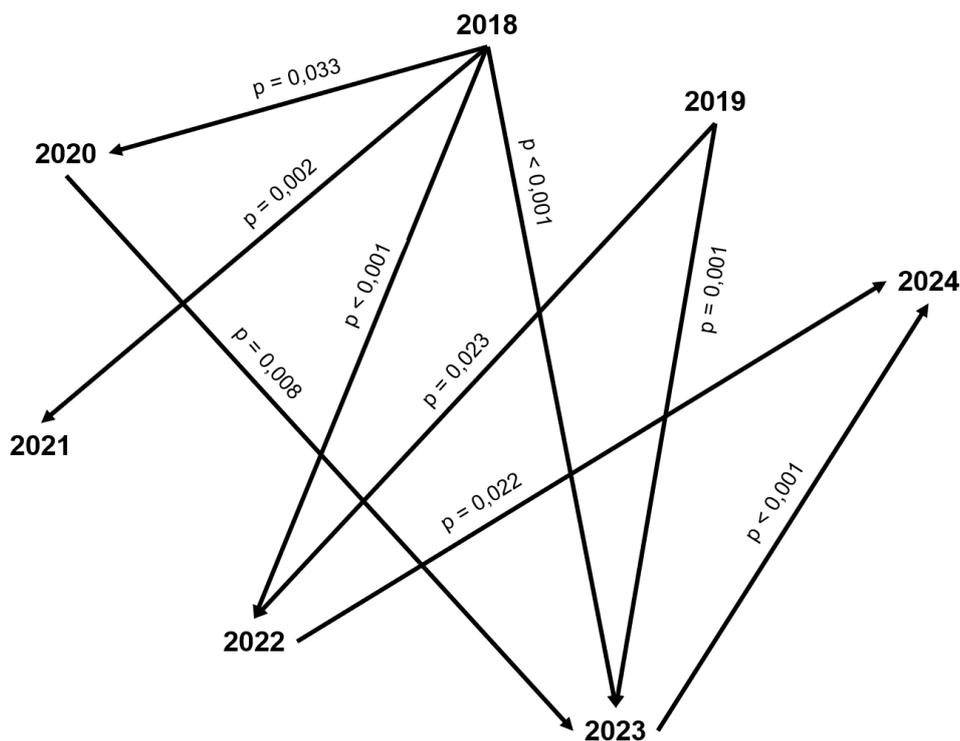


Figura 6. Nó de comparações entre as séries temporais de dados para o sexo masculino.

O comportamento dos casos de neoplasias estratificados por idade ao longo dos anos foi investigado, conforme demonstrado na Figura 7.

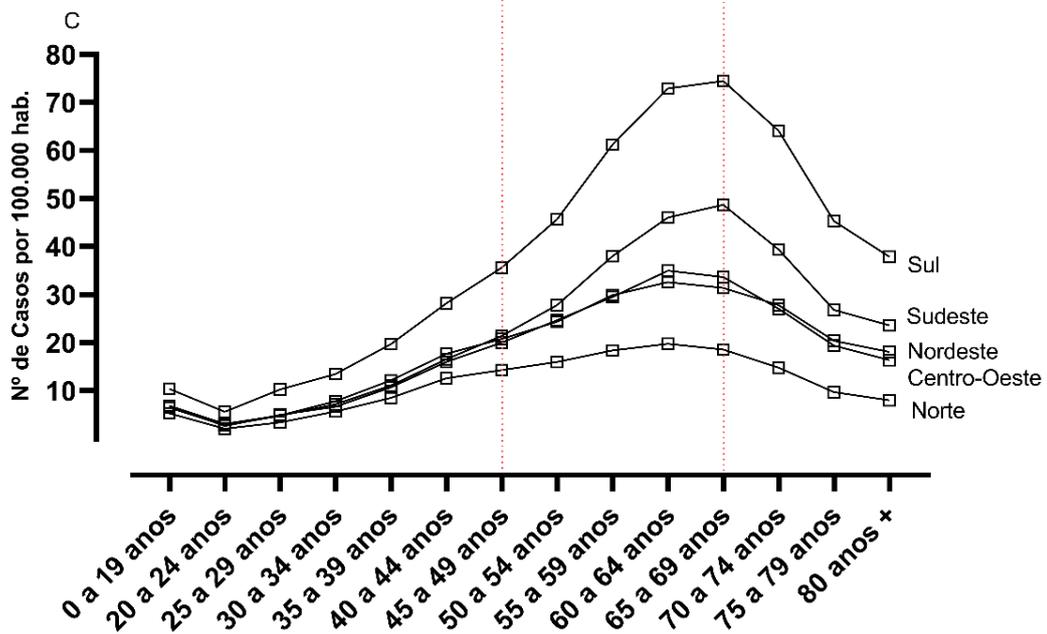
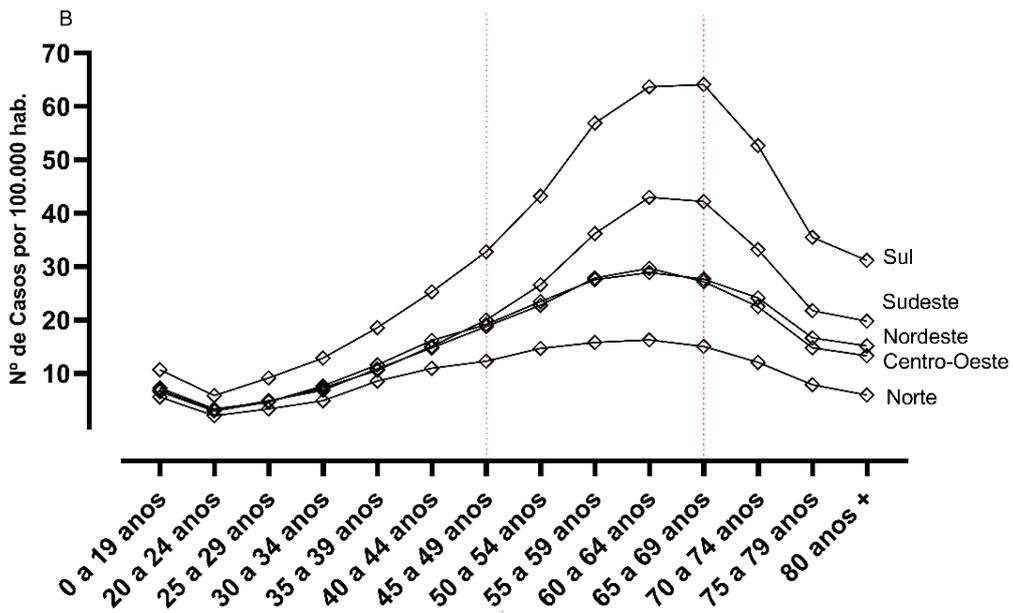
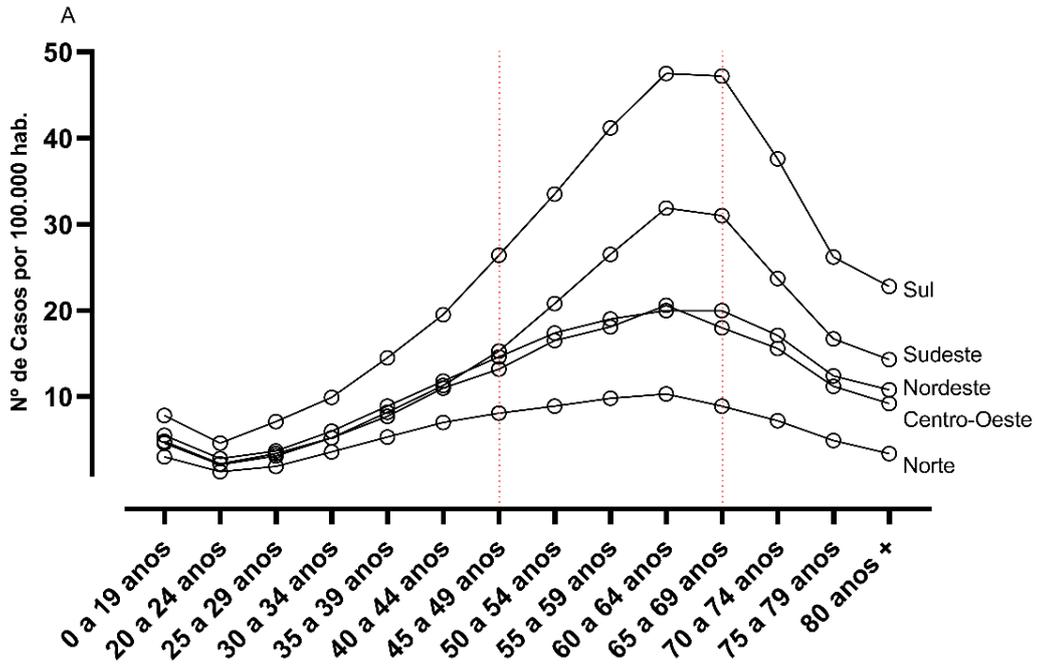


Figura 7. Número de casos estratificados por idade nos anos de 2018 a 2019 (A); 2020 a 2021 (B); 2022 a 2023 (C). Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS

Por fim, os dados foram estratificados em categorias de percentil nos principais e mais incidentes tipos de neoplasias. A lista de doenças está disponível na tabela 5. A relação em questão representa 80% dos tipos de neoplasias mais prevalentes no Brasil e foi categorizada por grupo de anos: a) pré pandemia (2018-19); b) durante a pandemia (2020-21); c) pós pandemia (2022-23). A lista de neoplasias foi organizada em percentis considerando a hierarquia das doenças mais incidentes (do maior para o menor). Adicionalmente foi criado uma nuvem de palavras considerando as neoplasias de maior prevalência com mais de 15.000 casos, levando em conta os sexos. A Figura 8 e 9 apresentam a nuvem de palavras divididas por sexo.



Figura 8. Nuvem de palavras considerando neoplasias mais prevalentes para o sexo masculino.

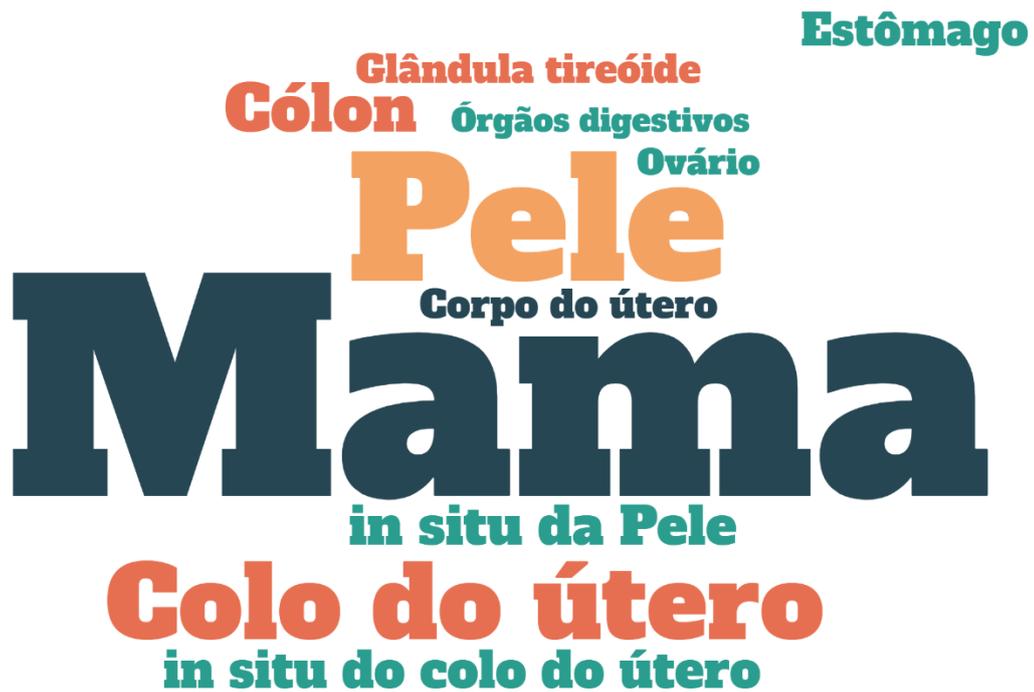


Figura 9. Nuvem de palavras considerando neoplasias mais prevalentes para o sexo Feminino.

Tabela 5. Distribuição das principais neoplasias por percentil.

Doença	2018-19		2020-21			2022-23		
	n	Percentil	n	Percentil	#	n	Percentil	#
C50 - Neoplasia maligna da mama	93554	p95	106583	p95	↔	125178	p95	↔
C44 - Outras neoplasias malignas da pele	89789	p95	100079	p95	↔	133773	p95	↔
C61 - Neoplasia maligna da próstata	69991	p90	71672	p90	↔	90689	p95	↑
D48 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido	55096	p85	96646	p95	↑	131781	p95	↔
C18 - Neoplasia maligna do cólon	30115	p85	46175	p85	↔	52670	p90	↑
C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização	28219	p80	37184	p85	↑	42890	p85	↔
C53 - Neoplasia maligna do colo do útero	23754	p75	38323	p85	↑	43274	p85	↔
C49 - Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	19603	p75	20746	p75	↔	25329	p80	↑
C16 - Neoplasia maligna do estômago	19547	p75	37414	p85	↑	39590	p85	↔
D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)	18025	p70	15843	p65	↓	21037	p75	↑
C79 - Neoplasia maligna secundária de outras localizações	17760	p65	31169	p85	↑	29943	p85	↔
D04 - Carcinoma in situ da pele	15794	p65	25588	p80	↑	37229	p85	↑
C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	15368	p60	26128	p80	↑	28149	p80	↔
C20 - Neoplasia maligna do reto	15300	p55	21972	p75	↑	24358	p80	↑
C77 - Neoplasia maligna secundária dos gânglios linfáticos	14449	p55	19578	p75	↑	19439	p70	↓
C67 - Neoplasia maligna da bexiga	13595	p50	14939	p55	↑	16779	p65	↑
C73 - Neoplasia maligna da glândula tireoide	11731	p50	14498	p55	↑	19040	p70	↑
C56 - Neoplasia maligna do ovário	10450	p45	14053	p50	↑	15561	p60	↑
D39 - Neoplasia de comportamento incerto dos órgãos genitais femininos	9964	p40	10587	p45	↑	13751	p50	↑
C76 - Neoplasia maligna de localizações mal definidas	9190	p40	13976	p50	↑	13468	p50	↔
C54 - Neoplasia maligna do corpo do útero	9048	p35	14051	p50	↑	17018	p65	↑
C43 - Melanoma maligno da pele	8685	p30	10027	p40	↑	11961	p50	↑
C15 - Neoplasia maligna do esôfago	8251	p30	15689	p60	↑	15148	p55	↓
C32 - Neoplasia maligna da laringe	7778	p25	10977	p45	↑	10839	p45	↔
D37 - Neoplasia de comportamento incerto dos órgãos digestivos	7520	p20	14134	p55	↑	23198	p80	↑
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	7029	p20	10345	p45	↑	10517	p45	↔

C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	6954	p15	8368	p30	↑	10643	p45	↑
D43 - Neoplasia de comportamento incerto do encéfalo	6356	p15	9873	p40	↑	8688	p30	↓
D44 - Neoplasia de comportamento incerto das glândulas endócrinas	5821	p10	5576	p5	↓	9883	p40	↑
C78 - Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos	5524	p5	6590	p15	↑	7014	p20	↑
C92 - Leucemia mieloide	5435	p5	7136	p20	↑	7698	p25	↑
C25 - Neoplasia maligna do pâncreas	5290	p5	8585	p30	↑	9102	p35	↑
C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	5043	p5	7386	p20	↑	8998	p35	↑

Fonte: Dados Extraídos do Sistema Governamental DATASUS

Desfecho Secundário

A análise dos dados coletados entre os anos de 2018 e 2024 revelou informações sobre a segurança do paciente oncológico, especialmente em relação à identificação e à prevenção de erros médicos. A tabela 6 apresenta um resumo dos principais achados da análise dos dados relacionados à identificação do paciente oncológico e a ocorrência de eventos adversos.

Tabela 6: Erros de Identificação em Pacientes Oncológicos e Protocolos Implementados (2018-2024).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total de Pacientes Oncológicos	832.326	882.613	696.787	798.407	937.971	1.017.973	1.011.460
Erros de Identificação Reportados	6.886	11.518	8.712	14.602	20.373	26.300	31.847
Falta de pulseiras de identificação	4.138	7.124	5.532	9.096	13.357	17.489	21.582
Falta de identificação no leito	1.609	3.012	1.857	3.869	4.600	5.560	6.561
Troca do nome dos pacientes	1.139	1.382	1.323	1.637	2.416	3.251	3.704
Percentual de Erros (%)	0,82%	1,30%	1,25%	1,82%	2,17%	2,58%	3,14%
Protocolos Implementados	70%	75%	80%	85%	90%	95%	95%

Fonte: DataSUS, NOTIVISA, Brasil, 2024.

Os dados revelam um aumento nas taxas de erros de identificação ao longo dos anos, foi particularmente acentuado durante e após a pandemia de COVID-19, mesmo com melhorias na implementação de protocolos relacionados. Esse crescimento tornou-se ainda mais acentuado durante a pandemia de COVID-19. Entre 2018 e 2024, a proporção de erros de identificação passou de 0,82% para 3,14%.

A análise da tabela indica que embora uma porcentagem de protocolos implementados tenha crescido, houve um aumento proporcional nos erros de identificação notificados. Esse fato destaca a necessidade de uma abordagem mais ampla para a construção de uma cultura de segurança.

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou determinar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre o número de casos de neoplasias no Brasil, estratificado por mesorregião, sexo, idade, e tipos de neoplasias, bem como, sobre os efeitos sobre a segurança do paciente oncológico. Até onde sabemos, nosso estudo é pioneiro na observação de tais efeitos, atendendo a um importante *gap* relacionado a saúde pública nacional. Sabemos que o câncer é a segunda doença não transmissível (DNT) mais importante globalmente, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares em termos de mortalidade e impacto na saúde pública, com cerca de 10 milhões de óbitos anualmente no mundo (WHO, 2023).

Desfecho Primário

Então, nossos achados revelam dois cenários plausíveis sobre a temática: a) uma potencial disparidade entre regiões; b) mudanças nas tendências diagnósticas. Os resultados indicam uma redução significativa nos diagnósticos de neoplasias malignas, acompanhada de um aumento simultâneo nos diagnósticos de neoplasias *in situ*, sugerindo possíveis atrasos nos diagnósticos oncológicos devido à sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia. Esses achados estão alinhados com estudos prévios, como o de Hanna et al. (2020), que demonstraram que atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer devido a interrupções nos serviços de saúde estão associados a um maior risco de mortalidade em diversos tipos de câncer.

Os dados coletados demonstram ainda diferenças significativas na incidência de câncer entre as regiões brasileiras, com maior frequência ocorrendo nas regiões Sudeste e Sul, enquanto o Centro-Oeste e Norte apresentaram taxas menores. Quando a incidência foi relativizada por 100.000 habitantes, observa-se que as diferenças entre regiões são mitigadas, sugerindo que populações maiores naturalmente apresentam maior número absoluto de casos, mas o comportamento não se alterou. Ainda assim, estados como Rio Grande do Sul e São Paulo se destacam pela alta incidência ajustada, reforçando a importância de investimentos na prevenção e diagnóstico precoce.

As diferenças nas taxas de incidência entre as mesorregiões brasileiras enfatizam ainda mais as disparidades socioeconômicas e variações no acesso à saúde. As taxas de incidência significativamente mais altas nas regiões Sudeste e Sul, em comparação com o Norte e Nordeste, corroboram os achados de Silva

et al. (2022), que relataram desigualdades no atendimento oncológico exacerbadas pela pandemia, afetando desproporcionalmente regiões de menor renda. Além disso, nossos dados sugerem que, embora o número absoluto de casos de câncer tenha aumentado em algumas regiões no período pós-pandemia, a detecção de certos tipos de câncer, especialmente aqueles que dependem de rastreamento rotineiro (por exemplo, câncer de mama e colo do útero), sofreu reduções substanciais, provavelmente devido à suspensão temporária de serviços eletivos de saúde (Atty et al., 2022).

Adicionalmente, a falta de associação entre incidência de neoplasias e renda per capita sugere que outros fatores, como acesso à saúde e educação em saúde, podem ser mais determinantes na distribuição dos casos. Dessa forma, políticas públicas devem priorizar campanhas de prevenção e rastreamento, especialmente em regiões com menor acesso a exames e tratamento especializado.

A análise por sexo e faixa etária revela que as pacientes do sexo feminino apresentaram um aumento maior nos novos diagnósticos pós-pandemia em comparação aos pacientes do sexo masculino, especialmente em câncer de mama e colo do útero sendo os mais incidentes para mulheres, e câncer de próstata e pulmão em homens, um comportamento que contrasta com alguns estudos (Lee et al., 2020). Essa discrepância pode refletir diferenças de sexos nos comportamentos de busca por atendimento médico, uma vez que as mulheres tendem a realizar medidas preventivas de saúde com mais frequência, incluindo rastreamento para câncer de mama, do que os homens (Rivera et al., 2022). No entanto, a redução observada nos diagnósticos de câncer em homens em todos os estados brasileiros pode também indicar um impacto mais profundo dos atrasos no rastreamento e acesso limitado aos serviços de saúde para essa população, exigindo mais investigações sobre as disparidades de gênero no atendimento oncológico durante crises sanitárias.

A estratificação etária também trouxe insights relevantes. Uma maior incidência de neoplasias pode ser observada entre 50 e 74 anos, com um ponto de inflexão notável entre indivíduos de 40 a 74 anos nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, e um pico entre 60 e 69 anos. Essa tendência sugere que a prevenção e o rastreamento devem ser intensificados a partir dos 40 anos para garantir a detecção precoce e reduzir a morbidade associada às neoplasias malignas. Essa

faixa etária é particularmente crítica, pois compreende populações de maior risco para os tipos de câncer mais prevalentes, como colorretal, pulmão e próstata. A estabilidade observada nas taxas de incidência para essa faixa etária nos períodos pré e pós-pandemia sugere que, apesar dos atrasos diagnósticos, os esforços para retomar o atendimento oncológico no período pós-pandemia foram parcialmente eficazes. No entanto, é importante notar que os cânceres diagnosticados em estágios avançados devido aos atrasos no rastreamento podem ter levado à subestimação dos casos de neoplasias em estágios iniciais, uma hipótese apoiada por Sud et al. (2020).

Desfecho Secundário

O impacto da reestruturação do sistema de saúde durante a pandemia também levanta preocupações sobre a segurança do paciente e os protocolos de identificação em ambientes de cuidados oncológicos. Nossa análise secundária examinou erros relacionados à identificação de pacientes, um componente essencial da segurança oncológica devido à complexidade dos tratamentos, incluindo quimioterapia, radioterapia e intervenções cirúrgicas. Os dados indicam um aumento significativo nos erros de identificação entre 2018 e 2024, passando de 0,82% para 3,14% do total de pacientes oncológicos atendidos, o que contrapõe com tendências observadas em iniciativas internacionais de segurança do paciente (BURKI, 2020). Dessa forma, ainda persistem preocupações quanto à adesão aos protocolos de segurança em sistemas de saúde sobrecarregados e evidencia desafios estruturais no sistema de saúde.

Fatores como sobrecarga de trabalho dos profissionais, deficiência na capacitação e falta de um sistema padronizado de identificação contribuíram para esse crescimento. A implementação de sistemas eletrônicos de identificação de pacientes e protocolos de verificação pode ter contribuído para essa redução, mas as variações entre instituições destacam a necessidade de diretrizes nacionais padronizadas para minimizar ainda mais os riscos relacionados à identificação. A análise dos dados também revela que a maioria dos erros de identificação ocorreu em pacientes hospitalizados, sugerindo que as falhas estão mais associadas às rotinas de internação do que aos atendimentos ambulatoriais. A implementação de tecnologias, como pulseiras de identificação eletrônica e o uso de biometria, poderia reduzir significativamente esses incidentes.

A pandemia de COVID-19 intensificou os desafios sobre a segurança do paciente, levando às instituições de saúde a adotarem medidas emergenciais que, por vezes, comprometeram a qualidade da assistência. A redução do contato físico entre profissionais e pacientes e a alta demanda por atendimento emergencial podem ter dificultado a correta aplicação dos protocolos de identificação.

Por fim, nossa pesquisa revela que os três principais problemas de identificação incluem: falta de pulseiras de identificação (aumento de 421%), falta de identificação no leito (crescimento de 308%), troca do nome dos pacientes (aumento de 225%). Esses erros podem resultar em administração incorreta de medicações, atrasos no tratamento e riscos de procedimentos errados, impactando diretamente a segurança e o prognóstico dos pacientes. Apesar disso, a evolução dos protocolos de segurança ao longo dos anos mostra que há um esforço por parte das instituições de saúde em melhorar a segurança do paciente oncológico. Entretanto, é necessário um compromisso contínuo para garantir que as boas práticas sejam efetivamente aplicadas e que a segurança do paciente seja sempre priorizada.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a incidência de neoplasias se comporta de forma diferente diante das regiões federativas, exibindo diferenças significativas principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, quando comparado as regiões Sudeste, Sul e Nordeste. É mais frequente a incidência de neoplasias no estado de Goiás comparada aos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, e esse comportamento ocorre de forma progressiva para ambos os estados ao longo dos períodos de 2013 a 2022.

Quando observamos os períodos pré pandemia e pós pandemia, os dados brutos até o momento apontam significativa redução dos diagnósticos de neoplasias malignas, no entanto, um crescente aumento de neoplasias in situ, considerando 2018-19 para 2021-22.

A incidência de neoplasias dividida por sexo nos mostra aumento da projeção de novos casos para o sexo feminino, exceto para o estado do Centro-

Oeste e Nordeste, e uma concomitante redução dos casos masculinos para todos os estados.

O comportamento de novos casos estratificado pela idade apresenta uma grande inflexão da curva principalmente entre idades de 40-45 até 70-74 anos nos estados do Sudeste, Sul e Nordeste. No entanto, considerando a inspeção visual, o comportamento dos dados brutos foi similar entre os períodos pré pandemia e pós pandemia.

A estratificação dos principais tipos de neoplasias nos mostra uma maior incidência de neoplasia maligna da mama entre mulheres, neoplasias malignas da pele em ambos os sexos, e neoplasia maligna da próstata entre grupos de homens. Quando comparamos os períodos pré pandemia e pós pandemia, o percentil para a grande maioria das doenças tabuladas reduziu ao longo do tempo, demonstrando uma melhora na atualidade. As principais doenças investigadas possuem seus novos casos principalmente entre 50-54 anos até 70-74 anos, com posterior decréscimo.

Por fim, a pesquisa sobre a identificação do paciente oncológico revela a importância crítica dessa prática para a segurança do paciente e a minimização de erros médicos. Os dados analisados entre 2018 e 2024 demonstram que, apesar das diretrizes estabelecidas e dos esforços para implementar protocolos adequados, ainda há lacunas significativas na adesão e na conscientização dos profissionais de saúde. A identificação correta do paciente não apenas assegura que os cuidados prestados sejam apropriados, mas também fortalece a confiança dos pacientes e familiares no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, et al. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. *SciELO*, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200004. Acesso em: 12 set. 2021.

ANDRADE, M.; SILVA, S. R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 331-335, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 set. 2024.

ATTY, A.; RIBEIRO, S. T.; CARVALHO, P. R.; BARROS, D. P. Delays in cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic: A retrospective study in Latin America. *Journal of Global Oncology*, v. 10, n. 3, p. 213–226, 2022.

BATALHA, Edenise Maria Santos Da Silva; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, abr./jun. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 32, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 22 set. 2021.

BURKI, T. K. Cancer care in the time of COVID-19. *The Lancet Oncology*, v. 21, n. 5, p. 628, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30201-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30201-1).

DENYS, A.; et al. Interventional oncology at the time of COVID-19 pandemic: Problems and solutions. *Diagnostic and Interventional Imaging*, v. 101, p. 347-353, abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32360351/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 14 nov. 2022.

GOYAL, G.; LAU, K. W.; WANG, X.; et al. The COVID-19 Pandemic and In-Person Visit Rate Disruptions Among Patients With Hematologic Neoplasms in the US in 2020 to 2021. *JAMA Network Open*, v. 6, n. 6, e2316642, 2023.

HANNA, T. P.; KING, W. D.; THIBODEAU, S.; JALINK, M.; PAULIN, G. A.; HARVEY-JONES, E.; O'SULLIVAN, D. E.; BOOTH, C. M.; SULLIVAN, R. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 371, m4087, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>.

LEE, L. Y. W.; CAZIER, J. B.; STARKEY, T.; BRIGGS, S. E. W.; ARNOLD, R.; BISHT, V.; MIDDLETON, G. COVID-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: A prospective cohort study. *The Lancet Oncology*, v. 21, n. 5, p. 629–638, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30243-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30243-6).

MARINGE, C.; SPICER, J.; MORRIS, M.; et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, v. 21, n. 8, p. 1023-1034, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. *Tabnet*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

OMS, Organização Mundial da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em: 08 ago. 2022.

RIVERA, D. R.; PETERS, S.; PANAGIOTOU, O. A.; et al. Factors Associated With Cancer Treatment Delay Among Patients Diagnosed With COVID-19. *JAMA Network Open*, v. 5, n. 7, e2224296, 2022.

SILVA, M. L.; OLIVEIRA, C. R.; SOUZA, F. P. Oncological disparities in Brazil: The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Revista Brasileira de Oncologia*, v. 68, n. 2, p. 123–135, 2022.

SILVA, G. A., ALBUQUERQUE, L. A., VASCONCELOS, A. G., et al. (2022). Impact of COVID-19 on oncology care in Brazil: inequalities and lessons learned. *Journal of Cancer Policy*, 31, 100307. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2022.100307>

SUD, A.; JONES, M. E.; BROGGIO, J.; et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Annals of Oncology*, v. 31, n. 8, p. 1065-1074, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisa-se com este estudo a relevância da identificação correta do paciente oncológico como um pilar essencial para a segurança no atendimento nas unidades de saúde. Ao longo da pesquisa, mostra-se que a implementação

de protocolos claros e a adesão a práticas sistemáticas de identificação podem reduzir significativamente a incidência de erros pela equipe e eventos adversos.

Além disso, a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância dessa prática deve ser reforçada por meio de treinamentos regulares e programas de educação continuada. O uso de tecnologias, como sistemas eletrônicos de registro e identificação, pode também ser uma ferramenta valiosa para garantir a precisão na identificação dos pacientes, minimizando erros humanos e melhorando a eficiência do cuidado.

Importante também a participação ativa dos pacientes e familiares no processo de identificação. Incentivar essa colaboração não apenas fortalece a segurança, e melhora a experiência do paciente, promovendo também um ambiente de cuidado mais humanizado. As instituições de saúde devem buscar maneiras de envolver os pacientes, por meio de orientações claras e do uso de pulseiras de identificação, por exemplo, que ajudem a reforçar a importância desse aspecto.

A construção de uma cultura de segurança exige um compromisso contínuo de todos os níveis da organização. A liderança deve ser proativa em promover um ambiente onde os profissionais se sintam seguros para relatar falhas e discutir melhorias, transformando erros em oportunidades de aprendizado. Esse enfoque integrado e colaborativo pode resultar em um atendimento oncológico mais seguro e de maior qualidade, refletindo um compromisso genuíno com a saúde e o bem-estar dos pacientes.

Diante do exposto acima, encontra-se no ANEXO I a propositiva de uma cartilha educativa e elucidativa quanto à importância da Identificação do paciente nas unidades de saúde, abordando estratégias, métodos e mecanismos para um programa de segurança seguro e eficaz tanto para os profissionais, quanto para os pacientes.

LISTA DE ANEXOS

CARTILHA SEGURANÇA DO PACIENTE

SEGURANÇA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



Cartilha Educativa

2025

SEGURANÇA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

AUTORA

Talita Rodrigues Corredeira Mendes

ORIENTADOR

Alberto Souza de Sá Filho

VALIDAÇÃO

Marcelo Magalhães Sales

Pedro Augusto Querido Inacio

Alberto Souza de Sá Filho

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Rita de Cássia Thatylla Costa

Talita Rodrigues Corredeira Mendes

PROJETO GRÁFICO

Rita de Cássia Thatylla Costa

Cartilha Educativa

COSTA, R. C. T; MENDES, T. R. C. Segurança do Paciente: identificação do paciente.

Liga Acadêmica de Segurança do Paciente, FACEG, vol. 1. Goianésia-GO, 2024.

<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9ZYCH>

ANÁPOLIS/GOIANÉSIA

2025

ÍNDICE

Conselho Federal de Enfermagem	03
Objetivo	04
Introdução	05
Segurança do Paciente	06
Identificação do Paciente	07
Pulseira de Identificação	08
Placa de Identificação Beira Leito	10
Observação	12
Orientações Importantes	13
Anexo	14
Referências	15





CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

O artigo 2º da Lei nº 7.498, de 25/06/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências, pontua que: "A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício".

Ademais, segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o serviço de enfermagem dispõe de profissionais nas diversas áreas de atuação, com diferentes níveis de formação, e são responsáveis pela realização de cuidados assistenciais diretos ao indivíduo, à família ou à comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial ou da atenção básica. E, na atenção hospitalar, o serviço de enfermagem é organizado com base nas necessidades de saúde da população, possuindo como finalidade a garantia de uma assistência de qualidade pautada na segurança ao paciente (Resolução do COFEN, 2016).

OBJETIVO

Material educativo cujo objetivo é fornecer orientações claras e práticas para promover a segurança dos clientes e dos profissionais em ambiente hospitalar, especificamente com foco na identificação correta e segura dos pacientes.

A cartilha visa orientar os profissionais de saúde e informar aos próprios pacientes sobre as práticas de identificação, dessa forma, contribuindo para com a minimização dos erros relacionados à administração de tratamentos, exames e procedimentos, garantindo assim uma assistência segura e eficaz.



INTRODUÇÃO

✓ SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente consiste na minimização dos riscos associados ao cuidado em saúde. Visando implementar um modelo de assistência equitativo, humanizado e eficiente, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

A portaria ministerial nº 3.390, de dezembro de 2013, que regulamenta a PNHOSP, pode ser acessada escaneando o QRcode ao lado.

SCAN ME!



✓ PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), motivado pela preocupação com o elevado número de danos causados aos pacientes em virtude de falhas na assistência prestada pelas equipes de saúde. O programa tem como meta:

- Aprimorar a qualidade do atendimento nas instituições de atendimento, sejam elas públicas ou privadas;
- Aumentar a segurança dos pacientes durante o período de internação, reduzindo a incidência de iatrogenias.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Foram definidas 6 metas internacionais prioritárias:



SCAN ME!



PNSP

1

Identificar corretamente o paciente.

2

Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

3

Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

4

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

5

Higienizar as mãos para evitar infecções.

6

Reduzir risco de quedas e úlceras por pressão.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



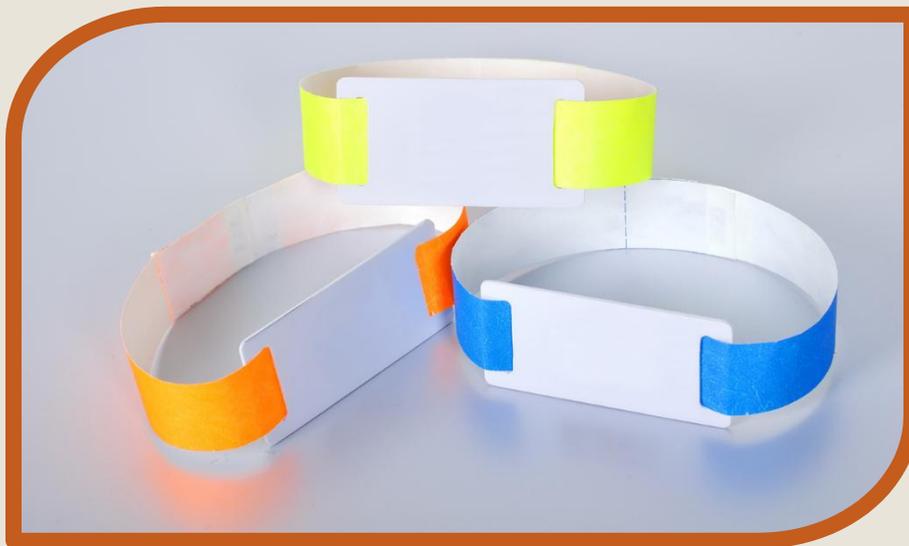
A primeira ação do atendimento seguro é a identificação correta, cuja principal finalidade é a garantia da assistência segura ao paciente certo, reduzindo a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência, que, por vezes, poderá trazer um dano irreversível ao paciente (Bernal, 2018).



É importante realizar a dupla identificação do paciente, com uso da pulseira e a placa beira-leito, além da checagem constante dos dados informados pelos profissionais antes da realização de quaisquer procedimentos.



PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO



A pulseira de identificação deverá ser indicada a todos os clientes hospitalizados, e deverão ser colocadas no momento da admissão, mantidas durante todo o período de hospitalização e retiradas somente após a alta hospitalar, e imediatamente antes da saída do cliente do ambiente interno do hospital. Os punhos e tornozelos são padronizados como locais de posicionamento da pulseira.

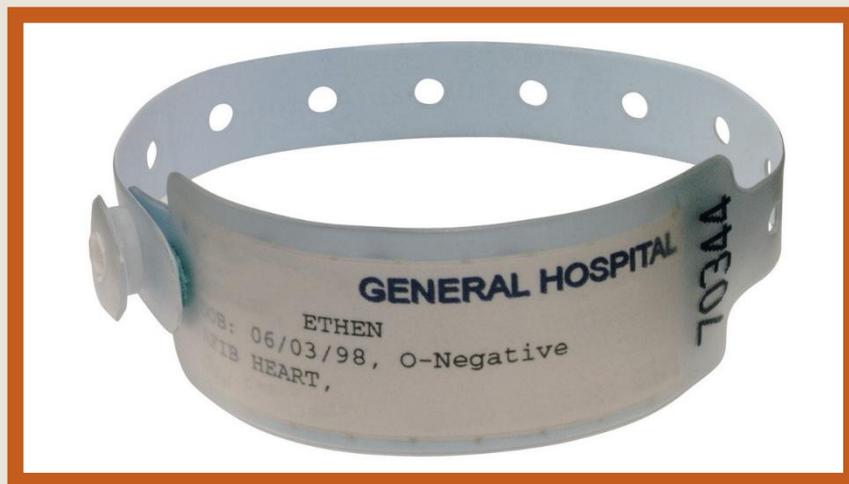
Edema, trauma, curativo, restrição mecânica, acesso venoso e outros, são sinais que devem ser observados durante o rodízio pela equipe de enfermagem.

(EBSERH. POP, 2023)



Atentando-se que a troca deve ser feita na presença de outro profissional e, em se tratando de pacientes recém nascidos ou crianças, deverá ser feita na presença de um familiar e deve ser relatado no prontuário a justificativa da troca.

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO



Antes de realizar qualquer intervenção, o profissional responsável pelo cuidado deverá:

Perguntar o nome completo ao cliente ou familiar acompanhante.	Data de nascimento.	Conferir as informações contidas na pulseira do cliente com o cuidado prescrito.
Verificar se as informações fornecidas são exatamente as mesmas contidas na pulseira de identificação.	Confirmar a identificação do cliente antes de prestar o cuidado.	Verificar identidade do cliente antes da entrega de dieta.
Verificar identidade do cliente antes de realizar procedimentos invasivos.	Conferir identificação antes de administrar medicamentos, de sangue e hemoderivados.	Verificar identificação antes da coleta para exames.

Protocolo Multiprofissional: Identificação do Cliente. Núcleo de Segurança do Paciente.
Hospital de Clínicas: EBSEH.

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO BEIRA LEITO

A identificação beira leito do cliente hospitalizado será realizada por meio de placas de PVC, afixadas na parede acima do leito, devendo ser preenchidas por meio manual, utilizando pincel para quadro branco, exclusivamente, para não danificar seu material.

- Placa de identificação beira leito utilizada pela instituição hospitalar HUEGO:

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO

TELEFONE: (62) 3353-6669
RUA 10 N. 293 SETOR SUL
CEP: 76.380-000 – GOIANÉSIA - GO

LEITO: PACIENTE:

IDADE: SEXO: M: F: REGISTRO: ALERGIAS: S: N: DN: ____/____/____
DATA INTERNAÇÃO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

GERENCIAMENTO DE RISCO

LESÃO TISSULAR	BRONCO ASPIRAÇÃO	FLEBITE	INFECÇÃO (ITU/ISC/ICS)	QUEDA	NUTRICIONAL	BRONCO EMBOLISMO VENOSO	PNM ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA
<input type="checkbox"/>							

Enfermeira responsável pelo preenchimento

Dados contidos na placa beira leito:

- Nome completo do paciente; Data de nascimento;
- Dieta;
- Idade;
- Data de internação;
- Data atual;
- Nome do médico responsável; Convênio;
- Assinatura do enfermeiro que a preencheu a placa.

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO BEIRA LEITO

A placa beira leito confeccionada por acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG), foi elaborada em prol melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional que atende ao paciente interno, com dados comuns: leito, nome do paciente, sexo, registro de alergias, data de nascimento, idade e data de internação.

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO

TELEFONE: (62) 3353-6669
RUA 10 N. 293 SETOR SUL
CEP: 76.380-000 – GOIANÉSIA - GO

HUEGO
FUNEV
FACULDADE EVANGÉLICA

LEITO: _____ PACIENTE: _____

IDADE: _____ SEXO: M: F: REGISTRO: _____ ALERGIAS: S: N: DN: ____/____/____
DATA INTERNAÇÃO: ____/____/____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

GERENCIAMENTO DE RISCO

LESÃO TISSULAR	BRONCO ASPIRAÇÃO	FLEBITE	INFECÇÃO (ITU/ISC/ICS)	QUEDA	NUTRICIONAL	BRONCO EMBOLISMO VENOSO	PMN ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA
<input type="checkbox"/>							

Enfermeira responsável pelo preenchimento _____

Dados mais complexos, como:

- ◆ Diagnóstico clínico;
- ◆ Nome do médico responsável.

Dados que empoderam o serviço de enfermagem, como:

- ◆ Diagnósticos de enfermagem;
- ◆ Gerenciamento de risco: lesão tissular, bronco aspiração, flebite, infecção (infecção do trato urinário, infecção do sítio cirúrgico, infecção na corrente sanguínea), queda, risco nutricional, bronco embolismo venoso e pneumonia associada à ventilação mecânica.

Estes dados referentes ao gerenciamento de risco deverão ser preenchidos com a marcação de um “x” no local específico, conforme a condição clínica do interno.

OBSERVAÇÃO

Bernal et al, cita que vários eventos adversos podem continuar a acontecer caso os pacientes não usem a dupla identificação corretamente, estando a pulseira com conformidades inadequadas, ou ainda se a sua utilização não for racional, assim como falta de informações necessárias na placa de identificação beira leito. Portanto, faz-se necessário ter atenção para o preenchimento correto dos dados solicitados na placa criada, para evitar danos aos pacientes.

A investigação para alergia deverá ser feita por meio de fontes primárias (perguntando para o próprio paciente ou familiar), e secundárias (utilizando prontuário ou outros documentos hospitalares). A classificação de risco do paciente é uma prática privativa do enfermeiro, mediante a utilização de escalas como: Braden, Morse, Ramsay, entre outras.





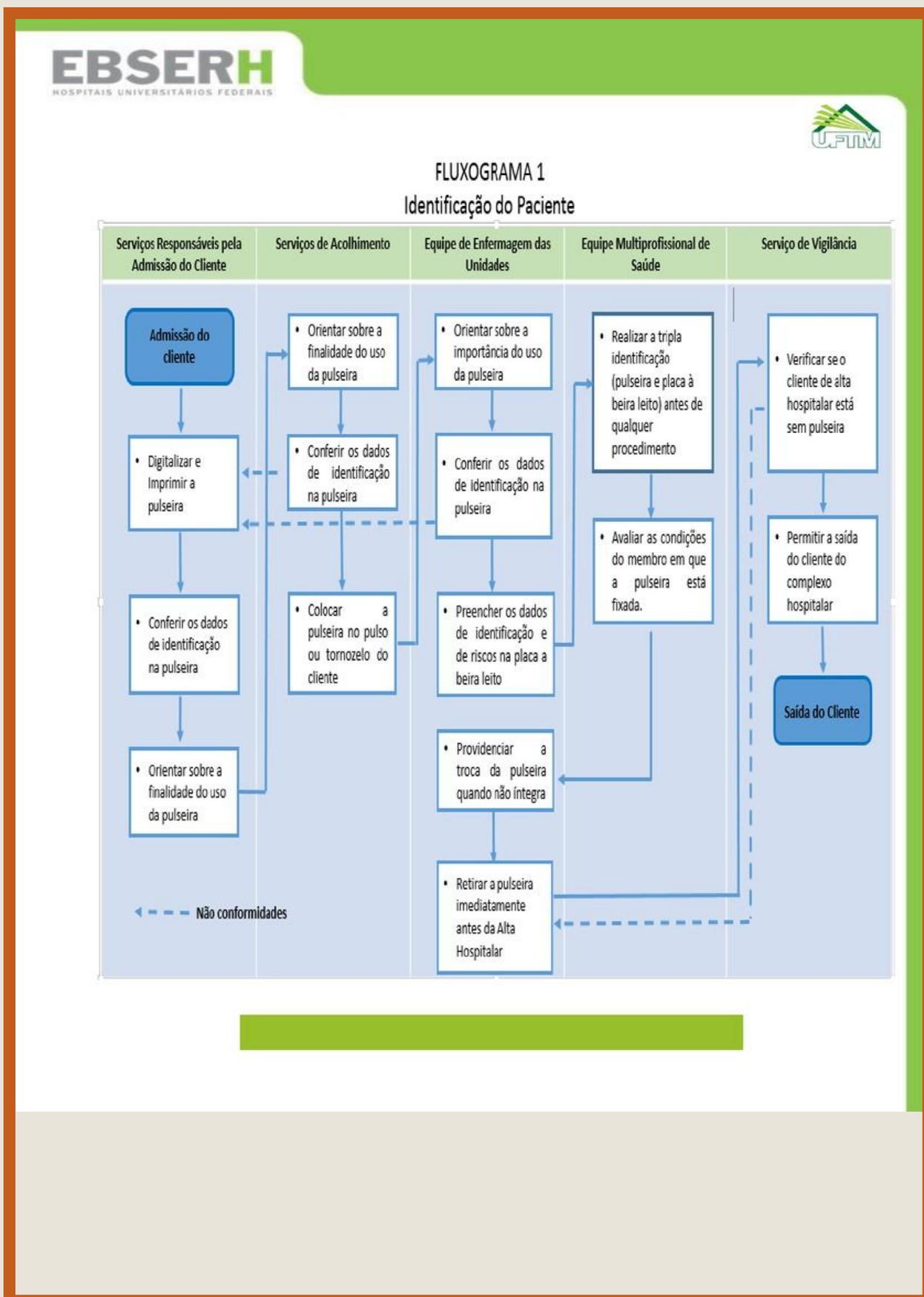
ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

Portanto, cabe à equipe de enfermagem zelar pela manutenção das placas de identificação beira leito, bem como das pulseiras de identificação dos clientes, além de orientar o paciente e/ou familiar sobre a importância de mantê-la para sua própria segurança. Quando definida a alta hospitalar, o profissional de enfermagem responsável deve remover a pulseira do cliente e apagar os dados da placa beira leito utilizando o apagador de quadro branco (POP, 2023). Não se deve utilizar álcool ou outras substâncias químicas para não danificar o material e os dados contidos na placa de identificação.



ANEXO

Protocolo de Identificação do Paciente.UFTM, 2020.



REFERÊNCIAS

BERNAL, S. C. Z; et al. Práticas de Identificação do paciente em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Cogitare Enfermagem*, vol. 23, núm. 3, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4836/483660055018/html/>>. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>>. Acesso em: 01 nov. 2024.

EBSERH. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 02 nov. 2024.

EBSERH. POP. NSP.002 Identificação do Paciente. Campina Grande. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/gestao-documental/procedimento-operacional-padrao-pop-1/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/unidade-de-gestao-da-qualidade-e-seguranca-do-paciente/nsp/pop-nsp-002_identificacao_do_paciente-1.pdf/view>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ENFERMAGEM. Conselho Federal de. Resolução nº 509/2016. Conselho Federal de Enfermagem. 2016. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2/>>. Acesso em: 02 nov. 2024.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. Protocolo Multiprofissional: Identificação do Cliente - Núcleo de Segurança do Paciente. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital de Clínicas: EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2020. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufcm/protocolos>>. Acesso em: 04 nov. 2024.

L7498. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 jun. 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SILVA, E. N; SILVA, C. A. P; VERISSIMO, V. R. Percepção da equipe de enfermagem em relação a um novo modelo de quadro beira leito de identificação e comunicação sobre o paciente em unidade de terapia intensiva. *Revista Ensaio, USF*. 2022. Disponível em: <<https://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/211/101>>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SEGURANÇA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2025

