

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RECIFE, 2020

NÚCLEO ESTADUAL DE
SEGURANÇA DO PACIENTE



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO

Governador do Estado de Pernambuco

Paulo Câmara

Vice-Governadora de Pernambuco

Luciana Barbosa de Oliveira Santos

Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco

André Longo Araújo de Melo

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Cristina Valença Azevedo Mota

Secretário Executivo de Regulação em Saúde

Gillete Coelho Neto

Secretário Executivo de Gestão Estratégica e Participativa

Humberto Antunes

Secretário Executivo de Administração e Finanças

José Adelino dos Santos Neto

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ricarda Samara da Silva Bezerra

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde

Giselle Fonseca de Carvalho

Diretor Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária

Josimarysson Bezerra

Elaboração: Núcleo Estadual de Segurança do Paciente

MEMBROS:

Giselle Fonseca de Carvalho	Diretora Geral de Atenção Integral à Saúde/SES
Erika Patrícia Lopes da Silva	Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente/SES
Carla de Albuquerque Araújo	Gerência de Assistência Integral à Saúde/SES
Flávia Moura Villa - Chan	Gerência de Urgência e Emergência /SES
Maria Gorete Sousa Medeiros	Gestora de Supervisão Hospitalar /SES
Andréa Franklin de Carvalho	Superintendente de Assistência da Rede Ambulatorial e Hospitalar dos contratos de gestão da Diretoria Geral de Modernização à Assistência à Saúde/SES
Marianna Cristina de Barros Pinto Menezes	Gestora Técnica de Suporte Regional da Diretoria Geral de Assistência Regional/SES
Roberta Cristina de Oliveira Moreira	Coordenadora do Núcleo de Riscos em Serviços de Saúde/ APEVISA/SES
Mariane da Silva Brito	Gerente de Avaliação e Autorização de Procedimentos da Assistência Farmacêutica /SES
Maria Francisca Santos de Carvalho	Superintendente de Atenção Primária/SES
Luciana Camelo de	Diretora Geral de Educação/SES

Albuquerque

Mayra Ramos Barbosa da Silva

Diretora de Políticas Estratégicas/SES

Luciana Garcia Figueiroa Ferreira

Diretora Geral de Gestão Regional /SES

Adrienne Gusmão Câmara

Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Barão de Lucena/SES

Marcelle de Barros Silva Torres

Gerente de Risco e Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/HUOC

Nadja Maria da Rocha Gimino

Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do HEMOPE

Coordenação de Elaboração do Plano

Carla de Albuquerque Araújo

Erika Patrícia Lopes da Silva

Colaboração:

Nancy Nunes de Oliveira- Coordenadora da Política de Traumatologia - Ortopedia DGAIS/SEAS/SES

Heloize Lima de Oliveira - Equipe técnica NURIS/APEVISA/SEVS

Catarina de Assis – Coordenação de Atenção Domiciliar

Assessoria de comunicação da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Revisão:

Cristina Valença Azevedo Mota - Secretária Executiva de Atenção à Saúde /SES

Giselle Fonseca de Carvalho - Diretora Geral de Atenção Integral à Saúde/SEAS/SES

Petronila Queiroz - Assessora Técnica de Planejamento - SEAS/SES

SIGLÁRIO

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEVISA - Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
CEO - Centro de Especialidade Odontológica
CES - Conselho Estadual de Saúde
CIB - Comissão Bipartite
CID 10 – Código Internacional de doenças
CIR - Comissão Inter Regional
CISAM – Centro Integrado Amaury de Medeiros
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CREMEPE - Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
CTQCSP – Câmara Técnica para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
DGAF – Diretoria Geral Assistência Farmacêutica
DGAIS - Diretoria Geral de Assistência à Saúde
DGAR - Diretoria Geral de Assistência Regional
DGES - Diretoria Geral de Educação em Saúde
DGMASS - Diretoria Geral de Modernização e Avaliação em Serviços de Saúde
DRC - Doença Renal Crônica
EA – Evento Adverso
EU - União Europeia
GERES – Gerência Regional de Saúde
GM - Gerência Médica
HAOC - Hospital Alemão Osvaldo Cruz
HBL - Hospital Barão de Lucena
HE - Hospital de Ensino
HEMOPE - Hospital Especializado de Hematologia de Pernambuco
HGV - Hospital Getúlio Vargas
HUOC - Hospital Universitário Osvaldo Cruz

IASC- Infecções Associadas aos cuidados em saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBSP - Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICPS - International Classification for Patient Safety

IRAS - Infecção Relacionada à Assistência

JCI - Joint Commission International

LAFEPE - Laboratório farmacêutico do estado de Pernambuco

MS - Ministério da Saúde

NESPPE - Núcleo Estadual de Segurança do Paciente de Pernambuco

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAHO - Panamerican Health Organization

PBQP - Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PROQUALIS - Centro Colaborador para qualidade do cuidado e segurança do Paciente

POAS – Planejamento Orçamentário Anual da Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RDC - Resolução de Decisão Colegiada

RHP - Reestruturação de Hospitais Públicos

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAD - Secretaria de Administração

SAP – Sessão de Aprendizagem virtual

SAGTS - Secretaria de Atenção à Gestão de trabalho em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAP - Setor de Atenção à pessoa

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SEAS - Secretaria de Assistência Integral à Saúde

SECG - Secretaria Executiva de Coordenação Geral

SEGTES - Secretaria Executiva de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde

SEVS - Secretaria Executiva de Vigilância Sanitária

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

SVO - Serviço de Verificação de Óbitos

UPA - Unidade de Pronto atendimento

UPAE - Unidade de Pronto Atendimento Especializado

USA - Unidades de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básica

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 01. Número de óbitos por grupo de causas.....	17
Tabela 02. Tabela de Indicadores.....	95

Figuras

Figura 01. Os 7 pilares da Qualidade de Donabedian.....	28
Figura 02. Modelo de queijo suíço James Reason.....	32
Figura 03. Níveis de risco nos estabelecimentos de saúde.....	34
Figura 04. Ferramentas para gestão de risco.....	35
Figura 05. Diagrama de Ishikawa.....	36
Figura 06: Metas de Segurança do Paciente.....	45
Figura 07. Modelo de composição do NSP.....	46
Figura 08. Comparativo entre o percentual de hospitais que participaram da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente com o número de hospitais com leitos de UTI (CNES/DATASUS/MS, 12/2018), por UF e nacional.....	68
Figura 09. Diagrama de Pareto Nacional. Brasil, 2018 (n= 1.094).....	69
Figura 10. Gráfico de Pareto Região Nordeste.....	70
Figura 11. Gráfico de Pareto de Pernambuco.....	71
Figura 12. NSP implantados em Pernambuco em 2017.....	73
Figura 13. Logomarca NESPPE.....	74
Figura 14. Mapa Estadual das Unidades de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente implantados.....	79
Figura 15. Distribuição espacial segundo Macrorregião e Região de Saúde em Pernambuco.....	97
Figura 16. Rede de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.....	98

Quadros

Quadro 01. Alguns conceitos da ICSP da OMS.....	31
Quadro 02. Principais Normativas da Segurança do Paciente no Brasil..	41
Quadro 03. Resultados parciais das ações do NESPPE.....	78

Quadro 04. Unidades de saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco.....	100
--	-----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE	12
2.	JUSTIFICATIVA	22
3.	CONCEITOS E DEFINIÇÕES	23
3.1.	HISTÓRIA DA QUALIDADE EM SAÚDE	23
3.2.	Classificações Internacional de Segurança do Paciente	30
3.3.	ERROS EM SAÚDE	32
3.4.	GESTÃO DE RISCO	32
3.4.1.	FASES DA GESTÃO DE RISCO	34
3.4.2.	FERRAMENTAS DA QUALIDADE	35
4.	PRINCIPAIS NORMATIVAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE	41
5.	PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)	43
5.1	EIXOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	43
5.1.1	EIXO 1: ESTÍMULO A UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGURA	43
5.1.2.	EIXO 2 - ENVOLVIMENTO DO CIDADÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE	53
5.1.3.	EIXO 3 - INCLUSÃO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO	54
5.1.4.	EIXO 4 - O INCREMENTO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE	55
6.	PROGRAMAS DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS (PROADI SUS)	56
6.1.	PROJETO DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS (RHP).....	56
6.2.	PROJETO PACIENTE SEGURO	57
6.3.	PROJETO SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	58
6.4.	PROJETO COLABORATIVA “MELHORANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM LARGA ESCALA” NO BRASIL	58
6.5.	PROJETO CUIDADO FARMACÊUTICO	59
7.	HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM PERNAMBUCO	62
7.1.	COORDENAÇÃO ESTADUAL DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE	63
8.	AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (APEVISA)	65
8.1.	HISTÓRICO	65
8.2.	AÇÕES PREVISTAS:	66
8.3.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	66

8.4. RELATÓRIO PARCIAL DO FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI DA ANVISA.....	68
9. NÚCLEO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE PERNAMBUCO (NESPPE).....	73
9.1. HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO	73
9.2. OBJETIVO GERAL.....	74
9.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	74
9.4. AÇÕES REALIZADAS DO NESPPE.....	75
9.5. RESULTADOS PARCIAIS DAS AÇÕES DO NESPPE	77
9.5.1. IMPLANTAÇÃO DE NSP NAS UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL.....	77
9.5.2. AUMENTO RELATIVO DE NSP CADASTRADOS NO SISTEMA CNES ...	78
10. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	80
10.1. EIXOS E DIRETRIZES:.....	80
10.2. AÇÕES ESTRATÉGICAS	83
10.2.1. AÇÕES DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E NESPPE	83
10.2.2. AÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CENTRAL	87
10.2.3. AÇÕES DA DIRETORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	93
10.3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	94
10.3.1. INTRODUÇÃO.....	94
10.3.2. INDICADORES	95
11. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	97
12. A REDE DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.....	98
12.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	99
12.1.1. PRINCIPAIS ÁREAS ESTRATÉGICAS DE ATUAÇÃO DA APS	99
12.2. REDE HOSPITALAR DE SAÚDE.....	99
12.2.1. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	102
12.3. REDE AMBULATORIAL	103
12.4. REDE DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS	103
13. RESULTADOS ESPERADOS	103
14. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106

1. INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE

Historicamente a busca pela qualidade do cuidado remonta desde a antiguidade quando Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado “Primum Non Nocere”, que significa – primeiro não cause o dano. O pai da Medicina tinha a noção, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros. Por intermédio deles foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência. (BRASIL, 2014)

O Marco da confluência mundial sobre a segurança do paciente foi o relatório publicado pelo Institute Of Medicine (IOM, 1999), intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que impulsionou mundialmente a preocupação pela segurança do paciente. O documento constatou que quase 100 mil pacientes morriam a cada ano em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), em virtude de danos causados pela prestação do cuidado. O tema ganhou relevância pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros. Dados atuais estimam que 134 milhões de Eventos Adversos (EA) ocorrem anualmente devido à atenção insegura em hospitais nos países de baixa e média renda, contribuindo para 2,6 milhões de mortes e 1 em cada 10 pacientes tenham dano nos hospitais de alta renda. (WHO, 2018; ANVISA, 2017)

Aproximadamente um milhão de pacientes admitidos nos hospitais norte-americanos ao ano eram vítimas de eventos adversos assistenciais, sendo mais da metade deles oriundos de erros que poderiam ter sido prevenidos (KOHN et al., 2000 apud COUTO et. al., 2016). As mortes resultantes destes episódios representavam, então, a quarta maior causa de mortalidade naquele país. Excediam, por exemplo, mortes atribuíveis aos acidentes automobilísticos, ao câncer de mama ou à imunodeficiência adquirida (BATES et al., apud SOUZA, P.; MENDES, W., 2009). Uma importante base do Errar é Humano foi o estudo de Brennan et al. realizado em 1991,

em que a população hospitalizada no nordeste dos Estados Unidos foi avaliada e se verificou que os eventos adversos da assistência ocorriam em 3,7% do total das internações, sendo 69% atribuíveis a erros preveníveis e 27,6% à negligência. Embora, 70,5% dos eventos determinassem incapacidades com duração menor que seis meses, 13,6% resultavam em morte e 2,6% causavam sequelas irreversíveis. (BRENNAN apud PERELMAN, J.; PONTES, J.; SOUZA, P., 2019; COUTO et. al., 2016)

Em 2002, as discussões da 55ª Assembleia da Saúde, recomendaram a OMS e aos Estados Membros mais atenção à questão da Segurança do paciente. Foi então, lançada em 2004, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente com a conclamação dos 193 países membros que se comprometeram em desenvolver ações em prol do tema, criando diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente. Os principais objetivos da aliança envolvem: discussão ampla do tema com cientistas; pesquisas sobre processos; causas; estatísticas e soluções para os danos relacionados à assistência à saúde; classificação de termos e definições - Classificação Internacional de Segurança do Paciente; criação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente; disseminação da cultura de segurança à sociedade; formação de profissionais e gestores, a fim de melhorar as condições de assistência com metas concretas e medidas para reduzir os riscos, mitigando assim os eventos adversos.

Destas ações, nasceram os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, previstos na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O objetivo destes desafios é orientar a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, nortear os países que tenham interesse em implantá-los (ANVISA, 2017). O primeiro Desafio Global, no biênio 2005 - 2006 o foco foi nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito foi promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções. No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS vem trabalhando este tema em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), envolvendo ações de promoção e prevenção de infecção em serviços de saúde (WHO, 2007; BRASIL, 2015)

No ano de 2007, foi lançado o Segundo Desafio Global cujo tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” apresentava como objetivo a diminuição da morbimortalidade

causada pelas intervenções cirúrgicas inseguras. A estratégia consistiu em definir um conjunto básico de normas de segurança dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, à segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e à mensuração dos indicadores cirúrgicos (BRASIL, 2015). A assistência cirúrgica tem sido um componente essencial da assistência em saúde pelo mundo por quase um século. À medida que as incidências de injúrias traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares continuam a aumentar, o impacto da intervenção cirúrgica nos sistemas de saúde pública crescerá. (WHO, 2009)

E por fim e atual, o 3º Desafio Global lançado pela OMS em 2017 tem como meta reduzir em 50% os danos graves evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos. Erros de medicação podem ser causados pela fadiga do trabalhador de saúde, superlotação, déficit de pessoal, má formação e informação errada dada ao paciente, entre outras razões, com os fatores simultânea ou sucessivamente interferindo e levando a falhas de processos, podendo afetar a prescrição, dispensação, consumo e monitoramento de medicamentos, o que pode resultar em danos graves, deficiência e até mesmo a morte. A iniciativa estabelece maneiras de melhorar a forma como os medicamentos são adquiridos, armazenados e principalmente como são prescritos, distribuídos e consumidos, além de aumentar a conscientização entre os pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicações. Prevenir erros relacionados ao uso de medicamentos, além de salvar vidas, evitam uma enorme e desnecessária pressão sobre os orçamentos de saúde (WHO, 2017; OMS, 2019).

A segurança do paciente tem ganhado importância e relevância crescente nas questões de saúde mundial e como tal, visando dar maior relevância, visibilidade e adesão ao tema por toda a comunidade, lideranças políticas, gestores e profissionais de saúde, paciente e familiares e, ainda, a organismos internacionais, a OMS, em sua 72ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 27 de maio de 2019 em Genebra, em sua resolução WHa 72.6, estabeleceu a Segurança do Paciente como uma prioridade global em saúde. Assim, conclamou seus 193 países membros a celebrar todos os anos, no dia 17 de setembro, o Dia Mundial da Segurança do Paciente, muito além desta comemoração, convocar todos os atores envolvidos a melhorarem a segurança do paciente na assistência em todas as instâncias de cuidado, promoverem ações específicas no Dia Mundial a fim de marcar a data, divulgarem amplamente as ações e

slogan da campanha por meio das mídias sociais, incentivarem ações de grande visibilidade para a população como a iluminação de monumentos públicos a cor laranja. O primeiro dia mundial de segurança do paciente ocorreu dia 17 de setembro de 2019 e teve como tema: Segurança do paciente, uma prioridade global de saúde, com o lema: “*Speakup for thepatientsafety*” (Fale alto pela segurança do paciente). (WHO, 2019)

O relatório produzido em 2016 para o congresso americano, pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) mostra queda dos eventos adversos hospitalares de maneira regular nos Estados Unidos desde 2004 (AHRQ, 2016). Apesar desta redução, as estimativas mais recentes de óbitos determinados por complicações relacionadas à assistência hospitalar mostram números alarmantes (COUTO et. al., 2016). (Tabela 1)

Estima-se que o erro assistencial seja a terceira maior causa de morte nos EUA, estando atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano. Essa causa de óbito é correntemente subestimada e, além disso, não há clareza de óbito relacionado a erro na assistência pela atual declaração de óbito nos Estados Unidos nem no sistema de classificação de doenças inclusive em outros países como Reino Unido e Canadá. (MAKARY; DANIEL, 2016)

Estima-se que no mundo sejam realizadas 421 milhões de internações hospitalares e ocorram cerca de 42,7 milhões de eventos adversos. (JHA, A.K.; LANZAGORTA, I.; AUDERA-LOPEZ, c. et. al., 2013). Esses dados têm determinado a mobilização de órgãos governamentais e não governamentais para o controle e prevenção de eventos adversos relacionados aos cuidados em saúde.

Os EA assistenciais, portanto, se constituem em um problema de saúde pública, reconhecido pela OMS. Nos países desenvolvidos, investir em processos seguros nos cuidados ao paciente é considerado a principal oportunidade de melhoria assistencial (COUTO et. al., 2016). Uma média de 10% dos pacientes admitidos em hospitais de todo o mundo, sofreram algum dano causado por erro, sendo que cerca de 50% por eventos evitáveis (WHO/OMS, acesso em 16 de setembro de 2019).

Nos países da União Europeia (UE), todos os anos, cerca de 4,1 milhões de pacientes sofrem de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) hospitalar, dos quais aproximadamente 37 mil morrem (*COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION*, 2009), correspondendo a uma taxa de mortalidade de 0,9%. Os tipos de infecções mais

frequentes são as do trato urinário (27%), as do trato respiratório (24%) e as infecções do sítio cirúrgico (17%), sendo esse último tipo o que representa maior impacto econômico. Em 2008, o custo das IACS na UE foi estimado em cerca 8 bilhões de euros (LAMARSALLE et. al. apud PERELMAN; PONTES; SOUZA, 2019). Esses custos devem-se predominantemente ao aumento do tempo médio do internamento/internação superior a 9,8 dias. Um estudo mais recente e alargado sobre o tema foi realizado no Canadá, baseado em dados de todos os internamentos hospitalares em hospitais de agudos, relatada pelo Instituto de canadense de segurança do paciente (CHAN; COCHRANE, 2016). Foi observada uma taxa de eventos adversos de 5,6%, ou seja, uma em 18 hospitalizações, principalmente associados à medicação e às infecções relacionadas aos cuidados. Observaram, também, uma taxa de mortalidade de 12,5% nas hospitalizações com ocorrência de evento adverso, três vezes maior que em indivíduos hospitalizados e sem eventos adversos, equivalente a 17300 pacientes (CHAN; COCHRANE, 2016). O custo dos EA foi estimado em USD 685 milhões, o que representa cerca de 1% das despesas hospitalares no Canadá. (PERELMAN; PONTES; SOUZA, 2019)

Em se tratando da assistência à saúde nos hospitais brasileiros, acredita-se que os erros e suas consequências são consideravelmente maiores. Tal lacuna pode ser constatada no processo assistencial, em que merece destaque a ocorrência crescente de EA, ou seja, de danos não intencionais que resultam na incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência do paciente na instituição, ou morte, como consequência de um cuidado de saúde prestado. (COUTO et. al., 2016)

No Brasil, um estudo realizado por Mendes et. al. (2009) em hospitais do Rio de Janeiro, estimou a incidência de EA de 7,6% e destes, evitáveis na proporção de 66,7%, uma das maiores identificadas no mundo. Em revisão bibliográfica de vários estudos sobre assistência segura e eventos adversos, Couto e colaboradores expõem números muito alarmantes de ocorrência de óbitos por causas no Brasil (tabela 1). Na ausência de dados oficiais nacionais, cálculos baseados em resultados encontrados na literatura e nas estatísticas de internações estimam que no Brasil entre 104.187 a 434.112 óbitos/ano que podem estar associados à EA assistenciais hospitalares. No melhor cenário seria a 5ª causa de morte atrás de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas em um cenário mais

realista poderia ser a primeira ou segunda causa de morte. Aqui também, como em países desenvolvidos, investir em processos seguros nos cuidados ao paciente deveria ser considerado a principal oportunidade de melhoria assistencial.

Tabela 01. Número de óbitos por grupo de causas.

Grupo de Causas	Nº de óbitos
IX. Doenças do aparelho circulatório	339.672
II. Neoplasias (tumores)	196.954
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	151.683
X. Doenças do aparelho respiratório	137.832
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52.058
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	22.745
Demais causas definidas	237.726
Total	1.138.670

Fonte: MS/SVS/CGIAE – SIM

A maior parte dos danos advém de falhas nos sistemas na maneira como o cuidado é organizado e coordenado, especialmente quando vários provedores de saúde estão envolvidos no cuidado ao paciente. Uma cultura organizacional que implementa rotineiramente as melhores práticas, que têm visão sistêmica do erro com cultura justa e que analisa processos, e ainda, aprende com os erros quando eles são cometidos, é o melhor ambiente para cuidados seguros.

Há ciência bem estabelecida que define intervenções no sistema de saúde que determinam redução dos eventos adversos e suas consequências que vêm sendo usadas com sucesso em diversos sistemas de saúde mundiais e que não se encontram aplicadas de maneira sistêmica na rede hospitalar brasileira. É necessário entregar uma assistência mais segura evitando mortes, sequelas e gerando recursos para investimento em melhorias de segurança criando um círculo virtuoso centrado no paciente e na excelência da assistência. (COUTO et al., 2016)

Primeiramente, o foco principal das pesquisas e ações da OMS e seus países membros havia sido a assistência hospitalar, onde se obteve as estatísticas de incidentes, com eventos adversos, onde a assistência é plural, multiprofissional e mais

complexa, teoricamente facilitando a ocorrência de erros mais graves. No entanto, a segurança do paciente deve ser foco em todas as instâncias de saúde, considerando a sua natureza processual, relação com o ato humano e a práxis, em cada ponto de assistência que é o lugar onde há paciente, profissionais de saúde e assistência prestada.

Sendo assim, a OMS tem lançado inúmeros materiais de apoio à atenção primária segura em todo o mundo e devido à sua intensa fragilidade e escala, considera hoje esta fragilidade uma das dez maiores ameaças para a saúde global em 2019.

No Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, 2019 - 2022 da (WHO/OMS, 2019a) observando de que modo e onde ocorre a maior parte dos eventos adversos na assistência e, como preveni-los, foram elencados alguns pontos de importância a priorizar como:

- A saúde da família e os medicamentos foram considerados áreas prioritárias específicas para o avanço da segurança do paciente; obstetrícia e enfermagem comunitária foram identificados como outros contextos-chaves da atenção primária em países de baixa renda.
- Os fatores relacionados com incidentes de segurança dos pacientes em todos os contextos econômicos identificados como mais relevantes foram: comunicação entre profissionais de saúde e com pacientes; trabalho em equipe na saúde; laboratório e diagnóstico por imagem; gestão de dados; transições entre diferentes níveis de atenção e integridade do prontuário dos pacientes. Um grupo de especialistas revisou a literatura, priorizou as áreas que necessitavam de mais pesquisas e compilou um conjunto de monografias.

Vincent e Amalberti (apud RJ, 2016) ressaltam como pontos relevantes em relação à segurança do paciente na atenção primária à saúde: o aumento na complexidade das doenças atendidas, com consequência na integralidade do cuidado prestado; a dificuldade de percepção de risco a que os pacientes estão expostos no sistema de saúde como um todo, mesmo com boas intenções dificultando estratégias para gestão de risco; o desconhecimento da temática segurança do paciente entre os profissionais nesta instância; a extrema falha na comunicação interprofissionais e entre as instâncias dos sistemas e comunicação atrasada de resultados de exames; a não evidênciação e

priorização sobre erros diagnósticos e protelamento de tratamento correto e o envolvimento de gestores paciente e famílias, além dos profissionais da ponta nas melhorias da segurança do paciente com monitoramento de indicadores.

Diante da importância da atuação em segurança do paciente na APS, a WHO/OMS realizou um encontro inaugural para a assistência primária mais segura, convocando todos os países membros, sendo criado um grupo de trabalho de experts mundiais na área (*SUMMARY OF INAUGURAL MEETING The SaferPrimaryCare Expert WorkingGroup*) e deste saiu um sumário com objetivos chave elencados inicialmente: a) criar uma oportunidade única de compartilhar experiências e *networking* com colegas de todo o mundo; b) desenvolver uma avaliação do cuidado primário à saúde em todo o mundo, assessorar e priorizar as lacunas chave de conhecimento sobre segurança do paciente e danos evitáveis na atenção primária; c) compreender a frequência, natureza, dano e preventibilidade de incidentes em segurança do paciente nos sítios assistenciais primárias; d) analisar os desafios relacionados à segurança do paciente e consequências na atenção primária em baixa média e alta frequência de sets; e) sugerir direções para ações futuras no sentido de fazer pontes entre o conhecimento e a entrega da assistência na atenção primária. Em adição, alguns contextos onde os incidentes de segurança do paciente foram mais prevalentes incluem erros no processo de medicamentos, particularmente nos idosos com múltiplas morbidades. Estimaram que a maioria dos erros foram de dano intermediário e não grave, a maioria dos graves parecem relacionados ao atraso de diagnóstico ou erro de diagnóstico. Os erros preveníveis parecem estar mais relacionados a processos errôneos como administração de medicamentos e a comunicação. (WHO, 2012)

Dados apresentados no Relatório Nacional de Incidentes relacionados à assistência à saúde apontaram que no período de março de 2014 a maio de 2018, do total de incidentes notificados (205.290), cerca de 11,3% (23.298) corresponderam a queda do paciente, ocupando a terceira posição dentre os incidentes mais frequentes. (WHO, 2019^a; WHO, 2019c).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é a principal porta de entrada no desenho formal e tem escala de atendimento gigante, atendendo 6,9 milhões de pessoas em consultas médicas enquanto que todas as internações hospitalares somam 896 mil segundo dados do DATASUS levantado em 2015. Assim, 0,9% desse montante (prevalência dos Eventos Adversos) equivalem a 60 mil pessoas atingidas

por falhas relacionadas à assistência com dano (PROADI SUS, 2019). Os relatos de EA são de mais de 50 % nesta instância, sendo 62% destes, evitáveis. (MENDES, 2016).

No clássico trabalho de tese de doutorado de Simone Marchon: "A segurança do paciente na APS", orientado por Walter Mendes é citada a incidência de eventos adversos em 0,9% com destaque para a comunicação como principal fator contribuinte para os incidentes na APS (MARCHON, 2015). O artigo, particularmente sobre eventos adversos, realizado a partir de pesquisa quali - quantitativa na atenção básica por meio de entrevistas com profissionais de saúde respondendo a um questionário padronizado internacionalmente sobre segurança do paciente (*PrimaryCare International Study of Medical Errors* (PCISME), por meio de um questionário, foi possível avaliar se houve algum incidente durante o cuidado, e em caso positivo, buscou-se caracterizá-lo, conhecer a sua gravidade e os fatores que contribuíram para sua ocorrência, em que se pediu aos profissionais para citar no mínimo 10 incidentes ocorridos nos últimos meses de sua ciência na unidade e que contemplou o atendimento de 11.233 pacientes.

Com a posterior consolidação e análise dos pesquisadores, foram observadas estatísticas bem apuradas, evidenciando a frequência de eventos adversos, a maioria de oito tipos, principalmente relacionados à comunicação e questões administrativas com taxa de incidência envolvendo todos os incidentes de 1,11% (125), sendo que não atingiram os pacientes em 0,11%. A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,9%. Foram identificados oito tipos de erros e os erros administrativos foram os mais frequentes. (MARCHON S.G.; MENDES Junior, W.V.; PAVÃO, A.L.B., 2015)

A comunicação foi citada como sendo o fator contribuinte mais comum para a ocorrência de incidente na atenção primária à saúde (53%). Em relação à gravidade do dano, entre os pacientes que sofreram eventos adversos, 32 (26%) tiveram dano permanente; 27 (21%) apresentaram dano moderado e 18 (15%) sofreram um dano mínimo. Todos os óbitos (8) foram classificados como eventos adversos, sendo que destes 50% (4) ocorreram pela falha na comunicação na rede de atenção; 25% (2) pela falha na comunicação com paciente; 12,5% (1) pela falha na comunicação interprofissional e 12,5% (1) pela falha no cuidado. Em 32% (40) dos incidentes não foi possível classificar a gravidade, incidindo em 42 % (17) de falhas no cuidado; 20% (8)

de falhas na comunicação na rede de atenção; 15% (6) de falhas na comunicação com paciente; 13% (5) de falhas na gestão; e 10% (4) de falhas na comunicação interprofissional. Os fatores que contribuíram com os incidentes foram: falhas no cuidado (n = 44, 34%), falhas na gestão (n = 16, 13%) e falhas na comunicação (n = 65, 53%). Essas últimas eram classificadas em falhas de comunicação com paciente (n = 30, 24%), na rede de atenção (n = 23, 19%) e na comunicação interprofissional (n = 12, 10%). O erro no atendimento administrativo (26%) foi o erro mais frequente no estudo brasileiro, seguido por erros de comunicação (22%). (MARCHON, S. G.; MENDES Junior, W.V.; PAVÃO, A.L.B., 2015)

Nesse contexto crescente de relevância e ações na área, considerando as assustadoras estatísticas de danos evitáveis, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57aª Assembleia Mundial de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Por todos os dados que demonstram a alta frequência e inevitabilidade de erros relacionados à assistência ao paciente e suas consequências como o aumento de tempo de internamento, atraso no diagnóstico, danos temporários, danos permanentes ou morte, entre muitos outros, os processos assistenciais precisam ser redesenhados para evitar falhas na assistência, mitigar riscos e oferecer o melhor cuidado. Desde o lançamento do Programa de Segurança do Paciente da OMS, em 2004, mais de 140 países têm trabalhado para enfrentar os desafios dos cuidados. O dano ao paciente é considerado a 14º causa de mortalidade pelo Global Burden of Disease, o mesmo impacto da tuberculose e malária no mundo.

A Segurança do Paciente deve ser um eixo horizontal que permeia todas as instâncias da assistência à saúde, como também as ações de melhoria em busca da diminuição de EA que ocorrem em todos os pontos da assistência. O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste país depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, condição básica para que estes possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, geridos por uma instância (núcleo de segurança) responsável e atuante, como também, de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.

A legislação brasileira adotou a obrigatoriedade da implantação de Núcleos de Segurança do Paciente em serviços de saúde como ferramenta importante no avanço da prática segura por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, onde se coloca o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que foi lançado nas sedes brasileiras das OPAS e ONU e que se desdobra na regulamentação da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36/2013.

Considerando a importância de fomentar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde do estado de Pernambuco e contribuir com a implantação do PNSP, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESPPE) lança o Plano de Segurança do Paciente de Pernambuco, a fim de nortear os serviços de saúde sobre as principais diretrizes e estratégias para a melhoria da qualidade da assistência e a mitigação dos riscos assistenciais de forma a contribuir para a construção da cultura de segurança.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

3.1. HISTÓRIA DA QUALIDADE EM SAÚDE

Na história da saúde e no cuidado ao paciente, sempre houve mecanismos de avaliação da prática profissional e de serviços de saúde, mas de modo geral, sem sistematização ou padronizações possíveis de serem replicadas. No século 19, Florence Nightingale aplicou na guerra da Criméia o primeiro modelo de qualidade em saúde, com rígidos padrões de higiene e cuidados de enfermagem, que resultaram em uma redução extremamente significativa da taxa de mortalidade no Hospital Scutari de 40 para 2%. Depois, já no início do século 20, mostra-se a preocupação na legitimação de que profissionais poderiam exercer a medicina e a cirurgia, pela influência nos resultados da assistência, com que padrões mínimos exigidos a partir de avaliações feitas e condensadas no polêmico, mas histórico e marcante Relatório Flexner (PAGLIOSA, S; DARO, M.A., 2008) de 1910 que propõe mudança do modelo e de educação médica para o biomédico centrado na doença e hospitais, com rigoroso controle de entrada, curso universitário com instalações; laboratórios clínicos; com currículos mínimos organizados em ciclos de embasamento científico teórico e ciclo clínico em hospitais; com pouca influência do modelo francês anatomopatológico e mais centrado no paciente e em discussões clínicas.

Em consequência, foram criados por iniciativa do conjunto de profissionais, os chamados padrões mínimos para o exercício legal da medicina após ter frequentado o curso de formação, cumprido com seus requisitos e concluído com êxito, sendo dito que os que praticavam atos fora deste critério estavam em exercício ilegal da profissão. Avançando na análise do encontrado no Relatório Flexner e visando a melhoria e padronização da profissão médica e assistência ao paciente.

Segundo ROBERTS, JC; COALE, JG; REDMAN, MA (1987), o Colégio Americano de Cirurgiões, entidade emblemática da época reuniu o que considerava padrões mínimos para o exercício, a maioria básica até os dias de hoje. Sendo eles:

1. Médicos e cirurgiões com o privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou um corpo clínico;

2. A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam graduados em Medicina com licença legal para a prática em seus respectivos estados ou províncias, competentes e valorosos em caráter e em relação à ética;
3. O corpo clínico inicia suas atividades com a aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e diretrizes no trabalho no hospital por meio de reuniões do corpo médico ao menos mensalmente (em grandes hospitais podem optar por se reunir separadamente); revisão e análise da experiência clínica devem ser feita em intervalos regulares nos vários departamentos e o prontuário dos pacientes, deverá ser a base desta revisão e análise;
4. Os registros dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível a todo hospital incluindo dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da moléstia atual, exame físico, exames especiais como consultas ou laboratório clínico ou raios-X, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento médico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica, diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e, no caso de morte, achados de autópsia;
5. Recursos diagnósticos e terapêuticos devem estar disponíveis para o estudo diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia e departamento de radiologia com serviços de radiografia e fluoroscopia.

Ernest Codman, em 1916, publica uma proposta de metodologia rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares no livro: "A study in Hospital Efficiency: The first five years" que servirá de base para o Programa de Padronização Hospitalar em 1928 que por sua vez é o embrião de JCI. Ele coloca como foco principal da atenção dos profissionais de saúde o paciente e o conceito de qualidade em saúde.

Joseph Juran publicou "The quality control handbook" no ano de 1951. A sua filosofia focou no papel da responsabilidade do gerenciamento para qualidade, um importante aspecto do estudo de Juran foi seu foco no empoderamento da equipe, reconhecendo que cada profissional deve ter responsabilidade na melhoria da qualidade. Caso a equipe não esteja empoderada para realizar tal tarefa, os resultados serão limitados, pois para ele a melhoria de qualidade é um processo contínuo

presente na rotina diária dos colaboradores. Também fez a adaptação de gráfico de Pareto, ferramenta que permite a priorização de problemas.

Armand V. Feigenbaum foi o fundador do “Controle Total de Qualidade” (CQT), definido como “um sistema efetivo para integrar os esforços de desenvolvimento, permanência e melhoria da qualidade entre os setores da organização, permitindo economia da instituição e satisfação do paciente”. Para Feigenbaum, a qualidade era uma forma de gerenciar e entender esse conceito como responsabilidade de todos os colaboradores. Assim, sugeriu três etapas para promover a qualidade: liderança de qualidade, tecnologia moderna de qualidade e compromisso organizacional. Introduziu mais fortemente a questão de custos e uma planta oculta em que se colocavam os desperdícios ou custos desnecessários como prováveis fatores que afetam o resultado final de empresa (IBES, 2018; TRAVASSOS, C.; CALDAS, B., 2013). Após a Segunda Guerra Mundial, os conceitos de qualidade já vislumbrados na indústria, mas pouco adotados, são bem estudados e implantados no arrasado Japão, sendo Deming, Crosby e Ishikawa três importantes pilares da reconstrução e desenvolvimento do país com sistema de gestão.

Philip B. Crosby debateu muito o conceito Defeito Zero, que coloca o fazer certo da primeira vez, com foco no estudo das causas e planejamento de execução e o custo da não qualidade.

Kaoru Ishikawa fez diversas contribuições para a melhoria da qualidade, incluindo uma gama de ferramentas e técnicas de qualidade, dentre elas o famoso diagrama de causa e efeito “espinha de peixe”. Em seus trabalhos, destacou o lado humano do cuidado para assegurar a qualidade, sendo apenas alcançada se vista como responsabilidade e visada por todos os colaboradores (“*kaizen*”).

Edward Deming era estatístico e desenvolveu a abordagem “14-point” para a melhoria da qualidade e mudança organizacional. Ele também foi o grande difusor do ciclo PDCA (Plan/Planejar, Do/Fazer, Check/Checar, Act/Agir), criado por Walter Shewhart, visando à melhoria contínua o qual, posteriormente se transformou no ciclo PDSA (em que o Check/Checar foi substituído por Study/Estudar). Seus estudos, ao identificar como elementos diferentes se interagem entre si, permitiram criar várias ideias de mudanças que resultam em melhorias em diferentes setores, também foi o criador de princípios de gestão ainda usados amplamente até os dias de hoje.

Donald Berwick, é um americano, administrador, ainda atuante de modo mundial em processos de ensino e divulgação do conhecimento e que foi presidente durante 20 anos do Institute for Healthcare Improvement (IHI), um centro que fomenta e valoriza a inovação e melhoria da qualidade ao redor do mundo, além de participar ativamente de projetos de capacitação e implantação de projetos de melhoria efetiva nas unidades de saúde. Berwick teve influência na aplicação destes conceitos na área de saúde. Atualmente, o IHI já adotou as 6 dimensões de qualidade do IOM que visam:

- Ausência de mortes desnecessárias;
- Ausência de dor e sofrimento desnecessários;
- Fim do desamparo aos pacientes ou colaboradores;
- Fim das esperas indesejadas;
- Ausência de perda;
- Sem deixar ninguém de fora.

Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação e têm desenvolvimento fortemente estes conceitos, customizando-os à aplicação no setor e valorizando-o cada dia mais. O compromisso individual de quem escolhe uma profissão na saúde, de fazer o bem e atuar com sua práxis de modo com seus conhecimentos para que isso ocorra não supre mais assistência na saúde na complexidade atualmente existente, com tecnologia e conhecimentos infinitos; é essencial e sempre o será, mas tem que haver uma organização maior no cuidado e a cultura da segurança do paciente com sistematização de processos, desenho de sistemas de gestão e barreiras para minimização de riscos, foco na assistência segura com engajamento crescente dos pacientes e familiares de modo ativo em sua assistência é uma grande ferramenta, tornando-se progressivamente uma meta de excelência de sistema na área da saúde. (FELDMAN, L.B; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O., 2005)

James Reason, professor de psicologia inglês, estudou fatores humanos de comportamento como distrações, falhas, manejo de riscos e a contribuição humana na quebra de sistemas complexos e bem defendidos em áreas bem diversas do conhecimento humano, desde a aviação a indústria e à saúde. Reason colocou que a natureza humana é falível e não há como mudar totalmente este fato, devendo-se avaliar como mudar as condições de trabalho destas pessoas para que falhas latentes, presentes nos sistemas, não facilitem sequência de erros individuais que levem a

maiores problemas. Com este conceito tira-se o foco maior da perspectiva individual que só culpabilizam os profissionais e não controlam a ocorrência ou a repetição de erros por outros ou pelos mesmos atores e passa-se a estudar o erro sob o olhar sistêmico. (FERNANDES, L. G. G; TOURINHO, F. S. F; SOUZA, N. L., 2014)

Vários conceitos foram introduzidos na saúde posteriormente, como os de erros, falhas latentes e falhas ativas, e o famoso modelo do queijo suíço no qual vários “furos” (correspondentes aos atos inseguros individuais) deixam passar as falhas se não houver barreiras de sistema. Com a existência de barreiras, a probabilidade do alinhamento das falhas individuais diminui amplamente e se evita a consequência danosa. O modelo ressalta a afirmação de que até as melhores pessoas podem cometer os piores erros, e eles ocorrem inclusive nas melhores organizações também, pois erros são consequências e não causas, e suas origens estão nos referidos fatores sistêmicos. É fato que não há como mudar a essência falível do ser humano, mas há como mudar o seu local de trabalho, para que erros não sejam cometidos. (REASON, J.. 2008)

Avedis Donabedian, pediatra de formação, foi pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de modo sistemático a estudar e publicar sobre qualidade em saúde e como avaliá-la. Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processos e resultados adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde, sendo publicados desde 1988. Para ele, qualidade é um atributo de um sistema que ele chama estrutura, um set de atividades organizadas que ele chama de processos e um resultado que advém de ambos:

O componente **Estrutura** corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico - administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O componente **Processo** corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. Envolve totalmente a práxis das profissões de assistência e muitas

mudanças na sua sistematização.

O componente **Resultado** corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente. (DONABEDIAN, 2003)

A mensuração é uma ferramenta da qualidade e a melhoria, uma segurança da qualidade. O autor parte da premissa que a qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente/usuário. Esses benefícios são definidos dentro das possibilidades de alcance considerando os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Nesse sentido ele propõe os 7 pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (figura 1).

Figura 01. Os 7 pilares da Qualidade de Donabedian



FONTE: ARAÚJO, C. A.; SILVA, E. P. L., 2019

Eficácia: é o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do cliente, produzindo melhoria da qualidade em saúde. Então se relaciona com condições estruturais ideais para o tratamento do paciente como melhor estrutura física, melhores equipamentos, melhores reações dos pacientes e melhores serviços.

Está muito ligada a planejamento.

Efetividade: grau em que o cuidado alcança o nível de melhoria da saúde, cujos estudos relacionados à eficácia apresentem que essa melhora era atingível. Está diretamente ligada aos resultados das ações reais.

Eficiência: uma medida é eficiente quando ela atinge a eficácia e efetividade pelo menor custo. Assim, é uma busca para que as ações visando sempre e sem afetar a melhora da saúde do paciente sejam realizadas com a menor quantidade de recursos possível.

Otimização: empregar a relação custo-benefício na assistência à saúde. Às vezes introduzir determinados benefícios aumentam tanto o custo que perdem a razão de ser. Visa tornar o tratamento tão eficaz a ponto de reduzir tempo que levará a diminuição de custos existentes por melhoria de processos e utilizam um incentivo de cultura de melhoria. Seria a melhor aplicação dos recursos disponíveis, procurando elevar o tratamento ao estado ótimo. Melhor relação custo benefício.

Aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente/cliente e família. Esse pilar se relaciona às expectativas do paciente e família em relação ao cuidado recebido e se divide em vários, de campos inclusive subjetivos:

- Aceitabilidade: o tratamento é fácil e convém.
- A relação médico paciente se baseia nos tradicionais conceitos de respeito e ética, acrescidos na informação clara e detalhada para que haja engajamento da família e paciente, uma decisão compartilhada.
- Comodidade: além de horários de procedimentos e medicamentos cômodos, um ambiente de conforto mais adequado e agradável.
- Custo do tratamento: varia de acordo com as expectativas e poder financeiro do paciente e família.

Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral, visão que o paciente tem da instituição, responsabilidade perante a sociedade em geral. Por exemplo, um hospital que seja referência em oncologia será mais aceito a princípio para que seja o local de tratamento do paciente.

Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre indivíduos de uma população. Princípio que rege o

que é justo na hora de distribuição de cuidados e profissionais, com a imparcialidade no atendimento hospitalar. Por exemplo, não se distinguindo gênero etnia ou outro critério que não seja o clínico. Esta tem que ser uma cultura interna da instituição. Os sete pilares de Avedis Donabedian contribuem muito para alcançar a excelência na saúde. No Brasil, entre muitos estudiosos sobre o tema, não se pode deixar de citar Walter Mendes. Mendes era um estudioso, pesquisado, professor e articulador, autor de livros e artigos sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e atendimento domiciliar, desenvolveu diversos trabalhos inovadores sobre a ocorrência de eventos adversos em hospitais no Brasil. O clássico estudo de Mendes, do ano de 2009, indica a incidência de eventos adversos em hospitais (7,6%) equivalente aos números internacionais, assim como sua prevenibilidade (66,67%); esta segunda, muito maior que nos estudos internacionais, o que estima um enorme campo de oportunidades de melhorias. (MARCHON S.G.; MENDES JUNIOR W.V.; PAVÃO, A. L. B, 2015).

Membro do Comitê do Programa Nacional de Segurança do Paciente, Mendes participou da formulação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e coordenou o Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, teve um grande e importante papel na defesa da segurança do paciente no SUS.

3.2. Classificações Internacional de Segurança do Paciente

A OMS, em 1993, definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.

Considerando as diferentes definições de erro em saúde e evento adverso, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) (WHO, 2009). O Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) traduziu para a língua portuguesa os conceitos - chaves do ICPS, alguns destes podem ser observados no quadro 1 a seguir.

Quadro 01. Alguns conceitos da ICSP da OMS

Atributos	Definições
Segurança do paciente	A Segurança do Paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Erro	Falha na execução de uma ação planejada, podendo ocasionar incidentes.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Gestão de risco	Ter percepção de risco nos processos e ambientes, mapear, analisar e elaborar e executar planos de ação para tratar ou mitigar riscos.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Cultura de Segurança do Paciente	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

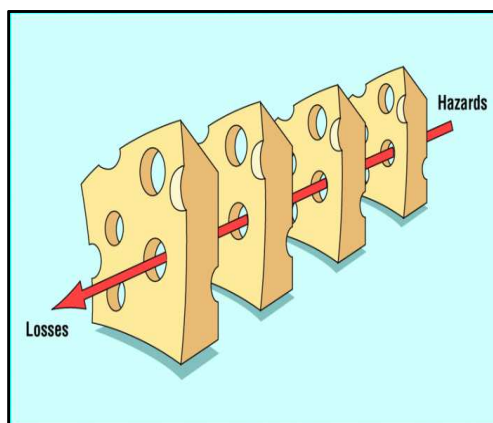
FONTE: Adaptado da definição de segurança do paciente do documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde – 2014.

3.3. ERROS EM SAÚDE

Como em qualquer outra instituição complexa, um dos fatores inerentes ao ambiente hospitalar é o erro humano. Os erros latentes podem ser acarretados pelas decisões de implicações danosas, pela ação ou pela omissão, podendo ficar adormecidas por longos períodos, como o próprio nome sugere, e somente são evidenciadas quando se combinam a outros fatores a outros fatores da cultura organizacional (REASON, 2000). De acordo com o autor, os erros são consequências e não causas e embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema.

A figura 2 mostra o modelo adaptado do queijo suíço de Reason. A abordagem sistêmica para gerenciar a falha ou o erro e a importância de focalizar sobre erros latentes do subsistema operativo são oportunidades de encolher os “buracos” de transposição do dano pela criação de múltiplas camadas adicionais de proteção. Esses mecanismos reduzem a possibilidade de alinhamento desses orifícios e, assim, impedem que o erro os atravesse e alcance o paciente. (REASON, 2000)

Figura 02. Modelo de queijo suíço James Reason



FONTE: REASON, 2000.

3.4. GESTÃO DE RISCO

A OMS conceitua a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. (WHO, 2009)

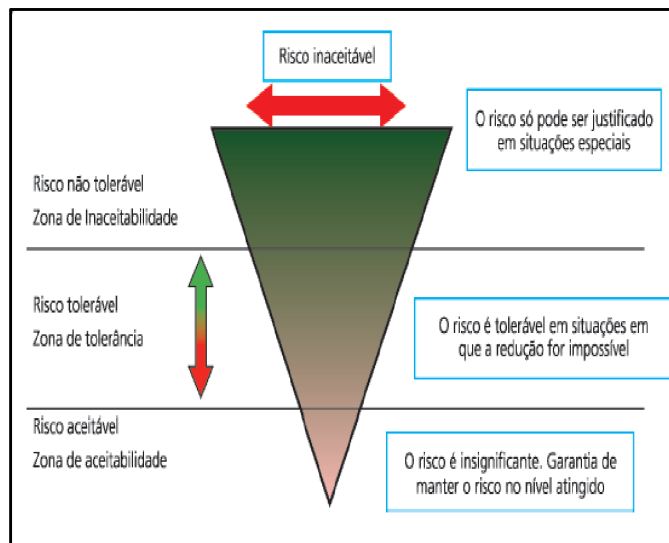
Para uma assistência segura, é de suma importância a gestão de risco de uma unidade de saúde, com mapeamento, monitoramento e análise de indicadores e, também, planos de ação para tratativas e correção de processos falhos visando a mitigação dos riscos. A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde. (ANVISA, 2017b).

Os estabelecimentos de saúde, em especial os hospitais, envolvem uma diversidade de riscos que podem ser inseridos em três zonas, conforme a frequência ou gravidade. A gestão de risco deve ter como objetivo a identificação, análise, avaliação e monitoramento contínuo dos riscos, mantendo-os numa zona de aceitabilidade, visando criar mecanismos para minimizar os efeitos para a saúde. (Figura 3) (MENDES; SOUZA, 2014)

A adoção de Práticas de Segurança do Paciente está intimamente relacionada à gestão dos riscos relacionados à Segurança do Paciente nos serviços de saúde, uma vez que compreende a necessária revisão frequente dos processos de trabalho e o seu alinhamento aos padrões considerados seguros. Envolve o estabelecimento de uma infraestrutura assistencial; métodos gerenciais capazes de fazer o melhor uso da infraestrutura, uma liderança e uma cultura organizacional de segurança. (COUTO et. al., 2016)

Dessa forma, o comprometimento institucional, a disseminação desses conceitos entre toda a equipe profissional e a adoção das práticas profissionais seguras, são essenciais para a implementação do PNSP nos serviços do país. Nesse contexto, destaca-se a importância do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como primeira instância a gerir o risco, empreendendo as suas etapas e lançando mão de ferramentas, com o objetivo de rever os processos de trabalho e alinhá-los às práticas de segurança, além de disseminar esses conhecimentos entre os demais profissionais da equipe, de forma a prevenir a ocorrência dos incidentes nos serviços de saúde. (ANVISA, 2017b)

Figura 03. Níveis de risco nos estabelecimentos de saúde



FONTE: Mendes, 2014.

3.4.1. FASES DA GESTÃO DE RISCO

O passo inicial da gestão de riscos consiste na definição e identificação dos riscos aceitáveis, nos serviços de saúde, a estrutura física, as atividades desenvolvidas, os equipamentos médico-hospitalares, as substâncias e materiais utilizados, podem originar riscos ao paciente, profissionais de saúde e ambiente, após a identificação de todos os pontos de riscos deve-se proceder à análise e avaliação para conhecer os possíveis eventos indesejáveis e antecipar-se a eles.

Na fase de avaliação determina-se qual risco deve ser priorizado, como ponto de partida pode - se iniciar o mapeamento por processos de alto volume, alto custo e por processos mais problemáticos, a fim de elaborar planos de ação que minimizem a ocorrência de eventos indesejados. É importante adotar tais procedimentos como rotina institucional, a busca ativa seja por visitas aos setores, revisão e análises de prontuários e documentos, podem trazer muitas informações importantes que não devem ser negligenciadas, esse processo deve ser cíclico e permanente para a manutenção dos riscos em um nível aceitável.

Atualmente, nos países desenvolvidos, a gestão de riscos integra as prioridades da administração dos hospitais. Recomenda-se que os hospitais implementem e robusteçam os programas de gestão de riscos a fim de proteger os pacientes, profissionais de saúde e o público, contribuindo assim para a proteção da saúde e a minimização de custos (WHO, 2010).

3.4.2. FERRAMENTAS DA QUALIDADE

A. Ferramentas de investigação e análise de EAs

A investigação das causas pode ser realizada por meio de ferramentas de segurança (Figura 4) que auxiliam na análise e proposição de tratativas; a escolha varia de acordo com o grau de maturidade institucional, equipes que estão iniciando a segurança do paciente são recomendadas o uso de ferramentas mais simples e à medida que a equipe adquira expertise, outras mais complexas podem ser exploradas.

Considerando a complexidade de cenários em uma unidade de saúde, com incertezas constantes, gerenciar os riscos é uma forma proativa de se antecipar aos eventos e propor medidas de prevenção e controle.

Figura 04. Ferramentas para gestão de risco



FONTE: ARAÚJO, C. A.; SILVA, E. P. L., 2019

- **Brainstorming**

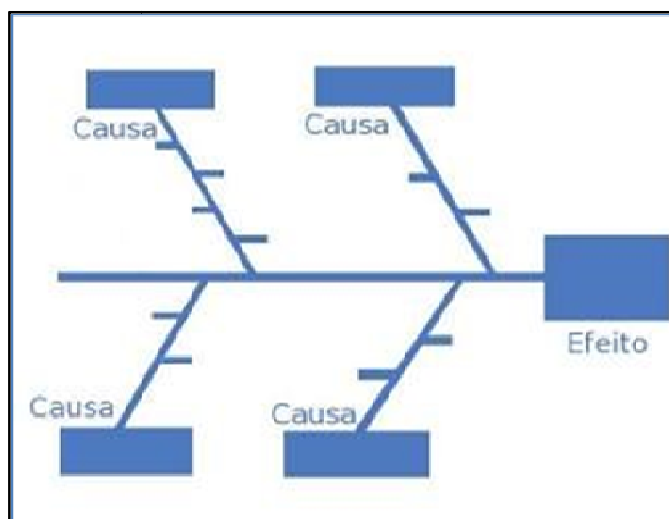
Em português, significa tempestade de ideias e é uma técnica usada para gerar ideias dentro de um grupo de pessoas através de soluções interessantes e criativas para resolver o problema; coloca-se tudo que as pessoas pensam sobre um problema ou processo, para depois tentar juntar ideias similares e organizar. (ANVISA, 2017b)

- **Diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito**

Para preencher a figura que se assemelha a uma espinha de peixe, tem que ser utilizada de preferência após o brainstorming e as classificar por categorias abaixo

assinaladas, colocando em cada ramificação. Desenhar uma seta horizontal direcionada para a direita e nesta que equivale à cabeça se coloca o problema; a espinha central equivale ao processo e cada espinha ramificada a uma categoria em que se classificam as causas apontadas ao detalhe desejado, para que fiquem mais evidenciados. (SILVA, K; MOREIRA, JAA; VASCONCELOS, L.T, et. al., 2015)

Figura 05. Diagrama de Ishikawa



FONTE: (SILVA, K; MOREIRA, JAA; VASCONCELOS, L.T, et. al., 2015).

Meio Ambiente - o problema está no ambiente externo ou interno à instituição. Aqui podem se encaixar a infraestrutura predial, com falta de elevadores ou iluminação, a localização ou falta de acesso, a falta de espaço dentro da unidade, por exemplo.

Material - o problema está no material que está sendo utilizado para realizar o trabalho, e insumos de má qualidade ou inadequados, por exemplo.

Mão de Obra - o problema pode estar em um comportamento errado do trabalhador ou na sua falta de capacidade.

Método - o problema poderá estar na metodologia do trabalho, falta de treinamento ou descrição adequada de cargo, por exemplo.

Máquina - o problema poderá estar numa máquina utilizada para a realização de um processo. Aqui se enquadram os equipamentos de engenharia clínica e sua manutenção, por exemplo.

Medida - o problema poderá estar em uma medida que foi utilizada. Aqui entram os indicadores, com todos os pormenores de meta, tendência, periodicidade, fonte, etc. Com isso, a equipe deverá analisar cada causa que contribui para o problema de

acordo com os 6M's. Para isso, cada 6M's é inserido dentro de uma categoria e as causas dentro da espinha, e o problema ficaria na “cabeça do peixe”. Depois de fazer esta análise, é preciso propor soluções, com desenvolvimento de planos de ação para cada causa levantada.

- **PDCA**

O Ciclo PDCA significa *Plan, Do, Check, Action* (Planejar, Fazer, Verificar e Agir). Esse método tem a função de garantir que a instituição organize seus processos, não importando a sua natureza. Com a utilização dessa ferramenta, cada processo realizado origina-se em um novo processo até que o produto ou serviço chegue ao cliente. Com isso, o ciclo está constantemente se renovando e melhorando, pois cada etapa do processo é analisada. Por meio desta teoria, cada processo da instituição passa por quatro fases, a saber:

1. Planejar (*Plan*)

Nesta fase são definidos os objetivos de cada processo até chegar ao produto/serviço finais requeridos pelo cliente, levando em consideração a política da instituição. Baseado nesta política, o planejamento deve ser composto pelos seguintes passos:

- I. Identificação do Problema
- II. Estabelecimento de Metas
- III. Análise do Fenômeno
- IV. Análise do Processo
- V. Plano de Ação

2. Fazer (*Do*)

Momento em que o plano será executado, assim os indivíduos que participarem da implantação do ciclo PDCA deverão realizar treinamentos de acordo com o método. Cada processo é realizado, conforme aquilo que foi definido na primeira fase. Assim são coletados dados para uma análise posterior.

3. Checar (*Check*)

Com a implantação, os processos são analisados através de ferramentas próprias, para verificar se cada processo cumpre aquilo que foi proposto no planejamento, nessa fase erros ou falhas no processo são identificados.

4. Agir (*Action*)

De acordo com o resultado na etapa “checar”, serão observadas as falhas nos processos e se os objetivos foram atingidos, caso contrário, estes devem ser melhorados e as etapas se reiniciam.

- **Melhoria contínua com o ciclo PDCA**

Inicialmente, devem-se definir com clareza os problemas a serem resolvidos. Assim, as pessoas de uma instituição podem fazer uma reunião e lançar as suas ideias. Depois é necessário realizar uma estratégia para que o planejamento seja eficaz e por último, responder as perguntas necessárias.

É formado por várias ações que por meio dos recursos oferecidos pela instituição se transformam em produtos ou serviços para os clientes. Com a utilização do ciclo PDCA, cada processo realizado origina-se em um novo processo até que o produto ou serviço chegue ao paciente, que é a intenção final. Com isso, o ciclo está constantemente se renovando e melhorando, pois cada etapa do processo é analisada. Quando a instituição implementar o ciclo deverá tomar os devidos cuidados para que a sua implementação não seja incorreta. É preciso planejar tudo, estabelecer metas e ir à busca de alcançá-las. Além disso, é preciso checar e procurar melhorar em cada processo.

Hoje em dia, tem se usado a variável PDSA para Study, pois têm que se analisar os dados encontrados e estratégias de mudança, corrigindo-os antes de agir novamente. Esta fase é a de análise dos resultados na gestão, com a qualidade e a ponta, uso de benchmarking para saber comparativamente a uma instituição que tenha o mesmo processo e ter metas externas de qualidade, além do histórico da unidade e os fatores que podem ter interferido como os colocados na pandemia. (SILVA, K; MOREIRA, JAA; VASCONCELOS, L.T, et. al., 2015)

- **Análise de causa raiz**

A Análise de Causa Raiz é uma das inúmeras ferramentas de análise de eventos, ela é altamente aplicável na análise e também na avaliação de riscos. O uso desta ferramenta deve ser indicado oportunamente na gestão de segurança do paciente, na decorrência de eventos que causaram danos grave ou morte do paciente. Assim passa por várias ações como a análise do prontuário com as diferentes descrições do

ocorrido, importantíssimo priorizar a entrevista com equipe que atendeu ao paciente que sofreu o evento adverso grave em investigação, prioritariamente em até 48 horas, com narrativa detalhada do evento.

Esta fase deve ocorrer preferencialmente até 48 horas do episódio com dano ou morte do paciente, caso contrário nossas memórias acabam sendo falhas e nos esquecemos de narrar detalhes importantes que podem ter impacto posterior. Compreender se o evento era evitável é o primeiro produto desta avaliação, seguida da identificação de falhas no sistema e dos fatores contribuintes para a ocorrência do evento. Tendo todas as etapas concluídas, as equipes de análise com a qualidade e a gestão devem avaliar se o evento era evitável e em que instância, e instituir ações com barreiras que possam evitar a recorrência do evento analisado. (ANVISA, 2017b)

- **Regras dos cinco por quês**

Esta é uma ferramenta de análise de problema para buscar a sua causa raiz. Consiste em perguntar "por quê?" repetidamente sempre que se encontrar um problema, a fim de ir além dos sintomas óbvios, descobrindo a causa raiz. Assim ao invés tratar apenas a causa imediata, tenta se buscar simultaneamente a causa raiz para analisá-la e posteriormente prover planos de ação para solucionar ou minimizar o problema decorrente. Caso apenas o problema imediato seja resolvido, ele ocorrerá novamente, podendo ser ainda mais grave.

O número cinco, especificamente, não é o que importa. O importante é continuar perguntando até que a causa-raiz seja identificada e eliminada. Na maioria das vezes, observa-se que com cinco respostas se acha a raiz. No entanto, é importante que seja realizado por pessoas que conheçam o processo e que as perguntas sejam realmente pertinentes, fechando o "cerco". A medida da avaliação de uma análise dos "cinco porquês" bem-sucedida é quando ela o leva a mudar sua mente sobre qual parâmetro propulsor controlar para garantir capacidade do processo.

- **Plano de ação**

O plano de ação é uma ferramenta de gestão que tem como base a elaboração de uma lista com todos os passos necessários para atingir um determinado objetivo. Tem vários modos de ser feitos, e tem que determinar o objetivo, prazo e atores. Na segurança do paciente, uma das ferramentas mais usadas é o 5W2H. (BRASIL, 2017b)

- **5 W 2 H**

É utilizada para ajudar a planejar as ações. Assim é preciso elaborar um quadro e responder as perguntas: O quê? Quando? Por quê? Onde? Como? Quem? Quanto?

Os 5W

Os 2H

What (o que será feito?)

How (como será feito?)

Why (por que será feito?)

How much (quanto vai custar?)

Where (onde será feito?)

When (quando será feito?)

Who (por quem será feito?)

- **Reunião rápida de segurança (minuto de segurança)**

Um método de ação rápida e proativa. Consiste em conversar diariamente com a equipe *in loco* sobre observações de falhas ocorridas no dia anterior de modo a corrigir equívocos rapidamente, com foco na segurança do paciente e ouvindo as sugestões de planos de ação.

Portanto, é uma lista onde serão respondidas perguntas específicas, a fim de definir uma atividade, solucionar um problema ou tomar decisões. Geralmente se coloca em forma de planilha para clarear. Em qualquer situação, pode-se utilizar esta ferramenta. Inicialmente, devem-se definir com clareza os problemas a serem resolvidos. Depois é necessário realizar uma estratégia para que o planejamento seja eficaz e por último, responder as perguntas necessárias.

De forma geral todas as ferramentas de análise e avaliação de riscos devem permear pela Cultura Justa, Cultura de Segurança do Paciente e, principalmente, utilizar-se da confidencialidade como questão chave neste processo. Tem se avançado muito na reunião de gestão com a família com a prestação de informações e pedidos de desculpas de que se analisará o evento adverso grave explicando um pouco as iniciativas a serem tomadas. Esta iniciativa depende muito do amadurecimento institucional. (BRASIL, 2019)

4. PRINCIPAIS NORMATIVAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

No Brasil, a segurança do paciente já faz parte da agenda política junto à OMS. Programas e políticas do Ministério da Saúde, alinhados a outras instâncias contribuem para a implementação do PNSP cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de EAs relacionados à assistência à saúde. Diversas normativas vêm sendo criadas no intuito de embasar e reforçar as ações estratégicas a serem implantadas nos serviços de saúde, dentre as principais destacam-se no quadro 2.

Quadro 02. Principais Normativas da Segurança do Paciente no Brasil.

Instituição	Normativa	Objeto
Ministério da Saúde	Portaria nº 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
	Portaria nº 1.377/2013	Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente.
	Portaria nº 2.095/2013	Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente.
	Portaria nº 3.390/2013	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
	Portaria Interministerial nº 285/2015	Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).
	Portaria nº 389/2014	Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).
	Portaria nº 183/2014 – Cap II art. 5º § 2	A VEH será realizada de modo articulado com o NSP e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das

		doenças e agravos.
	Portaria nº 2.436 setembro/2017 – itens XIV e XVII	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
	Portaria nº 774 de abril/2017	Define normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
	Portaria nº 3.410/2013	Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do (SUS).
ANVISA/MS	RDC nº 36/2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
Ministério da Educação	Resolução CNE/CES nº 3/2014	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS	Resolução nº 5/2014	Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.
SES/PE	Portaria nº 319 de 31 de julho de 2017 Portaria nº 002 de 03 de janeiro de 2020	Institui o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente de Pernambuco. Altera os artigos 2º e 3º da Portaria 319/2017.

5. PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes e familiares, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Uma das propostas do PNSP é a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que deve adotar como princípio e diretriz “a disseminação sistemática da cultura de segurança”. (BRASIL, 2013a). O PNSP tem quatro eixos descritos abaixo:

5.1 EIXOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5.1.1 EIXO 1: ESTÍMULO A UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGURA

o Protocolos básicos

Um conjunto de protocolos básicos e obrigatórios foi definido pela OMS e deve ser elaborado e implantado nos serviços de saúde; esses protocolos correspondem às metas internacionais de segurança do paciente, eleitos pelo baixo custo para a sua implantação, são baseados em evidências científicas e podem contribuir substancialmente para tornar o processo do cuidado mais seguro, são eles: identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos; prevenção de quedas; lesão por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais.

o Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Avançando nas diretrizes e referências para seguir o acordado nas assembleias com os países-membros da OMS, no âmbito da segurança do paciente, baseadas nas falhas mais comuns que afetam a saúde dos pacientes (elencadas no relatório “*To Err is Human*” do IOM, 1999) e, por seu baixo custo na implantação, as metas internacionais de segurança do paciente (figura 6) foram integralmente adotadas pelo MS, a saber:

○ **Meta 1: IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE**

Este protocolo tem a finalidade de garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina (implantando no mínimo 2 e máximo de 3 identificadores institucionais que têm que constar em todos os documentos dos pacientes e serem compreensíveis para o mesmo e sua família de modo a engajá-los no processo, com a finalidade de evitar homônimos facilitando erros).

○ **Meta 2: COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE OS PROFISSIONAIS**

A comunicação é bidirecional e permeia todas as atividades que integram a assistência à saúde do paciente e, para que ela ocorra com segurança, é necessário que seja efetiva, oportuna, completa e compreendida pelo receptor de forma a minimizar os riscos relacionados a falhas na comunicação.

○ **Meta 3: USO SEGURO DE MEDICAMENTOS**

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde é a finalidade do protocolo que norteia as medidas de prevenção de ocorrências de erros relacionados ao uso de medicamentos em especial aos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância. Deve englobar toda a cadeia de medicamentos, desde a escolha do produto na compra até a farmácia clínica, dando especial atenção à prescrição e administração destes. (BRASIL, 2013b)

○ **Meta 4: CIRURGIA SEGURA**

O protocolo destina-se a determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos que levam à mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de verificação de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS. (BRASIL, 2013b)

○ **Meta 5: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PREVENÇÃO DE INFECÇÕES**

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles

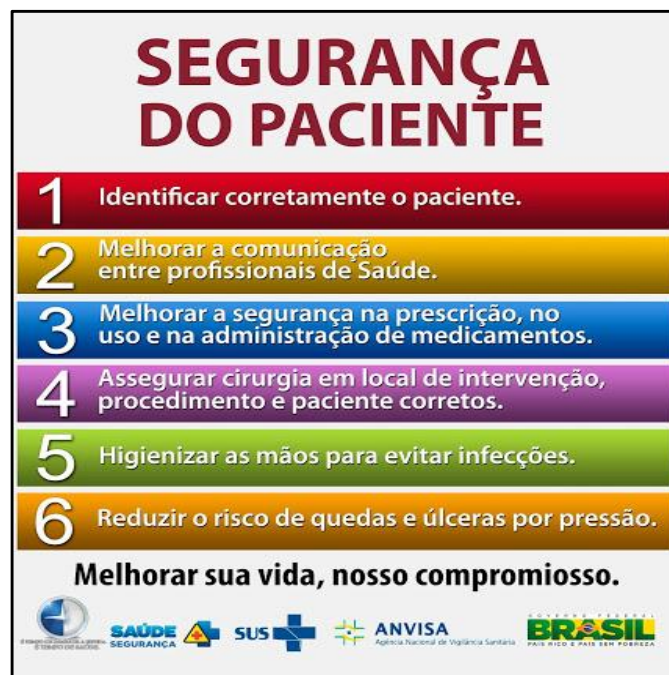
envolvidos nos cuidados aos pacientes. (BRASIL, 2013b)

o **Meta 6: PREVENÇÃO DE QUEDAS E LESÃO POR PRESSÃO**

Reduzir a ocorrência de quedas e lesões por pressão em pacientes hospitalizados e os danos delas decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. (BRASIL, 2013b)

Outra grande recomendação aos estabelecimentos de saúde é adotar estratégias para reduzir danos associados ao transporte de pacientes, que pode ser uma fonte importante de eventos adversos, quer seja dentro do hospital ou entre unidades de saúde. Equipes treinadas em transporte hospitalar conseguem evitar eventos adversos com maior frequência, principalmente para pacientes críticos.

Figura 06: Metas de Segurança do Paciente



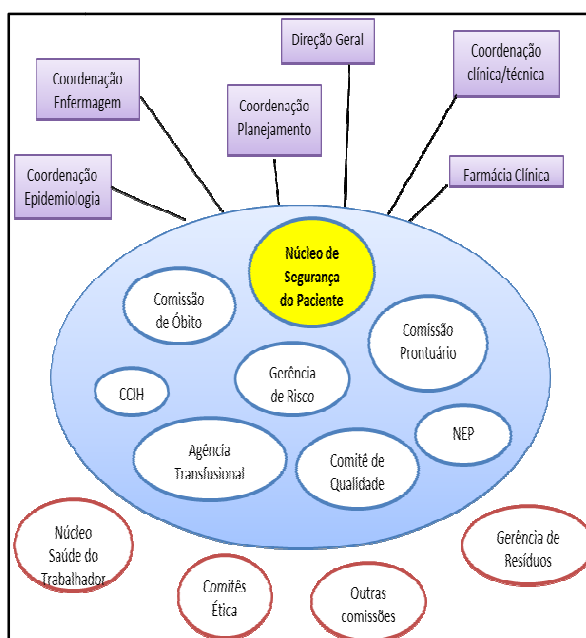
FONTE: Ministério da Saúde, 2013.

o **Criação do Núcleo de Segurança do Paciente**

Instância criada para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os NSP devem ser vinculados à direção do estabelecimento e ter uma agenda permanente e ainda, participar de reuniões com outras instâncias do

serviço como comissões de qualidade, prontuário, discussão de óbitos entre outras, devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito. NSP será responsável pela elaboração de um Plano de Segurança do Paciente (PSP) que aponte e descreva quais estratégias e ações serão definidas para a execução das etapas de promoção, proteção e mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente. A composição do NSP pode ser estruturada como o modelo proposto na figura 7.

Figura 07. Modelo de composição do NSP



FONTE: Documento de Referência PNSP. BRASIL, 2014

o **Sistema de Notificação de Incidentes**

De acordo com a RDC ANVISA nº 36/2013, a notificação de EA é obrigatória e confidencial sendo uma importante ferramenta reativa para a gestão do risco e, portanto, essencial para a vigilância e o monitoramento dos incidentes notificados. Os serviços de saúde devem desenvolver meios para sistematizar a busca pelas informações que servirão de base para a identificação, investigação e análise dos incidentes, de forma propor ações para a melhoria da qualidade da assistência e a segurança do paciente.

O sistema é composto por agências nas esferas federal, estadual e municipal, com papéis que se integram e somam. A esfera federal é a determinadora das políticas públicas, dos indicadores, relatórios e fluxos de notificação e controladora do sistema NOTIVISA. A esfera estadual tem como papéis a intermediação das políticas públicas determinadas pela federal, papel educador e fiscalizador às esferas municipais, assim como de consolidar relatórios e indicadores na vigilância e segurança do paciente, como por exemplo, o relatório de número de notificações por tipo de evento adverso por unidade de saúde e o relatório de auto adesão à Segurança do Paciente dos hospitais com UTI, fazendo a sua consolidação, análise e reenviando para finalização na instância superior.

Anualmente são publicizadas as análises dos percentuais de respostas pela totalidade de serviços cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) com essa característica de leitos de UTI, das maiores conformidades por estado, região e nacional, além de citar nominalmente as instituições de alta adesão, permitindo um retrato fotográfico do cenário, uma comparação histórica na linha do tempo e direcionando os esforços e recursos nacionais na área, como implantação de projetos de criação e reforço na implantação dos núcleos de Segurança do Paciente nas unidades de saúde, do gerenciamento de risco e outros em curso atualmente.

Considerando o âmbito de secretaria estadual que também executa políticas públicas e direciona recursos, é de suma importância o acesso a essas informações apuradas, a diminuição do tempo de consolidação para aproximação do tempo real e a integração com os níveis de assistência. Particularmente dos hospitais que compõem a rede pública, para o fortalecimento da cultura de segurança e da implantação máxima efetiva do Plano Nacional de Segurança do Paciente.

o **PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

A segurança do paciente no contexto da Atenção Primária só foi mencionada na Portaria n^o 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) que trata da Política de Atenção Básica do país e recomenda a adesão de estratégias de segurança do paciente na Atenção Básica que minimizem os riscos e promova o cuidado mais seguro centrado no usuário. Considerando as especificidades *do lócus* de assistência em domicílio, com ausência de recursos equivalentes a unidades de saúde, há

necessidade de se traçar estratégias diferenciadas para garantir a segurança do paciente também neste ponto da RAS. Deve-se, ainda, levar em conta aspectos sociais e culturais, pois também são determinantes na condução da assistência prestada, além da necessidade de se estabelecer comunicação realmente efetiva com usuários e cuidadores, que são protagonistas da atenção à saúde e possuem papel ainda mais essencial na modalidade cuidado domiciliar. Para melhorar estruturação, colocamos abaixo as orientações conforme as metas internacionais de segurança e outros fluxos já nominados. (BRASIL, 2014)

Meta 1: IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

A identificação correta do paciente também merece especial atenção no domicílio. Deve-se ter cuidado ao lidar com documentos de prontuários, visando a evitar que haja trocas entre um prontuário e outro ou até mesmo extravios. Da mesma maneira, é importante que haja a conferência dos nomes nas prescrições, garantindo que o medicamento ou material seja fornecido ou administrado ao paciente certo.

Meta 2: COMUNICAÇÃO EFETIVA

Deve - se ter a linguagem clara, compassiva e canal atencioso de comunicação tanto entre profissionais, paciente e família e, entre profissionais, esclarecendo dúvidas, detalhando a situação e objetivos do cuidado conforme vai evoluindo o tratamento, realizando um plano de cuidado que deve ser o mais claro possível contemplando também as pactuações acordadas entre o paciente; família e os profissionais prestam o cuidado em seu ambiente familiar. Essa questão inclui aceitação da modalidade de assistência, plano terapêutico a seguir, com responsabilizações de familiares e equipe, assim como ter registros domiciliares do cuidado prestado, com acesso a família de modo a ser entendido, como também revisar periodicamente. Educação de paciente e cuidadores, manuais ilustrativos ou vídeos para sanar possíveis dúvidas e instrumentalizar o cuidador. Atentar à passagem de plantão e transição do cuidado contemplando do todos os aspectos necessários.

Meta 3: USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

É fundamental que tanto os profissionais quanto os usuários e cuidadores compartilhem responsabilidades relacionadas a essa questão. A promoção da segurança do paciente pode ser facilitada por meio da educação dos familiares e

cuidadores, pacientes e capacitações das equipes e uso de ferramenta de segurança dos “nove certos” para a administração de medicamentos (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, compatibilidade medicamentosa e direito a recusar o medicamento (BRASIL, 2013b).

É fundamental, ainda, para o envolvimento do cuidador e do usuário com a segurança, que eles entendam o motivo daquele medicamento ser administrado, assim como reconheçam os sinais de alerta clínicos, os eventos adversos e saibam quais são as providências a serem tomadas. Antes da prescrição e administração de qualquer medicamento, deve-se perguntar ao usuário e familiares se o usuário apresenta alergia. A administração de medicamentos por via parenteral (intravenosa, intramuscular ou subcutânea), realizada pelos profissionais de enfermagem, deve seguir um protocolo institucional tanto para a diluição do medicamento, se necessária, quanto para a técnica correta de administração. Importante considerar as condições e comorbidades do paciente para minimizar os riscos como usuários com cateter nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia, preferencialmente opta-se por medicamentos em solução. Deve-se ter atenção, pois alguns comprimidos não devem ser macerados devido à possibilidade de se perderem as características de liberação controlada, levando ao risco de toxicidade e manutenção inadequada do nível sérico do fármaco, além do risco de obstrução do cateter e da perda do princípio ativo. A equipe de saúde deve verificar se há medicamentos vencidos no domicílio e auxiliar no descarte adequado, além de orientar ao cuidador a verificação de validade e armazenamento seguro.

Meta 4: PROCEDIMENTO SEGURO

Aspecto relevante na prevenção de infecções é a padronização de procedimentos invasivos no domicílio, como paracentese, punção venosa e coleta de sangue para exames laboratoriais, por meio de protocolos assistenciais ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Essa medida visa a garantir que o usuário seja atendido de forma segura, de acordo com técnica asséptica adequada.

Meta 5: PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE (IRAS) – HIGIENE DAS MÃOS

No domicílio, a prática de higiene das mãos deve ser reforçada, também, entre os

familiares e cuidadores, podendo ser realizada com água e sabão líquido ou na ausência desses insumos, é recomendado o uso do álcool gel a 70%. Recentemente, a OMS adaptou a abordagem “Meus 5 momentos para a higiene das mãos” para a atenção fora do ambiente hospitalar. Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) não são restritas ao âmbito hospitalar. A prática da higienização das mãos mencionada anteriormente, antes de qualquer procedimento, e, o uso de roupas limpas, são meios para reduzir a probabilidade de infecções, inclusive no domicílio, o que propicia um ambiente mais seguro ao usuário. É preciso ter ciência que os micro-organismos ditos “hospitalares” muitas vezes permanecem no indivíduo desospitalizado alguns meses após a alta. O aumento da prevalência de usuários portadores de germes multirresistentes exige atenção especial dos serviços de saúde, inclusive na Atenção Domiciliar. Nesses casos, é importante a precaução de contato, evitando que o profissional de saúde seja carregador destes germes a outros usuários. É importante orientar adequadamente o usuário e a família quanto às precauções a serem adotadas no domicílio. Além disso, a presença de dispositivos como sondas de traqueostomia, gastrostomia e cateteres vesicais favorecem infecções e por isso requerem atenção e monitoramentos específicos. Destaca-se que o posicionamento inadequado do usuário interfere na aspiração de conteúdo da orofaringe, logo, atentar-se para este fator é uma das medidas de prevenção de infecção do trato respiratório. É importante, também, a realização da higiene oral e o tratamento odontológico, quando necessário, a fim de se reduzirem focos infecciosos. Ao usuário cabe evitar o contato direto com recém-nascidos e pessoas muito debilitadas. O profissional deve estar adequadamente trajado sem adornos e com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados.

Meta 6: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

São o grande foco de infecções no âmbito domiciliar, pois a maioria dos pacientes está parcial ou totalmente imobilizado, muitos idosos com grande chance de adquirir lesão por pressão. Estas podem levar à infecção local, dor intensa e, se graves, evoluir para sepse e até morte. Assim, deve haver avaliação inicial por meio de instrumento validado classificatório de risco de LPP como a escala de Braden, com reavaliações periódicas e sinalizações em registro do seu resultado e planos de ação preventivos e corretivos como manutenção da máxima mobilidade, mudança de decúbito, uso de

colchão pneumático e outras medidas de prevenção ao desenvolvimento de lesões por pressão.

Prevenção de Lesões decorrente de quedas:

As quedas apresentam causas multifatoriais, destacando-se alterações fisiológicas relacionadas à idade, às doenças, ao uso de medicamentos (principalmente pacientes polimedicamentos) e às condições ambientais, como piso escorregadio e pouca iluminação. Sendo assim, é muito importante a identificação e classificação do paciente quanto ao risco de queda, a escala de Morse tem sido amplamente utilizada como instrumento de avaliação. É imprescindível a sinalização em prontuário dos pacientes com alto e moderado risco de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional.

Outro ponto importante a ser trabalhado é quanto aos riscos do ambiente domiciliar e algumas medidas são necessárias para a prevenção de incidentes como a retirada de tapetes, orientação ao usuário do uso de calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes, protetores de cama, barras de circulação, circulação livre, iluminação adequada, piso secos, entre outros. A convivência com animais de estimação tem sido descrita como um grande auxílio na humanização da assistência, facilitando a relação entre paciente, família e equipe profissional. No entanto, a permanência destes deve ser analisada e seguir algumas orientações básicas sobre prevenção de novos riscos tanto de infecções como queda e segurança para paciente e equipe. O animal que apresente sinais de adoecimento ou alteração comportamental deve ser afastado do convívio com o usuário.

Práticas de segurança da equipe e dos cuidadores:

Entre os diversos cuidados imprescindíveis para a segurança do paciente estão alguns procedimentos básicos que precisam ser adaptados para o contexto domiciliar e que devem ser adotados rigorosamente, tanto pela equipe assistente, quanto pelos cuidadores. Precauções Básicas Padronizadas de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2007, apud MENDES; SOUSA, 2014). A circulação de usuários por diferentes níveis de cuidados motivou a criação do conceito de Precauções Básicas Padronizadas, que são medidas padronizadas para o cuidado em saúde, independentemente do local em que sejam realizados. As medidas

padronizadas citadas e que concernem a este contexto são: colocação (acomodar o usuário de acordo com sua complexidade ou risco), higienização das mãos, higiene respiratória, utilização de EPI, manuseio seguro da roupa e coleta segura de resíduos. Essas medidas devem ser adotadas por cuidadores e profissionais, de modo a evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio além de outras complicações.

Promoção de ambiente seguro

Observar e promover as adequações que forem necessárias, mas sempre lembrando que se está em um ambiente privado, onde se devem respeitar particularidades culturais e valores familiares individuais. Orientar para que seja um ambiente arejado, iluminado e limpo periodicamente.

EDUCAÇÃO

Qualificação do cuidador

No domicílio a maior parte das atividades é desenvolvida sem a presença de profissionais. Portanto, os familiares e cuidadores precisam estar afinados com a proposta terapêutica e aptos a realizar alguns procedimentos rotineiros (por exemplo, mudança de decúbito e ações de higiene) ou manusear equipamentos necessários ao cuidado, permitindo a continuidade e a boa qualidade da atenção. Para isso, é fundamental a capacitação do cuidador, sobre os cuidados, noções básicas de saúde e reconhecimento de sinais de alerta e eventos adversos relacionados à intercorrências clínicas ou ao uso de medicamentos, bem como as providências a serem tomadas nestas situações.

Educação Permanente do profissional

A segurança não é restrita apenas ao usuário. Sendo assim, as ações e os serviços devem ser organizados para atender o usuário e sua família, mas também o profissional que oferece o cuidado em saúde. A Educação Permanente contribui para a qualificação e saúde do trabalhador, bem como para a organização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, repercute na segurança tanto dos próprios trabalhadores quanto dos usuários.

Atenção à saúde mental do cuidador e familiar e da equipe

O ambiente domiciliar pode levar a conflitos importantes entre seus componentes

assim como sobrecarga do cuidador ou sobrecarga do profissional, facilitando erros e eventos adversos, além de ambiente desfavorável à qualidade do cuidado. Sendo assim, as ações e os serviços devem ser organizados para atender o usuário e sua família, mas também o profissional que oferece o cuidado em saúde. Como se pode ver no Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014, p.16).

Gerenciamento de Resíduos:

O SAD deve contar com um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) e organizar uma forma de recolher os resíduos produzidos no domicílio para a segurança de todos.

Notificação de incidentes ou eventos adversos:

Para garantir a efetivação de práticas de segurança no cuidado à saúde no domicílio, é necessário estabelecer um fluxo de notificação de incidentes ou eventos adversos que contemple os princípios da cultura justa, garantindo a preservação da identidade do usuário e dos profissionais envolvidos e que vise à aprendizagem com as falhas e a solução dos problemas identificados. Conforme a ANVISA (2013), a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo-se os eventos adversos, pode ser realizada no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA). O MS ressalta que a participação do cuidador e do usuário no processo de notificação de incidentes contribui para o estabelecimento de cuidados seguros. (BRASIL, 2016)

5.1.2. EIXO 2 - ENVOLVIMENTO DO CIDADÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Paciente pela Segurança do Paciente é um programa da OMS que estabelece que haja melhorias na segurança se os pacientes forem colocados no centro do cuidado e incluídos como parceiros. A visão desse programa é o de “um mundo em que os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir todo mal evitável em saúde” (OMS). Talvez, esse seja o eixo mais difícil a ser desenvolvido, pois envolve uma grande mudança de cultura nos estabelecimentos de Saúde. O grande desafio será combinar ações desenvolvidas pelos NSP, conselhos profissionais, órgãos

de classe e gestores com aquelas que ampliem o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente.

É comum o paciente não conhecer seus direitos e deveres e muitas vezes não serem compreendidos pelos profissionais de saúde. O envolvimento do paciente no processo do cuidado é uma importante estratégia e deve ser um dos elementos a serem trabalhados no plano de segurança do paciente instituídos pelos NSP locais.

5.1.3. EIXO 3 - INCLUSÃO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO

A saúde incorpora novas tecnologias de uma forma muito rápida. Uma das áreas que mais contribuem para novas tecnologias de gestão é a da segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem um papel central na indução da produção, na sistematização e na difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente. A portaria destaca a necessidade de incluir o tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais da Saúde. Uma das principais estratégias do programa de formação deve priorizar o aprendizado na equipe de Saúde.

Gestores do SUS, diretores e gerentes dos estabelecimentos de Saúde precisam fornecer oportunidades de capacitações aos participantes dos núcleos, nas modalidades de aperfeiçoamento, de atualização e de especialização, presenciais, semipresenciais e a distância. Independente da realização de outros cursos de menor duração, os membros dos NSP precisam ser capacitados por meio de um programa de formação na modalidade especialização em segurança do paciente.

Incluir o tema segurança do paciente na pós-graduação. O catálogo *Patient Safety Education and Training da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* relaciona 333 programas de capacitação em segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem um papel central na indução da produção, na sistematização e na difusão dos conhecimentos sobre segurança do paciente. A criação de um catálogo renovável de programas de ensino e cursos diversos pode auxiliar gestores e profissionais de saúde, além de pacientes e familiares na temática de segurança do paciente. Muitos são fornecidos pelo Ministério da Saúde e entidades como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) para ofertar

capacitações, qualificações e até especializações as componentes dos núcleos de saúde e diferentes especialidades e categorias profissionais de acordo com o público alvo determinado, o que permitirá aprendizados para incorporar à práxis profissional, tornando-a possivelmente mais segura. Estes podem ocorrer em diferentes modalidades, desde totalmente presenciais ou em Ensino à distância (EAD). Especificamente os coordenadores e demais componentes dos Núcleos de Segurança do Paciente devem ter a oportunidade de realizar o curso de especialização em Segurança do paciente em EAD, com indicação institucional para que sejam efetivamente atuantes na área e multiplicadores do aprendizado, e cujo trabalho de conclusão seria sempre em equipes institucionais e voltados para políticas da área ou, na incorporação de unidades de saúde, para a segurança do paciente nesta. Devem ser priorizadas instituições pertencentes às redes de atenção à saúde da Rede de urgências e Emergências (RUE) e da Rede Cegonha.

5.1.4. EIXO 4 - O INCREMENTO DE PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

O foco na investigação em segurança do paciente tem se concentrado em cinco componentes (OMS): Medir o dano; compreender as causas; identificar as soluções; avaliar o impacto e transpor a evidência em cuidados mais seguros. A produção de pesquisa tem sido muito maior nos países desenvolvidos, do que nos em desenvolvimento. Estudos sobre os EA têm se concentrado em hospitais e poucos foram realizados na atenção primária e domiciliar, um estudo realizado no Brasil não teve escopo nacional, ficando seus resultados limitados aos hospitais avaliados, por isso a necessidade de avançar em pesquisas sobre segurança do paciente.

Os conceitos fundamentais em segurança do paciente, bem como o panorama de sua origem e seus rumos, podem ser inseridos nas diversas atividades dos grupos por meio de vivências, discussões e proposições de qualificação das diversas ações e atividades desenvolvidas no SUS.

6. PROGRAMAS DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS (PROADI SUS)

Uma iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvida para colaborar com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) é financiado com recursos de isenção fiscal (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS e cota patronal do Instituto Nacional de Seguridade Social -INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira.

A SES PE, na sua secretaria executiva de atenção à saúde (SEAS), principalmente por meio da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente e do NESPPE tem atuado fortemente na interlocução e acompanhamento presencial de vistas dos projetos em andamento junto aos hospitais de excelência e aos hospitais participantes da rede estadual.

O Ministério da Saúde tem sido um grande parceiro, um catalizador constante das capacitações de profissionais por meio de cursos de especializações e principalmente implementação da cultura de segurança e PNSP por meio de projetos na temática segurança do paciente em várias instâncias, abaixo listados.

6.1. PROJETO DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS (RHP)

Apoiar a reestruturação da gestão da assistência do SUS; Apoiar a Política de Humanização do SUS; fomentar a Qualidade e Segurança do Paciente como prioridade estratégica; Implantar a cultura da qualidade; Instrumentalizar a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente; Capacitar os profissionais em melhoria de processos; Aplicar a experiência, conhecimento por meio da consultoria e acompanhamento do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC); e apresentar justificativa e a aplicabilidade, ressaltando sua relevância para as políticas de saúde no âmbito do SUS.

- **Objetivos Gerais**

Apoiar o Programa Nacional de Segurança do Paciente baseado na iniciativa do Ministério da Saúde (Portaria 529/13); Apoiar a Política de Humanização do SUS;

Fomentar a Qualidade e Segurança do Paciente como prioridade estratégica; Implantar a cultura da qualidade; Instrumentalizar a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente; Capacitar os profissionais em melhoria de processos.

- **Objetivos específicos**

Implantar e estruturar os Núcleos de Segurança do Paciente e as comissões obrigatórias de forma operacional; Sistematizar as ações de Qualidade e Segurança do Paciente como visita multiprofissional, implantação dos Protocolos básicos de Segurança do paciente, gerenciamento de notificações de eventos adversos; apoiar a organização documental e desenvolvimento de organização de processos de gestão; aperfeiçoar as práticas relacionadas a medicamentos no hospital; apoiar o desenvolvimento do trabalho regional entre os hospitais e também com o gestor local; realizar capacitações para instrumentalizar as melhorias e mudanças; formar multiplicadores na instituição para o curso de Suporte básico e suporte avançado de vida; aperfeiçoar a gestão e uso de indicadores para a gestão. Atualmente estão no projeto os hospitais: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), Hospital Correia Picanço (HCP), Hospital da Restauração (HR), Hospital Miguel Arraes (HMA) e Hospital Dom Helder Câmara (HDH). Em triênios anteriores o projeto já esteve também no Hospital Barão de Lucena (HBL) e Hospital Getúlio Vargas (HGV).

6.2. PROJETO PACIENTE SEGURO

O projeto objetiva a Implantação/Qualificação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em instituições de saúde por meio de um projeto colaborativo com o desenvolvimento de ferramentas de gestão assistencial, estratégias de ensino aprendizagem e compartilhamento de práticas.

- **Objetivos específicos**

Promover integração das instituições de saúde participantes para possibilitar a troca de experiências e aprendizado em conjunto; desenvolver, compilar e qualificar ferramentas que apoiem atividades voltadas para a Segurança do Paciente; formar profissionais com competências para executar ciclos de melhoria contínua nos hospitais; promover a implantação dos dispositivos do PNSP em instituições de saúde, como o Núcleo de Segurança do Paciente e os Protocolos de Segurança do

Paciente; educar usuários do SUS sobre a importância da Segurança do Paciente; desenvolver material educativo para apoiar a implantação do PNSP. Em Pernambuco, o primeiro hospital a receber o projeto foi o Hospital Agamenon Magalhães (HAM) em 2016. Atualmente, estão inseridos os Hospitais Barão de Lucena (HBL), o Hospital Mestre Vitalino (HML) e o Hospital Otávio de Freitas (HOF), com a consultoria e acompanhamento do Hospital Moinhos de Ventos (HMV).

6.3. PROJETO SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É um projeto que visa à formação sobre segurança do paciente na APS, por meio de discutir o mapa mental dos profissionais para mudança de comportamento, reforçando processos seguros voltados para segurança do paciente na assistência prestada, com sistematização de processos, registros e inserção de ferramentas de qualidade em que se ensina o olhar transversal da segurança do paciente, com uso de ferramentas de qualidade e inserção da qualidade em todas as ações e planejamentos como o 9 certos de medicamento, o ler de volta aonde se verifica ativamente a compreensão do paciente na dispensação de medicamentos, ou vacinas por exemplo, 5 momentos de higiene das mãos entre outras. Implantação das 6 metas internacionais de segurança do paciente, sistema de notificação de eventos adversos e planos de ação corretivos para aprendizagem com erros. Em parceria com Hospital de excelência Moinhos de Vento. Em Pernambuco, se destinou ao mesmo público de tutores do Planifica SUS, como estratégia de fortalecimento da atenção primária, projeto de capacitação dos profissionais desta instância de atenção incluindo mudança de processo de trabalho com análise das ações locais e planejamento de ações para melhoria da assistência prestada. O projeto piloto está em curso na oitava microrregião da IV Gerência Regional Saúde (GERES), com a parceria do Hospital de excelência Albert Einstein.

6.4. PROJETO COLABORATIVA “MELHORANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM LARGA ESCALA” NO BRASIL.

O Projeto tem como objetivo geral fomentar a melhoria das condições assistenciais do cuidado, com uso de métrica como instrumento. Os Hospitais Certificados de Excelência estão juntos trabalhando com MS e com o *Institute of Health Improvement*

(IHI) e 119 hospitais públicos indicados em todo o país, com mesmo método e metas, encontros quadrimestral, amplo uso de extranet e encontros virtuais, em uma iniciativa pioneira no mundo pela sua dimensão e ousadia e que já vem sendo reconhecido nestes quesitos por instituições como IHI, o que demonstra a força da mudança possível na Segurança do Paciente.

O primeiro escopo foi de apresentação, treinamento, implantação e monitoramento de protocolos básicos de segurança e o segundo escopo em curso é de intervenções avançadas com ações (implantação de “*bundles*” nas UTIs). O objetivo é reduzir em 50% o número de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde até fim de 2020, relacionadas aos *bundles* já citados, salvar 8.500 vidas nas 119 UTIs dos hospitais participantes do projeto e reduzir em R\$ 1,2 bilhão os desperdícios. Nesse intuito, são utilizados 3 (três) indicadores para monitorar o cuidado oferecido, especialmente, no combate a infecções intra-hospitalares: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL); Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); e Infecção do Trato Urinário (ITU). Os hospitais participantes no estado de Pernambuco são o Hospital Getúlio Vargas, o Hospital Pelópidas da Silveira (HPS), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital das Clínicas da UFPE e PROCAPE. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 07/01/2020)

As metas agregadas de todo o país já foram alcançadas, tendo sido atingida a redução de 4.066 infecções evitadas estimadas e 1.411 vidas salvas até novembro de 2019. (Sessão de Aprendizagem Presencial (SAP); 6ª apresentação da colaborativa PROADI SUS - Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, novembro 2019).

6.5. PROJETO CUIDADO FARMACÊUTICO

O projeto visa à implementação de uma unidade de cuidado farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em cada Estado do país e no Distrito Federal. O CEAF é uma farmácia que dispensa medicamentos especializados de acordo com doenças específicas e é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O Cuidado Farmacêutico é o atendimento individualizado ao paciente visando melhorar a adesão ao tratamento, reduzir as interações medicamentosas e os eventos adversos melhorando o prognóstico clínico e

o controle das doenças, e assim, reduzindo o impacto financeiro para as SES. Com o uso racional da farmacoterapia espera-se menor frequência de eventos adversos e/ou interações medicamentosas reduzindo a frequência de internações e assim melhorar a gestão da cadeia logística dos medicamentos otimizando estoques dentro do SUS e reduzindo gastos.

O projeto visa à capacitação dos profissionais farmacêuticos indicados pelas SES das unidades de farmácias do componente especializado, onde foram realizadas as visitas diagnósticas. Os profissionais receberão durante o treinamento o material instrutivo, aulas teóricas, treinamento por simulação e treinamento com paciente, e serão acompanhados por ao menos dois técnicos do HCor no período de 40h semanais. Cada treinamento será dimensionado para as necessidades identificadas pelas próprias SES, tornando-se um treinamento focado nos medicamentos e nas condições de saúde característicos do Estado. A farmácia tem um papel importante a desempenhar no processo de cuidado ao paciente, entretanto, evidências científicas têm demonstrado que os métodos tradicionais de prescrição e dispensação de medicamentos não são suficientes para garantir a efetividade, segurança e adesão à terapia medicamentosa.

A assistência farmacêutica tem muito a contribuir para que as Redes de Atenção à Saúde, assegurando o uso racional de medicamentos e baseando-se na necessidade do indivíduo e/ou da população. Nesse contexto, os pacientes beneficiados com os medicamentos disponibilizados nas farmácias do Componente Especializado seriam privilegiados com a implementação do Cuidado Farmacêutico como estratégia de efetivação de uma Assistência Farmacêutica segura e efetiva. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas e publicadas pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

A implementação do Cuidado Farmacêutico aos pacientes do CEAF traz benefícios na farmacoterapia do paciente, evitando possíveis eventos adversos e interações medicamentosas que podem resultar em internações recorrentes e/ou uso de outros medicamentos que refletem gastos desnecessários para o SUS.

Resultados: São esperados dois tipos principais de resultado. Os resultados em Saúde e os resultados financeiros. O acompanhamento clínico da farmacoterapia pelo

profissional farmacêutico tem o potencial de reduzir interações medicamentosas, eventos adversos e contribuir em um melhor prognóstico clínico, especialmente no controle de condições crônicas. Como consequência, espera-se um uso mais racional da farmacoterapia e, com isso, menor frequência de eventos adversos e menor necessidade de mais medicamentos (e/ou internações) para tratar os eventos adversos e também melhor gestão da cadeia logística dos medicamentos, otimizando estoques dentro do SUS.

7. HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM PERNAMBUCO

Os primeiros trabalhos com foco na melhoria da qualidade hospitalar e segurança do paciente foram inicialmente abordados através do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) do Ministério da Saúde, por meio de diretrizes de qualidade e indicadores de resultados, o programa era considerado uma importante estratégia para o desenvolvimento da Acreditação Hospitalar. Participou deste programa, o Hospital Barão de Lucena (HBL), um dos seis grandes hospitais de alta complexidade sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde com foco em atendimento materno-infantil, sendo um dos mais importantes hospitais de referência para a rede estadual.

No ano de 2009, O HBL foi contemplado com o Projeto Reestruturação dos Hospitais Públicos (RHP) uma iniciativa do Ministério da Saúde através do PROADI SUS, em parceria com o Hospital de excelência Alemão Oswaldo Cruz de São Paulo, cuja metodologia inicial era da *Joint Commission International (JCI)*. A experiência com o projeto trouxe contribuições muito positivas, como a implantação da 1ª Comissão de Qualidade dentre os hospitais da gestão estadual, a Gerência de Risco, como também a adesão ao uso de ferramentas de qualidade e *dashboard* de indicadores de processos e resultados, entre outros. O resultado final do projeto expressou um aumento considerável do índice de conformidade que inicialmente era de 39% e, em 2014 finalizou com 68% conforme os critérios do Manual da JCI. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 529 foi instituído o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, tratado como uma superintendência e participante do colegiado gestor da unidade. Este foi um marco importante, pois introduziu toda a temática, nomenclaturas, termos e conceitos em segurança do paciente na instituição e, por conseguinte, no nível central da Secretaria de modo institucional.

Esse processo de aprendizado e seus resultados foram apresentados na Secretaria Estadual de Saúde no evento intitulado: “Experiências exitosas”, divulgando assim os resultados do projeto e ainda debatendo sobre os conceitos de segurança, provocando uma mudança no olhar sobre a temática. O compartilhamento das experiências foi se ampliando por toda rede, construindo um leque de conhecimentos, houve ainda, participações em congressos internacionais de qualidade e fóruns promovendo uma troca de experiências entre os serviços da rede estadual.

Em 2012, o projeto RHP foi ampliado com a inserção de outro grande serviço

estadual, o Hospital Getúlio Vargas (HGV). O projeto trouxe grande aprendizado e conhecimentos que resultaram em mudança de processos de gestão e assistenciais, padronização de documentos institucionais, implantação de Comissão de Qualidade e Gerência de Risco, entre outros ganhos. O relatório final de avaliação nos anos de 2013 a 2014 evidenciaram um avanço no índice de conformidade de 30% para 46,77%, respectivamente. Sem dúvida, a inserção desses hospitais no PROADI SUS foi um grande propulsor para o início da construção da cultura de segurança do paciente no estado de Pernambuco. Sem dúvida, a adesão aos projetos possibilitou ampliar a discussão do tema para outros serviços de saúde e especialmente no nível central, sensibilizando a alta gestão a adotar medidas em apoio à segurança do paciente.

Outro projeto do MS foi iniciado, em 2013, o HGV passou a integrar o programa SOS Emergências, cujo objetivo visava qualificar a gestão para o melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o projeto possibilitou a ampliação do parque tecnológico, mobiliários hospitalares, assim como melhorias na infraestrutura da urgência e fortalecimento do monitoramento.

Em Pernambuco, esse movimento em busca pela Cultura de Segurança tem sido uma motivação da gestão, incentivados pela adesão aos Projetos do MS em parceria com hospitais de excelência, têm contribuído consideravelmente para o crescimento e fortalecimento das ações de Segurança do Paciente, tornando a trajetória mais positiva e produtiva.

7.1. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE.

A Secretaria Estadual de Saúde sensível à problemática da segurança do paciente e, visando ampliar o debate sobre o tema, instituiu em 2015 a Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente, com o objetivo de acompanhar as ações de segurança do paciente nos serviços de saúde sob sua gestão. Inicia-se então um conjunto de ações desenvolvidas com objetivo de estimular o debate sobre o tema em consonância com as legislações vigentes, a fim de incentivar os serviços se adequarem às recomendações propostas. Algumas das principais atividades realizadas pela coordenação estão listadas a seguir:

- Incorporação do conhecimento teórico adquirido através do Curso de Especialização de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente realizado pela FIOCRUZ (2015);
- Realização do I Fórum Estadual de Segurança do Paciente (2016) com a participação de mais de 100 profissionais;
- Mapeamento do percentual de Núcleos de Segurança do Paciente implantados nas unidades de saúde sob gestão estadual;
- Visitas técnicas aos serviços de saúde e interlocução com gestores com explanação da importância e obrigatoriedade de implantação do NSP;
- Acompanhamento das unidades participantes dos Projetos do PROADI SUS com interlocução com os hospitais de excelência;
- Participação direta como área técnica na construção do plano de curso em segurança do paciente, em conjunto com a equipe da Escola de Governo e Saúde Pública, além das coordenações do NSP do HBL e Hospital Oswaldo Cruz (HUOC) pelo Projeto: "Itinerários do Saber" do MS;
- Indicação de profissionais chaves para participação em cursos de ferramentas da qualidade e líderes em segurança do paciente entre outros oferecidos pelos hospitais de excelência;
- Realização de oficinas para implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas unidades de saúde da capital e no interior do estado;
- Articulação com a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA) no planejamento de ações conjuntas para a segurança do paciente com abrangência nas unidades sob gestão estadual.
- Participação da Câmara Técnica da Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente do CONASS, inclusive presencial em reuniões, desde quando instituída em 2017.

Muitas das ações realizadas em conjunto com a APEVISA impulsionaram o movimento pela segurança do paciente no estado de Pernambuco, no tocante a implantação dos núcleos, elaboração dos planos de segurança e a implementação das metas Internacionais de segurança.

8. AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (APEVISA)

8.1. HISTÓRICO

Em 20 de julho de 2006, o Governo do Estado de Pernambuco através da Lei nº 13.077 criou a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA). O órgão é responsável pela fiscalização e controle da produção, distribuição, comércio e uso de alimentos, medicamentos, produtos de limpeza, cosméticos e materiais hospitalares, além do controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (funcionamento de hospitais, clínicas, serviços de hemodiálise, medicina nuclear, radioterapia, etc.) Para desempenhar tais atividades, a APEVISA está estruturada da seguinte forma:

- Unidade de Controle de Medicamentos (UNICOM)
- Unidade de Controle de Sangue e Serviços de Alta Complexidade (UNICOSA)
- Unidade de Controle de Alimentos (UNICOA)
- Unidade de Gestão da Qualidade (UNIGEQ)
- Unidade de Controle de Serviços de Saúde (UNICOSS) que se subdivide em:
 - Comissão de Controle Estadual de Infecção Hospitalar (CCEIH)
 - Núcleo de Risco em Serviços de Saúde (NURISS)

Este último é responsável por difundir a cultura de segurança para todos os estabelecimentos de saúde sejam públicos, filantrópicos e privados, incentivando a implantação dos núcleos de segurança do paciente fazendo cumprir a legislação e as normas sanitárias de proteção à saúde individual e/ou coletiva. A atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) traz uma ampla gama de contribuições relevantes para a discussão, com destaque para a RDC nº 36 que estabelece a obrigatoriedade de implantação dos NSP, o qual desempenha papel fundamental no planejamento de ações estratégicas para mitigação dos EA e melhoria da assistência nas instituições.

Em 2015, a ANVISA disponibilizou o Plano Integrado para fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) nos processos de gestão e segurança do paciente – Monitoramento e Investigação de EA e Avaliação de Práticas de

Segurança do Paciente, visando identificar, prevenir e controlar os riscos assistenciais relacionados à saúde.

8.2. AÇÕES PREVISTAS:

Algumas ações serão priorizadas com esta finalidade, como:

- Incentivar a participação de hospitais públicos e contratualizados no relatório de adesão à cultura de segurança da ANVISA. Estão em análise dos atuais índices para determinar meta de melhoria na participação e pôr a análise dos dados e planos de ação para melhoria como base para ações.
- Analisar, incentivar e monitorar a adesão dos NSP dos hospitais da rede sob gestão estadual aos Relatórios de notificação de eventos adversos pelos Núcleos SP de todas as unidades hospitalares. Estes mostram os NSP cadastrados e os que notificam. Considerando o baixíssimo índice de notificação dos Núcleos de Segurança do Paciente e a recente implantação e alto percentual, serão vistas estratégias de como melhorar as notificações e questões dos problemas relatados de acesso ao sistema NOTIVISA.
- Estimular a adesão ao Questionário de Cultura de Segurança nos hospitais, analisando as questões colocadas da demora em preenchimento por ser questionário extenso e percentual de respostas exigidas inalcançável no atual status dos hospitais da rede.
- Descentralização das visas municipais e integração com a APEVISA.
- Incentivar o cadastramento dos NSP das unidades no NOTIVISA por meio de Oficinas de treinamento e fomento desta ação.
- Analisar e consolidar o Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2018 GVIMS/GGTES/ANVISA.
- Realizar encontro com entrega de certificados aos hospitais que obtiveram alta ou média adesão de resposta ao questionário de autoavaliação em práticas de segurança do paciente da ANVISA 2019 (APEVISA).

8.3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Por meio de análise do Relatório da Auto- avaliação das Práticas de Segurança do

Paciente em Serviços de Saúde se terá aprofundada a Situação atual e, posteriormente elencar planos de ação a partir desta, conforme as orientações dadas por GVIMS/GGTES/ANVISA.

Uma das estratégias previstas no *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*, documento publicado em 2015 pela Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e que visa integrar as ações do SNVS, é a Autoavaliação da Adesão às Práticas de Segurança do Paciente. Segundo a Anvisa, este instrumento é uma importante ferramenta para a promoção da cultura da segurança no ambiente institucional, enfatizando a gestão de riscos, o aprimoramento da qualidade e de aplicação das boas práticas em serviços de saúde. A autoavaliação da adesão às práticas de segurança do paciente baseada em evidências corrobora com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde, permitindo um diagnóstico das práticas de segurança do paciente realizadas pelos serviços de saúde com leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Anualmente, o formulário eletrônico para autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente deve ser preenchido pelos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica ou neonatal, usualmente no período de abril a setembro. Ele é composto de 20 questões contendo indicadores de estrutura e de processos referentes às práticas de segurança do paciente. Tomando-se aqui como referência o formulário de 2018, as questões de 1 a 15 (indicadores de estrutura) referem-se aos eventos observados no momento da autoavaliação. Os indicadores de processo presentes nas questões 16 a 18 são relativos ao segundo semestre de 2017 (01/07/2017 a 31/12/2017). A questão 19 (indicador de processo) considera os últimos 3 meses dentro do semestre avaliado (01/01/2018 a 30/06/2018) e a questão 20 é referente ao ano de 2017 (janeiro a dezembro de 2017).

Assim, foram avaliados 3 indicadores (dois de estrutura e um de processo) voltados exclusivamente aos serviços de saúde que realizam procedimentos cirúrgicos (relatório autoavaliação 2018-2019). Após a revisão dos dados pela vigilância sanitária, foi calculado um indicador composto de adesão às práticas de segurança para cada serviço de saúde que respondeu ao Formulário FORMSUS. O indicador composto foi baseado nos critérios avaliados (sub-indicadores) e não houve ponderação, ou seja, todos os critérios tiveram o mesmo peso para o cálculo do indicador composto. A fórmula utilizada para o indicador composto foi a seguinte: Indicador composto de

adesão = (nº critérios em conformidade no hospital x 100/ nº critérios avaliados no hospital).

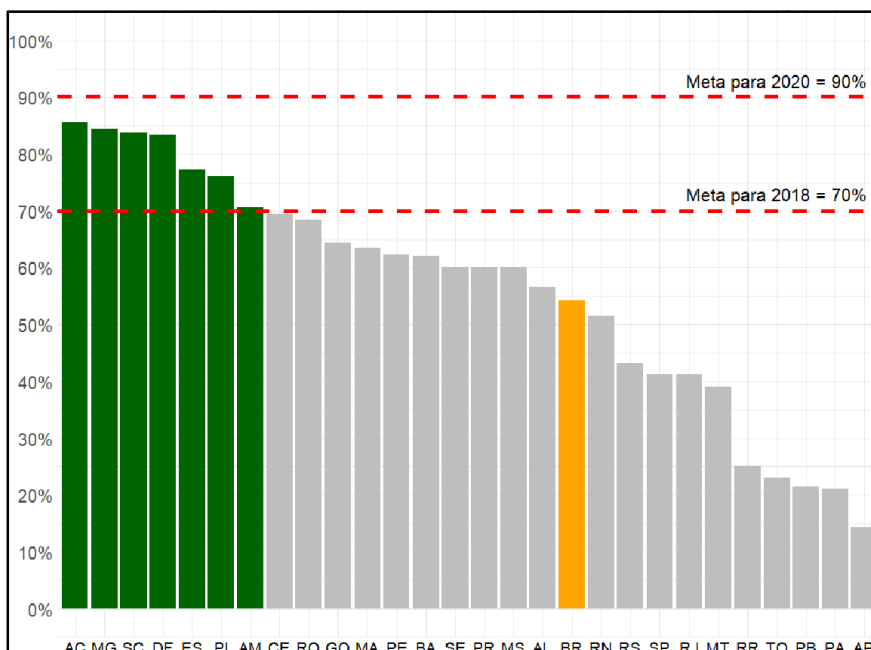
Com o resultado do indicador composto, os serviços de saúde foram classificados em três grupos, pelo SNVS: 1. Conformidade alta (67% - 100% de conformidade do indicador composto de adesão); 2. Conformidade média (34% - 66% de conformidade do indicador composto de adesão); e 3. Conformidade baixa (0% - 33% de conformidade do indicador de adesão).

Os serviços de saúde classificados como de alta conformidade tiveram seus nomes citados no relatório final por Estado.

8.4. RELATÓRIO PARCIAL DO FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI DA ANVISA.

Seguem alguns dados compilados para exemplificação, com sinalização das metas de participação dos hospitais colocadas pelo nível federal.

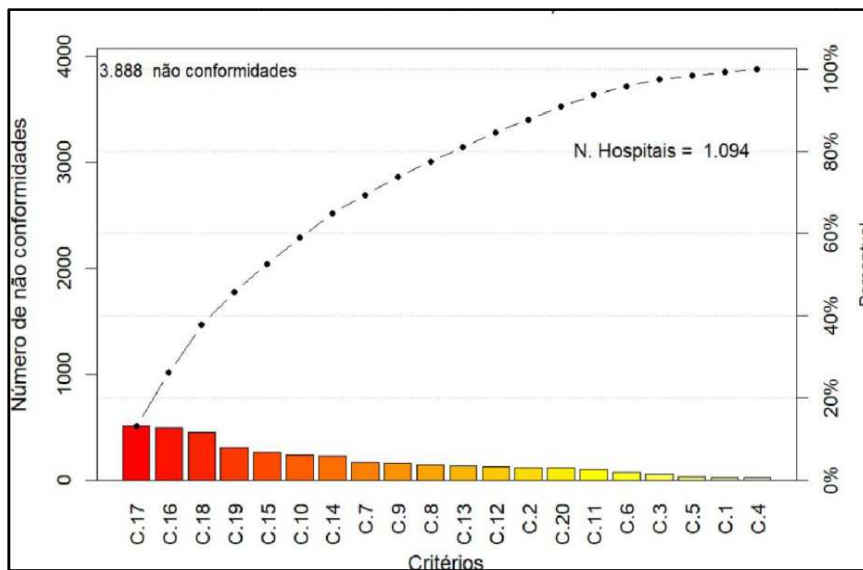
Figura 08. Comparativo entre o percentual de hospitais que participaram da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente com o número de hospitais com leitos de UTI (CNES/DATASUS/MS, 12/2018), por UF e nacional.



FONTE: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019

Observa-se na Figura 8 que o percentual de hospitais do país que participaram da **Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente**, em relação ao número de hospitais com leitos de UTI, em 2018, é de 54,3%. Este resultado mostra que não foi alcançada a meta assumida para o ano de 2018, de obter 70% de hospitais com leitos de UTI do país respondendo ao instrumento de Auto-avaliação, com base no Plano Integrado da Gestão Sanitária da Segurança do Paciente.

Figura 09. Diagrama de Pareto Nacional. Brasil, 2018 (n= 1.094).



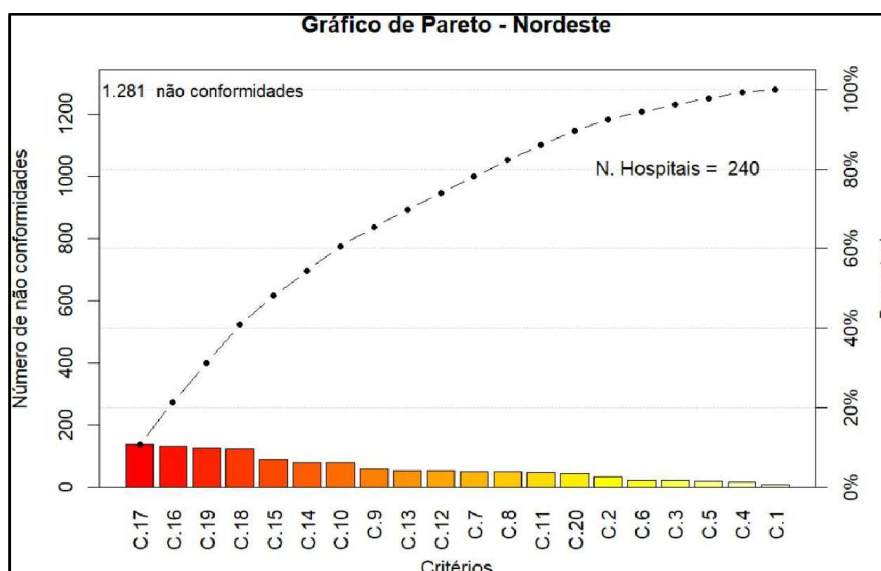
- C1. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE INSTITUÍDO
- C2. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE IMPLANTADO
- C3. NÚMERO DE LAVATÓRIOS/PIAS E INSUMOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UTI, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES
- C4. DISPONIBILIZAÇÃO DE DISPENSADORES CONTENDO PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UTI, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES
- C5. PROTOCOLO DE PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS IMPLANTADO
- C6. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE IMPLANTADO
- C7. PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA IMPLANTADO
- C8. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO IMPLANTADO
- C9. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS IMPLANTADO
- C10. PROTOCOLO PARA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMPLANTADO
- C11. PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGÜINEA ASSOCIADA AO USO DE CATETER VENOSO CENTRAL IMPLANTADO
- C12. PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO AO USO DE CATETER VESICAL DE DEMORA IMPLANTADO
- C13. PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO RELACIONADO AO USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA IMPLANTADO
- C14. PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO IMPLANTADO
- C15. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DA RESISTÊNCIA MICROBIANA E CONTROLE DO USO DE ANTIMICROBIANOS IMPLANTADO
- C16. CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO
- C17. CONFORMIDADE DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA
- C18. CONFORMIDADE PARA A APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC)
- C19. MONITORAMENTO INDIRETO MENSAL DA ADESAO À HIGIENE DAS MÃOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UTI (CONSUMO DE PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS: PELO MENOS 20ML/1000 PACIENTE-DIA)
- C20. REGULARIDADE DA NOTIFICAÇÃO MENSAL DE INDICADORES DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

FONTE: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019

- Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2018 GVIMS/GGTES/ANVISA (Revisado)

Abaixo um recorte feito para a região Nordeste:

Figura 10. Gráfico de Pareto Região Nordeste

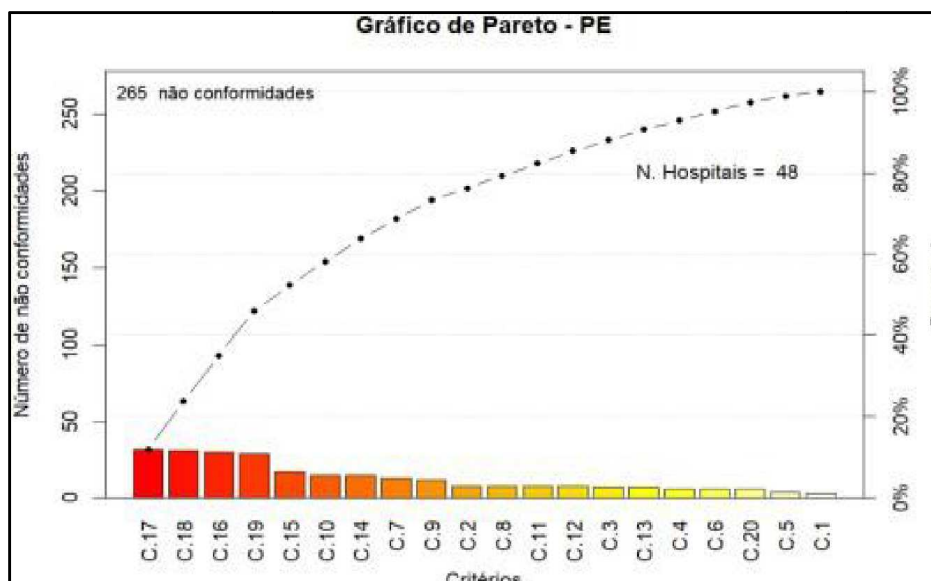


FONTE: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019

Na região Nordeste, os indicadores de processo: C17. Conformidade da Avaliação do Risco de Queda, C16. Conformidade da Avaliação do Risco de Lesão por Pressão, C19. Monitoramento Indireto Mensal da Adesão à Higiene das Mãos pelos Profissionais de Saúde das UTI (Consumo de Preparações Alcoólicas: pelo menos 20 ml/1000 paciente-dia) e C18. Conformidade para a Aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC) foram os que apresentaram as maiores frequências relativas de não conformidade às práticas de segurança do paciente.

As maiores frequências relativas de conformidade às práticas de segurança do paciente foram relacionadas aos indicadores: C1. Núcleo de Segurança do Paciente Instituído, C4. Disponibilização de Dispensadores Contendo Preparações Alcoólicas para a higiene das mãos nas UTIs, de acordo com as normas vigentes, C5. Protocolo de Prática de Higiene das Mãos Implantado e C3. Número de lavatórios/pias e insumos para a higiene das mãos nas UTI, de acordo com as normas vigentes.

Figura 11. Gráfico de Pareto de Pernambuco



FONTE: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019

Seguindo a análise da Anvisa, foi verificado, no presente trabalho, que o instrumento de Auto-avaliação das Práticas de Segurança do Paciente vem sendo respondido por um número gradativo de serviços de saúde com leitos de UTI. O aumento do número de respondentes alcançado no ano 2019 ($n = 1.094$) quando comparado ao ano anterior ($n = 984$) pode ter resultado de maior divulgação do instrumento aos serviços de saúde, pelo SNVS. Um maior conhecimento do instrumento, pelos profissionais que atuam nos NSP dos serviços de saúde com leitos de UTI do Brasil, pode subsidiar o desenvolvimento do processo de implantação e implementação dos protocolos de segurança do paciente, gerando mais conscientização da importância deste instrumento e permitindo que este evolua como ferramenta de difusão de boas práticas de segurança do paciente nestes serviços. Entretanto, o percentual obtido de hospitais do país com leitos de UTI que participaram da Auto-avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, em 2018 (54,3%), em relação ao número total de serviços com leitos de UTI em todo o país, permite afirmar que não foi alcançada a meta nacional de obter 70% de hospitais com leitos de UTI do país respondendo ao instrumento de Auto-avaliação – 2018.

Segundo a Anvisa, um maior detalhamento da importância deste instrumento para a melhoria das ações na segurança do paciente refletindo em cuidado seguro nas unidades com UTI e incentivo das agências das outras instâncias com a sensibilização

dos gestores e Núcleos para adesão ao formulário permitirá mais provavelmente atingir a meta posta de 90% dos hospitais de todo o Brasil com adesão destes, meta referenciada no Plano Integrado da Gestão Sanitária da Segurança do Paciente.

Foi evidenciado que os indicadores de estrutura relacionados às práticas de segurança que obtiveram maior conformidade foram: disponibilização de dispensadores contendo preparações alcoólicas para a higiene das mãos nas UTI, de acordo com as normas vigentes; núcleo de segurança do paciente instituído; protocolo de prática de higiene das mãos implantado e número de lavatórios/pias e insumos para a higiene das mãos nas UTI, de acordo com as normas vigentes.

Foi verificado ainda que os indicadores de processo presentes na Auto-avaliação apresentaram as maiores frequências relativas de não conformidade às práticas de segurança do paciente, a saber: conformidade da avaliação do risco de queda e de lesão por pressão, conformidade para a aplicação da lista de verificação cirúrgica (LVSC) e monitoramento indireto mensal da adesão à higiene das mãos em serviços de saúde com leitos de UTI.

Sabe-se que as práticas seguras constituem um dos instrumentos de destaque para mensurar o nível de segurança do paciente em serviços de saúde. Uma vez que são embasadas em evidências científicas fortemente recomendadas para adoção e normativas legais, espera-se um processo gradual de maior adesão aos indicadores de segurança do paciente, em especial aos de processo.

9. NÚCLEO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE PERNAMBUCO (NESPPE)

9.1. HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO

O levantamento dos NSP implantados na rede estadual de Pernambuco realizado entre os anos de 2016 e 2017, evidenciou que dos 57 serviços de saúde geridos pela SES à época, somente cerca de 45,61% das unidades possuíam NSP implantados como mostra a representação gráfica do mapa de Pernambuco (figura 12).

Figura 12. NSP implantados em Pernambuco em 2017



FONTE: Monitoramento coord. Qualidade e Segurança do Paciente (2016-2017).

Esse achado preocupante associado ao cenário nacional enfatizou ainda mais a necessidade de ações estratégicas que contribuíssem para uma mudança de cultura, incentivados pela adesão aos projetos do MS por meio do PROADI SUS, a SES implanta em 2017, o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente de Pernambuco (NESPPE) e, para representação do núcleo, foi criada uma logomarca pela assessoria de imprensa da SES e aprovada pela gestão. (Figura 13)

A composição do núcleo se dividiu em membros consultores e executores através da escolha estratégica de componentes de diversas áreas da SES com vistas a facilitar a discussão e o planejamento das ações em segurança do paciente, participam como membros executores as coordenações do NSP do HBL e HUOC, ambas especialistas no tema e experientes por participação em projetos do PROADI SUS e ainda considerando as ações conjuntas realizadas a participação da APEVISA é de fundamental importância para a vigilância e monitoramento dos eventos

adversos nos estabelecimentos de saúde.

Atualmente, o NESPPE é regido pela Portaria SES nº 002 de 03 de janeiro de 2020 que atualizou os artigos 2º e 3º e a composição dos membros para tornar mais ampla a participação e olhar, considerando a busca pela horizontalidade da inserção da segurança do paciente no cuidado.

Figura 13. Logomarca NESPPE



FONTE: Assessoria de Imprensa. SES-PE, 2017.

9.2. OBJETIVO GERAL

Apoiar a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no estado de Pernambuco, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde nos serviços, fomentando a cultura de segurança do paciente nos processos assistenciais das instituições por meio da aplicação de melhores práticas e gestão de riscos.

9.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Implantar e monitorar os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde;
- II. Acompanhar a implementação de ações descritas no Plano de Segurança do Paciente elaborado pelos NSP;
- III. Implementar boas práticas da assistência segura por meio da implantação das metas internacionais de segurança do paciente, gestão de riscos e sistemas de notificação de eventos adversos;
- IV. Capacitar profissionais de todas as áreas em segurança do paciente;
- V. Engajar os pacientes e familiares na participação do processo do cuidado;
- VI. Articular com entidades de classe ações de fomentação e divulgação da cultura de segurança do paciente;

- VII. Ampliar o acesso da sociedade às informações por meio de relatórios, fóruns de debate, participação em eventos com controle social e ações conjuntas.

9.4. AÇÕES REALIZADAS DO NESPPE

- Mapeamento dos NSP implantados e cadastrados no Sistema de Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Foram realizados contatos diretos presencialmente, e virtuais via emails e ofícios para as unidades de saúde sob gestão estadual demandando à adequação à legislação vigente com implantação ou atualização de NSP, por equipe multiprofissionais, que deveriam enviar suas portarias de criação ou atualização à coordenação estadual, além de cadastrar o próprio NSP no sistema SCNES. A coordenação ficou e permanece disponível para orientações e apoio. Foi levantado no SCNES mensalmente ou até com mais periodicidade no início da ação dois anos atrás até a atualidade no sistema os estabelecimentos cadastrados e feito um consolidado com percentual no Estado. (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente).
- Elaboração de instrumento de avaliação e monitoramento das ações dos NSP nas unidades de saúde. Este foi elaborado pela equipe da coordenação estadual de segurança do paciente da DGAIS, baseado nos formulários de avaliações de segurança do paciente como os de Acreditação Hospitalar e Ferramenta de avaliação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (FAHOSP), contemplando as metas internacionais de segurança do paciente da OMS, boas práticas de serviços de saúde do MS, Sistema de notificação de incidentes e terceiro desafio global de segurança do paciente da OMS, com 140 itens divididos em 11 eixos. São eles: eixo de alta liderança que incluem a licença de funcionamento, a gestão de gases medicinais, o combate a incêndio, o Programa de Gestão em Resíduos Sólidos e m Serviço de Saúde (PGRSS) em vigência entre outros, o do NSP com atas de reunião, portarias e composição multidisciplinar preconizada, indicadores gerais e capacitações, o do plano de segurança do paciente se escrito, validado por gestor e em execução, os protocolos de segurança particularmente as metas internacionais de segurança do paciente, seus protocolos escritos e validados pela gestão, sua implementação efetiva observacional, além de indicadores pertinentes e notificação

de incidentes (documental, fluxo, indicador e análise). Os achados serão classificados e pontuados como: Conforme(C) quando for cumprido mais de 70% do item, Parcialmente Conforme (PC) quando cumprir entre 40 a 70 % do item; Não Conforme (NC) quando cumprir menos de 40 % deste e Não Aplicável (NA), quando o item não tem como ser aplicado à unidade, por exemplo, cirurgia segura em local em que não há esse procedimento; neste caso, o consolidado excluirá esses itens sem contabilizá-los no total. No caso de não evidenciado, será considerado não conforme nesta visita técnica que reflete uma fotografia do momento, em que se aplica educativamente o roteiro.

- Planejamento e realização do Curso de Qualidade e Segurança do Paciente com ênfase nos protocolos da ANVISA, para equipe multiprofissional nível médio: Projeto: Itinerários do Saber. Ao longo de mais de um ano, foram feitas várias reuniões de planejamento do curso, desde escolha do público alvo, conteúdo e logística de divulgação inscrição e realização; também foi elaborado edital para seleção de tutores com critérios de expertise em segurança do paciente e ser da área de saúde entre outros. (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES e ESPPE). Ao final deste período já foram 117 profissionais capacitados.
- Levantamento de insumos/materiais centralizados na SES para apoiar a implantação das metas de segurança nos hospitais.
- Considerando a importância da segurança do paciente nas unidades hospitalares sob gestão estadual, considerando as dificuldades apontadas de aquisição de alguns insumos (como pulseiras e etiquetas) e equipamentos (como máquina unitarizadora de medicamentos), foi solicitado para as diretorias e núcleos de segurança do paciente das unidades o levantamento estimado de itens principais como pulseiras de identificação queda alergia, etiquetas de soro medicamentos, adesivos antiderrapantes, cartazes e banners e adesivos de metas, seladora e unitarizadores, impressora térmica para etiquetas de identificação e insumos. Este levantamento teve uma análise e foi consolidado. A consolidação foi colocada como ação no Plano Estadual de Saúde (PES) e depois no Planejamento Orçamentário Anual de Saúde (POAS) pela Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES.
- Foi realizada estimativa de gastos nas ações centrais de segurança do paciente, inclusive para cursos, fóruns, despesas como deslocamento aéreo e/ou terrestre a

fim de realizar visitas de monitoramento das ações de segurança do paciente ou participação em eventos da Câmara Técnica para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP/CONASS) e inseridos no instrumento do POAS

- Revisão dos instrumentos de visita (*checklists*) com inclusão do olhar em segurança do paciente nas políticas da Rede de Urgência e Emergência (RUE), incluindo a de traumatologia e no serviço de Atenção Domiciliar. (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES)
- Palestras educativas relacionadas à Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde. (Coordenação Estadual Segurança do Paciente e APEVISA)
- Capacitação em segurança do paciente com as VISAS regionais (APEVISA)
- Coordenação de ações na sede da SES para adesão à Campanha da OMS do Primeiro Dia Mundial da Segurança do Paciente em 17 de setembro de 2019, tendo sido feito camisetas, faixa e cartazes com o tema slogan da OMS e Logo da campanha, palestra interativa sobre o tema no auditório com capacitação de servidores, divulgação no site da SES, registros fotográficos com várias profissionais e Secretaria Executiva de Assistência à Saúde e com o Secretário Estadual de Saúde entre outras áreas estratégicas do órgão, iluminação da fachada da sede da SES na cor laranja . Além disso, houve adesão significativa das unidades de saúde sob gestão estadual com ações de treinamento e divulgação, registros fotográficos, textos ilustrativos e consolidação destes, atingindo o objetivo de divulgar a importância do tema e dar visibilidade ao mesmo
- Realização do IV Fórum de Qualidade e Segurança do Paciente (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES).

9.5. RESULTADOS PARCIAIS DAS AÇÕES DO NESPPE

9.5.1. IMPLANTAÇÃO DE NSP NAS UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL

Os avanços na instrumentalização dos facilitadores da implementação do PNSP nas unidades, os NSP, são visíveis com aumento de 100% do número, só faltando duas unidades menores. Considerando toda a legislação vigente, considerando a situação encontrada de não implantação em mais de metade das unidades sob

gestão estadual, considerando ser o NSP uma das prioridades para catapultar a implantação do PSP locais, foi realizado um intenso trabalho de conscientização dos gestores desta importância com interlocução presencial, comunicações oficiais da secretaria executiva para a formalização desta implantação, detalhando a forma e legislação e a disponibilidade de tirada de dúvidas para a conclusão e recebimento com consolidação de todas as portarias dos NSP atualizadas e validadas pela gestão local, além do incentivo de envio de PSP e cronograma de ações com seus status. Também foi discutido o fluxo para agilidade interna deste cadastramento no SCNES e estabelecida conexão com estes coordenadores/coordenadoras de NSP instituídos.

9.5.2. AUMENTO RELATIVO DE NSP CADASTRADOS NO SISTEMA CNES

Considerando a atual legislação e visando a transparência das ações, incentiva-se que a unidade solicite ao setor de cadastro da secretaria executiva de regulação do estado a inserção dos NSP no CNES da mesma. Este fluxo demanda um pouco de tempo, vista a periodicidade mensal de inserção no sistema Nacional e os trâmites oficiais das unidades aos setores da SES para documentação. A Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente faz um papel incentivador e intermediador, verificando a composição multiprofissional da comissão e o envio.

Quadro 03. Resultados parciais das ações do NESPPE.

Ação	Resultado parcial	Meta
NSP implantados	96,61%	98% até 2023
NSP cadastrados no SCNES	61,01%	
Planos locais de Segurança do Paciente das unidades	76,27%	
NSP cadastrados no sistema NOTIVISA	62,71%	100% até 2023
Redução de infecções por uso de <i>bundles</i> em UTIs no projeto melhorando a Segurança do Paciente em larga escala no Brasil	Redução de 62%, com 1.411 mortes evitadas	Meta: 50 % até fim de 2020 (já ultrapassada em novembro 2019) Ambição: 0

Fonte: Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente. SES-PE, 2019.

Estes percentuais foram frutos de consolidações de dados obtidos vindos por meio físico e/ou digital das unidades de saúde sob gestão estadual, solicitados de modo formal a pedido do NESPPE e com o apoio deste para a elaboração de documentos, portarias e a própria composição do núcleo em muitos casos. Inicialmente se orientou e solicitou a formação dos NSP nas unidades que ainda não o tinham com formalização por portarias enviadas; em seguida a etapa foi de solicitação dos planos de Segurança do paciente das unidades e cronograma de ações com indicador de monitoramento. Simultaneamente se pediu cadastramento no sistema SCNES que é realizado pelo setor de cadastro da Secretaria Executiva de Regulação da Secretaria Estadual de saúde e no sistema NOTIVISA junto ao sistema nacional com o apoio da APEVISA. A resposta foi crescente e está em aumento significativo.

Figura 14. Mapa Estadual das Unidades de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente implantados.



Fonte: Monitoramento Coord. Qualidade e Segurança do Paciente SES/PE.

10. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Considerando os resultados positivos na atuação do núcleo estadual, identificou-se a necessidade de documentar a sistematização das ações realizadas e de outras ações planejadas, oferecendo aos serviços de saúde um guia norteador para o desenvolvimento e monitoramento das ações de segurança do paciente. Como ponto de partida para a construção deste material, tomou-se como base as diretrizes gerais elencadas pela SES no Planejamento Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, sendo este apresentado e discutido na web conferência em Reunião da Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) sendo elencadas algumas das principais fragilidades no cenário estadual, dentre elas:

1. Pouco conhecimento sobre a temática segurança do paciente no estado;
2. Falta de inserção como diretriz prioritária e eixo norteador das ações em segurança do paciente no nível central;
3. Falta de sistematização dos processos do cuidado e integralidade das equipes multiprofissionais com foco na assistência segura ao paciente;
4. Superlotação das urgências e emergências e instabilidade de abastecimento;
5. Baixa resolutividade da Atenção Primária.

De certo, o Plano Estadual de Segurança do Paciente não tem a audaciosa pretensão de dirimir os problemas acima citados, mas sim de ter sua importância reconhecida através de suas diretrizes recomendadas, servindo como um guia norteador para os serviços de saúde. Nesse contexto, o Plano Estadual de Segurança do Paciente está proposto em cinco eixos prioritários: Educação – Assistência - Engajamento da Família, Paciente e Comunidade - Avaliação e Controle - Cultura de Segurança.

10.1. EIXOS E DIRETRIZES:

- **EIXO 1: EDUCAÇÃO:** Capacitar profissionais em Segurança do Paciente

DIRETRIZES

- Capacitar gestores no nível central da SES;
 - Apoiar a capacitação de profissionais na APS em conjunto com as VISAS estadual e municipal;
 - Capacitar profissionais da assistência farmacêutica das unidades da farmácia central; inserir o tema na formação de cursos de residência médica e multiprofissional;
 - Firmar parcerias com instituições para realização de cursos para profissionais da rede;
 - Fortalecer o papel da Educação Permanente/continuada nas unidades de saúde.
- **EIXO 2: ASSISTÊNCIA:** Fomentar as boas práticas na assistência à saúde com humanização e cuidado centrado no paciente

DIRETRIZES

- Orientar e supervisionar a implantação dos NSP nas unidades de saúde sob gestão estadual;
 - Orientar e acompanhar o cadastramento dos NSP no SCNES;
 - Orientar e acompanhar o cadastramento dos NSP no sistema NOTIVISA;
 - Apoiar a implementação do Plano de Segurança do Paciente das unidades e planejamento das ações;
 - Solicitar a adesão aos programas do MS por meio do PROADI SUS em parceria com hospitais de excelência.
- **EIXO 3: ENGAJAMENTO DO PACIENTE, FAMÍLIA E COMUNIDADE:** Reconhecer a importância do paciente e família como participantes do processo do cuidado

DIRETRIZES

- Comunicar – se efetivamente de forma clara e simples em todo processo do cuidado ao paciente;
- Educar o paciente e família nas ações de segurança do paciente (uso da pulseira, ensinar de volta, prevenção à queda) e notificação de incidentes;
- Reforçar ações educativas sobre os direitos e deveres do paciente;
- Analisar as demandas da ouvidoria e encaminhar respostas em tempo oportuno.

- **EIXO 4: AVALIAÇÃO E CONTROLE:** Planejamento de ações, metas e indicadores de segurança do paciente.

DIRETRIZES

- Monitorar as ações realizadas nas unidades de saúde sob gestão estadual por meio de instrumento de avaliação e indicadores;
- Monitorar as ações realizadas nas unidades de saúde contratualizadas pela gestão estadual nas áreas de UTI, Nefrologia e oncologia por meio de instrumento de avaliação e indicadores;
- Analisar e discutir os resultados dos questionários de auto-avaliação das práticas de segurança em serviços de saúde estaduais que dispõem de unidade de terapia intensiva;
- Discutir os relatórios de notificação de eventos adversos do sistema NOTIVISA dos serviços estaduais e propor melhorias.

- **EIXO 5: CULTURA DE SEGURANÇA:** Fomentar e disseminar a cultura de segurança do paciente no estado.

DIRETRIZES

- Articular com entidades de classe a realização de eventos conjuntos;
- Divulgar experiências exitosas e ações em segurança do paciente;
- Aderir à celebração e divulgação das campanhas nacionais e mundiais sobre a segurança do paciente;
- Incentivar benchmarking entre serviços da rede estadual para compartilhar experiências exitosas;
- Divulgar, acompanhar e discutir os resultados do E-questionário de avaliação da cultura da segurança.

Dessa forma, se espera criar uma rede de conhecimento sobre o tema com profissionais sensibilizados e protagonistas do cuidado seguro, melhorando a qualidade da assistência prestada, contribuindo para a construção da cultura de segurança no estado de Pernambuco. Ainda há muito que avançar, os próximos passos serão implantar e divulgar o Plano Estadual de Segurança do Paciente; avaliar a efetividade

dos NSP; apoiar e monitorar a implementação dos planos de segurança nos serviços de gestão estadual e de serviços com leitos de UTI, serviços de diálise e oncologia contratualizados com a SES e, ainda, ampliar a discussão para a Atenção Primária, alinhados com o Projeto Planifica SUS.

É fundamental que gestores, profissionais da saúde, usuários e familiares sejam participantes ativos no processo do cuidado, contribuindo para a promoção da cultura de segurança organizacional. Com isso, pretende-se apresentar, de forma simples e resumida, a importância do uso dos Protocolos de Segurança do Paciente como instrumento essencial nos cuidados aos usuários, com a finalidade de alcançar resultados positivos para as instituições de saúde, bem como apresentar resumo histórico da implantação do Protocolo e sua evolução no Brasil.

10.2. AÇÕES ESTRATÉGICAS

10.2.1. AÇÕES DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE E NESPPE

○ Ações Contínuas

- Realização de Oficinas para implantação do NSP em unidades de saúde da capital e interior do estado. (organizador/responsável: Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES)
- Realização de Fóruns de discussão anuais (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES e APEVISA)
- Consultoria por meio de visitas técnicas para implantação dos NSP (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES e APEVISA)
- Monitoramento do Sistema NOTIVISA nas áreas de Segurança do Paciente, Hemovigilância e Farmacovigilância, Tecnovigilância, Cosmetovigilância e Saneantes (APEVISA)
- Acompanhamento e tratativa dos cadastros no Sistema NOTIVISA dos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do Estado de Pernambuco (APEVISA)
- Investigação de eventos adversos graves, óbitos e *never events* (APEVISA)
- Preenchimento, análise e envio da planilha de Auto-avaliação das Boas

Práticas de Segurança do Paciente para a ANVISA (APEVISA)

- Certificação dos hospitais participantes da Auto- avaliação das Boas Práticas de Segurança (APEVISA)
- Elaboração de capacitações para os serviços de saúde e Vigilâncias Sanitárias Regionais e Municipais, apoio técnico a rede de Segurança do Paciente no Estado (APEVISA)
- Orientações para preenchimento do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar (APEVISA)
- Acompanhamento dos projetos PROADI SUS: Hoje a SES tem quatro projetos em andamento, com participação de 15 unidades de saúde com frequência mensal ou maior de visitas dos consultores dos hospitais de excelência; relatórios dos hospitais com seus avanços e dificuldades; encontros presenciais da SES no hospital de excelência e MS para demonstrar as ações de apoio da SES no quesito, a importância estratégica dos projetos PROADI já foi colocada e o acompanhamento das visitas e dos relatórios decorrentes é muito importante para se dialogar com as unidades, sentir as dificuldades de implantação do PNSP, facilitar caminhos já trilhados por outras unidades e avançar na segurança do cuidado mais rapidamente. (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES)
- Acompanhamento das capacitações realizadas com simulação realística pelo Hospital Albert Einstein por meio do PROADI SUS para mais de 40 profissionais e, planejamento de mais 55 cursos por ano em áreas como urgência e emergência adulto; pediátrica; segurança do paciente e gestão com abordagem a vários aspectos técnicos e não técnicos e também comportamentais (ética, empatia, acolhimento, liderança e trabalho em equipe). Tem se buscado a multiplicação do conhecimento e execução do aprendizado para a rápida ampliação destas atualizações e consequente melhoria da atuação nas áreas citadas (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES)
- A integração por meio de ampliação do olhar com reformulação de *checklist* de visitação das áreas de trauma, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e com colocação de alguns aspectos de risco e metas. E capacitação programada dos técnicos e apoiadores do nível central nos conceitos sobre o tema Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES)

- As ações principais de segurança do paciente no estado de Pernambuco por meio da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente foram elencadas e inseridas no Plano Estadual do Estado de Pernambuco, alinhados com o mapa estratégico e as prioridades escolhidas pela alta gestão embasadas no plano geral do estado e necessidades da saúde, com inserção das demandas da Conferência Estadual de Saúde.

- **Ações em Execução**

- Capacitação de profissionais da farmácia em segurança do paciente (DGAF e Coordenação /Segurança do Paciente)
- Realização de eventos em conjunto com controle social, para promoção do uso seguro de medicamentos: orientações para autocuidado e 5 momentos corretos. (DGAF)
- Participação de gestores da educação e assistência em oficina de ensino e serviços visando maior inserção de segurança do paciente na formação profissional (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES e Escola de Governo e Saúde Pública de Pernambuco)
- Promover a troca de experiências exitosas (benchmarking), intermediando-a com visitas ao núcleos de segurança e gerência de risco das unidades em processo mais maduro na implementação de PNSP. (Coordenação Estadual Segurança do Paciente)
- Capacitações de profissionais na Atenção Primária à Saúde com inserção da segurança do paciente (DPA)
- Articulação com o Conselho Regional Medicina de PE – CREMEPE para ampliar a discussão para médicos e residentes (Coordenação Estadual Segurança do Paciente)
- Aquisitar por processo licitatório em nível central listagem unificada de vários insumos e equipamentos considerados essenciais para a promulgação da segurança do paciente, particularmente envolvendo a meta internacional de segurança número 3 de medicamento seguro que compõem o terceiro desafio global da Organização Mundial de Saúde em vigência. Esta ação foi elaborada para priorização desta aquisição e certa padronização de rede para facilitação de

implantação, para curva de aprendizados dos profissionais, transição e continuidade do cuidado ao paciente nos diferentes pontos de assistência, além de considerar o custo adicional significativo de equipamentos permanentes e insumos contínuos que hoje têm dificuldades de serem acrescentados ao orçamento rotineiro das unidades de saúde da rede estadual, principalmente as de gestão direta como as Unidades Gestoras Executivas (UGE): seis grandes hospitais, os hospitais regionais e os especializados. Também visando à priorização de ter itens com pulseiras de identificação de paciente para sinalização do risco de queda, alergia e sepse; pisos antiderrapantes; máquinas unitarizadoras de medicamentos; etiquetas para identificação de soluções eletrolíticas; etiquetas para medicamentos de alta vigilância entre outros. Esta lista foi feita com consolidação do demandado para as unidades, com uma análise crítica e ajuste de levantamentos muito disparates para mais ou menos, e feito levantamento de custo estimado em valores disponíveis online, apresentados a chefia e colocados no Planejamento Orçamentário Anual (POA).

○ **Ações Planejadas**

- Avaliar as ações implementadas pelos NSP das unidades de saúde, por meio do instrumento elaborado (Coordenação Estadual Segurança do Paciente SES);
- Monitorar as unidades de saúde por meio de indicadores e divulgação dos resultados (Coordenação Estadual Segurança do Paciente SES);
- Revisar protocolos estaduais de assistência farmacêutica e inserir ferramentas de segurança do paciente no atendimento aos pacientes pós-transplantados de maior polimedicações (DGAF);
- Realizar o V Fórum de Qualidade e Segurança do Paciente (Coordenação Estadual Segurança do Paciente);
- Celebrar a campanha Abril pela Segurança do paciente;
- Aderir ao Dia Mundial de Segurança do Paciente promulgado pela OMS;
- Ampliar a discussão e desenvolver ações junto aos municípios com apoio da APEVISA e Visas locais;
- Realizar visitas de monitoramento com aplicação de roteiro norteador nas 57 unidades de saúde da gestão estadual;

- Participar de diálogo e debate sobre implantação do projeto piloto sepse do MS pelo PROADI SUS em 5 UPAS do estado, debatendo suas dificuldades, superações, resoluções, facilitando o possível de uniformização de alguns padrões, visando o uso da experiência no estado;
- Institucionalizar protocolo de Sepse nas UPAS e posteriormente em todas as unidades de saúde sob gestão estadual;
- Padronizar (discutir a viabilidade) da pulseira de sepse na rede;
- Ampliar o leque de inspeções para instituição de Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais que realizam cesarianas, em clínicas de diálise e hemocentros (APEVISA);
- Ampliar a discussão e desenvolver ações junto às clínicas de diálise, oncologia e serviços de UTI contratualizadas com a SES (Coordenação Estadual Segurança do Paciente SES e APEVISA);
- Relatório anual consolidado das ações de monitoramento de segurança do paciente;
- Relatório anual das ações da gestão;
- Relatório quadrienal de ações de segurança do paciente nas unidades visitadas com status de implantação por diretoria e se possível por unidade;
- Visita com monitoramento de unidade de saúde contratualizadas pela gestão estadual nas áreas de oncologia, nefrologia e com setores de UTI;
- Incentivar a indicação de profissionais para estágios em comissões obrigatórias como segurança do paciente, revisão de prontuário, gerência de risco e outros em hospital privado com certificação (acreditado) e com convênio SES que os ofertou de modo gratuito. Capacitar profissionais em segurança do paciente, direta ou indiretamente é um dos eixos do PNSP e do Plano Estadual, assim a facilitação desta oferta tem que ser otimizada.

10.2.2. AÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CENTRAL

O estado de Pernambuco oferece uma grande variedade de medicamentos, de programas nacionais e estaduais e demandas judiciais que são dispensados na farmácia central do estado, e suas descentralizadas, assim como tem a farmácia itinerante do programa de nefrologia em algumas unidades quando os medicamentos

são dados diretamente ao paciente.

Considerando o já descrito e a importância da 3ª Meta Internacional de Segurança, medicamento seguro que compõem o 3º Desafio Global da Organização Mundial de Saúde, em andamento, cabe revisar alguns procedimentos e fluxos operacionais, inserindo a temática segurança do paciente.

As metas são de inserir nos formulários três identificadores, as ferramentas de segurança de ensinar de volta, dupla checagem e outros, além de capacitações aos níveis de profissionais de nível superior (farmacêuticos) e nível médio (técnico de farmácia) e elementar(administrativo) nos conceitos básicos de segurança do paciente e treinamento sobre novos formulários e procedimentos.

Atualmente a Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica (DGAF) faz parte de dois Projetos de Cuidado Farmacêutico por meio do PROADI SUS, um projeto via CONASS com o Hospital do Coração (HCOR) e o outro via MS com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que avançou muito na elaboração de protocolos estaduais assistenciais, com padronização e parametrização dos medicamentos e posologia para doenças como psoríase, glaucoma e outros. Outras ações ainda estão sendo realizadas como:

- Educação permanente em segurança do paciente: educação de profissionais e participação da comunidade: Realiza mensalmente várias capacitações para os profissionais de farmácia de níveis superior, médio e administrativo assim como para o público em geral;
- Inserção do controle social em eventos periódicos de esclarecimentos sobre programas de distribuição de medicamentos com órgão de controle social;
- Realiza eventos de orientação de medicação segura e autocuidado na área para o público. Identificadores institucionais: uso de três identificadores institucionais (nome completo, CPF e cartão SUS);
- Inserção e reforço de uso de ferramentas de segurança do paciente, como dupla checagem, cinco itens para uso de medicamentos e ensinar de volta;
- Gerenciamento mais controlado de medicamentos com uso de sistema informatizado para a inserção de todos os cadastros do paciente, o HORUS, com funções como histórico de medicamentos dispensados por paciente e consolidado, alertas do quantitativo em estoque e outros instrumentos de controle gerando inúmeros relatórios.

Ações na área de farmácia clínica:

- Consulta farmacêutica clínica;
- Realiza primeira consulta farmacêutica para avaliação, validação de prescrição médica do prescritor original, tem sua inscrição feita no cadastro geral da farmácia no programa ambulatorial indicado por protocolo do Ministério de Saúde, e consequente dispensação com orientações do profissional;
- Instituirão atendimento periódico detalhado para grupo mais vulnerável de pacientes pós-transplantados com especial atenção à interação medicamentosa e ajustes de posologias, além de ação para descentralização de dispensação de colírios de glaucoma, anti-hipertensivos;
- Adoção de mais de cem Protocolos clínicos e diretrizes técnicas
- Elaboração e revisão sistemática anual com atualizações em todos os protocolos assistenciais técnicos;
- Atualização de formulários internos e verificação da inserção dos identificadores com posterior treinamento dos profissionais;
- Ações detalhadas com folheto de orientação de ações de barreiras de segurança no atendimento.

Orientações a todas as unidades da farmácia central do estado:

1. Apresentar o cartão de identificação da farmácia e documento oficial com foto
2. Verificar se as informações contidas no cartão estão corretas e legíveis
3. Certificar-se de que a equipe assistencial faça a conferência de sua identificação antes de qualquer atendimento.
4. Envolver o paciente no processo, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas
5. Para o reforço específico das metas internacionais de segurança:

- **Meta 1: Identificação Correta dos Pacientes**

Identificar corretamente cada paciente atendido nas farmácias para uma assistência segura, com uso de 03 identificadores: nome completo, data de nascimento e nome da mãe.

○ **Meta 2: Comunicação efetiva**

A segurança da assistência depende de uma comunicação clara, objetiva, completa e que possa ser compreendida por todos os profissionais que promovem o cuidado. A comunicação é determinante na qualidade da assistência prestada ao paciente, sendo fundamental para um bom desenvolvimento e fortalecendo o vínculo entre a equipe e o paciente com assistência livre de danos; Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no sistema eletrônico, nas contingências, registrar as informações nos formulários manuais e arquivar; Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

○ **Meta 3: Medicamentos**

- Checagem das informações contidas no cartão do paciente com o sistema
- Checagem das informações do medicamento descrita no cartão com a prescrição eletrônica (nome do medicamento e quantidade, e dosagem)
- Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as dúvidas
- Dispensação: uso de ferramenta dupla checagem
- Eletrônica - Sistema HÓRUS
- Manual/formulário
- Entrega do medicamento
- Conferência do nome com documento oficial com foto
- Conferência do medicamento junto ao paciente (uso da ferramenta de segurança ensinar de volta, lendo e pedindo para o paciente repetir o que foi dito para ver se a orientação foi compreendida)
- Assinatura do paciente no formulário de recebimento (registro seguro)
- Carimbo e assinatura do conferente no formulário de recebimento

Fluxos sistematizados nos Setores da farmácia

1. Setor de cadastro inicial

Para contemplar a meta 1, revisar a ficha de cadastro com nome completo, CPF e cartão SUS, se ainda assim houver dúvidas, será solicitado o nome completo da mãe e data de nascimento.

2. Consultório Farmacêutico

Paciente inicial:

- Consulta farmacêutica: Será feita consulta individual do paciente e familiar com o profissional farmacêutico para anamnese e conciliação medicamentosa, tornando mais segura a meta 3 e avaliando riscos de eventos adversos;
- Checagem das informações contidas no processo do paciente com as informações descritas no sistema
- Descrever as informações de identificação no cartão do paciente
- Descrever as informações da prescrição no cartão (medicamento, quantidade e posologia) – carimbar e assinar
- Preencher formulário de consulta farmacêutica
- Orientação do paciente e registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no Sistema Eletrônico, nas contingências, registrar as informações nos formulários manuais e arquivar
- Engajar o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas.

Continuidade do cuidado

- Procedimentos já descritos de verificação de identificadores e doses no sistema, já cadastrados.
- Dispensação de medicamento no sistema

Paciente com troca ou inclusão de medicamento

- Retornar à consulta farmacêutica e preencher o formulário de retorno
- Checagem das informações contidas no processo do paciente com as informações descritas no sistema
- Descrever as informações da nova prescrição no cartão (medicamento, quantidade e posologia) – carimbar e assinar
- Preencher formulário de consulta farmacêutica
- Orientação ao paciente em conferir o medicamento junto ao paciente usando a técnica de ensinar de volta (o profissional da farmácia faz o paciente ou familiar repetir as explicações dadas sobre medicação uso, dose e horários verificando o

adequado entendimento de modo aberto, para dirimir dúvidas e visando à segurança do uso de medicamento)

- Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no Sistema Eletrônico, nas contingências, registrar as informações nos formulários manuais e arquivar
- Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

Estoque

- Trancar medicamentos controlados, conforme legislação mantidos em armários fechados e chaveados (parametrizar quantidades por medicação e fazer checagem diária)
- Separar medicamento com caixa de cores iguais (para segurança, evitando a troca involuntária, a maior parte dos medicamentos vindos do Governo federal estão vindo com mesmo logo, não se consegue neste primeiro momento ré etiquetar todos com cores diferentes)
- Seguir normas de empilhamento, uso de *pallets*, ventilação e corredores.
- Listar medicações de alta vigilância (MAV)
- Separar medicamentos de alta vigilância (quimioterápicos, eletrólitos, insulinas, entre outros).

Dispensação

- Eletrônica: direto do sistema HÓRUS (Este sistema tem como controlar a dispensação quantitativa e qualitativa feita a cada paciente com registro de datas inclusive, e assim, melhorar o controle geral e o individual de medicamentos neste ponto.
- Manual – formulário

Entrega do medicamento

- Conferência do nome com documento oficial com foto
- Conferência do medicamento junto ao paciente
- Assinatura do paciente no formulário de recebimento
- Carimbo e Assinatura do conferente no formulário de recebimento

Acolhimento

Contemplar a meta 2 de comunicação efetiva com o paciente e familiares e seu engajamento, baseada na humanização da assistência e efetividade do serviço, otimizando tempo e direcionando fluxos. Manter funcionário “Posso ajudar” com identificação e perguntar qual a questão a ser resolvida, otimizando o encaminhamento, além de orientador de fila caso precise.

Gerência de Avaliação e autorização de procedimento (GAAP) - Setor que realiza a avaliação das prescrições:

- Checagem do Preenchimento dos campos obrigatórios de Laudo Médico Especializado (LME), inclusive peso e altura;
- Checagem da receita médica com posologia (data, identificação completa do paciente com nome completo, data de nascimento e nome da mãe, assim como do prescritor, nome, carimbo e assinatura);
- Ter todos os documentos do setor com identificação, carimbado e datado.

10.2.3. AÇÕES DA DIRETORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Planejar e executar capacitação em Segurança do Paciente prioritariamente para servidores do estado por meio do “Projeto Itinerários do saber” em articulação da Secretaria (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES/DGAIS /DGES/Escola Saúde Pública e SEGTS) e com mais 10 turmas de 40 alunos.
- Manter e otimizar a disciplina de segurança do Paciente nos programas de pós-graduação *latu sensu* de residência em saúde coletiva do estado da SES
- Incentivar a realização de especialização em Saúde Pública para gestores com contemplação de segurança do paciente
- Realizar capacitação introdutória em segurança do paciente a todos os residentes de primeiro ano da área médica e multiprofissionais (enfermagem, nutrição e fisioterapia)
- Curso de especialização em Segurança do Paciente
- Avaliar status atual de atuação efetiva e ações planejadas dos Núcleos de Educação Permanente nas unidades de saúde estaduais e municipais, que está em

andamento pela DGES, com recorte nas ações de segurança do paciente e articuladas com os NSP e aumentar articulação e retorno do NEP para a gestão.

- Realizar rodas de debate sobre segurança do paciente na SES e para gestores
- Divulgar e fomentar as Webconferências de Segurança do Paciente feitas pelo MS.
- Realização de mostra em segurança do Paciente com Experiências Exitosas em Segurança do Paciente em anualmente
- Realizar Oficina de Segurança do Paciente na Atenção Primária em articulação com a Diretoria de Políticas Estratégicas
- Realizar momentos de escuta dos NSP
- Segurança do Paciente contemplada no eixo de governança de residência e outros do Plano estadual de Educação na saúde.

10.3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

10.3.1. INTRODUÇÃO

Em todo processo em implantação é muito importante se ter monitoramento dos avanços, com dados concretamente coletados e consolidados de modo periódico e sistemático que serão os indicadores escolhidos e também outros instrumentos de avaliação como relatórios, questionários e cadastros.

O monitoramento será feito por meio de alguns dos indicadores inicialmente elencados relacionados às ações a serem desenvolvidas e metas a atingir. Estas ações serão acrescentadas de modo progressivo com periodicidade anual e quadrienal conforme o Plano Estadual de Saúde, no qual se encaixa o Plano de segurança do Paciente. A análise periódica será realizada pela equipe da Coordenação de Segurança do Paciente e discutida em reunião do NESPPE, além de outras instâncias superiores e pertinentes. Posteriormente outros indicadores serão somados ao monitoramento, visto que ainda estão em discussão entre as áreas como educação e vigilância.

A avaliação de implementação do PNSP será feita a partir de relatórios consolidados destes indicadores, das visitas e *checklists* aplicados, de relatórios enviados pelos hospitais de excelência parceiros no PROADI SUS e outros

documentos como os questionários de auto avaliação e cultura de segurança da ANVISA.

10.3.2. INDICADORES

Os indicadores de cada área estão em discussão interna para refletir as ações e objetivos a serem alcançados; serão monitorados pelos respectivos setores, tendo a análise e validação realizadas pelo NESPPE. A seguir, a tabela 2 mostra os indicadores já em implantação com as respectivas áreas responsáveis pelo monitoramento, outros indicadores estão em discussão e serão mensurados posteriormente.

Tabela 02. Tabela de Indicadores

Nome do indicador	Periodicidade	Fonte	Tendência	Meta	Responsável	Fórmula
% de NSP implantados	Bimensal	Unidades de saúde	Quanto maior melhor	98%	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente - SES	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de NSP implantados}}{\text{N}^\circ \text{ total de serviços sob gestão SES}} \times 100$
% de NSP cadastrados no SCNES	Bimensal	SCNES	Quanto maior melhor	98%	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente - SES	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de NSP cadastrados no CNES}}{\text{N}^\circ \text{ total de serviços sob gestão SES}} \times 100$
% de conformidade e de reuniões do NESPPE	Trimestral	Atas de reuniões Relatórios	Quanto maior melhor	90%	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente - SES	$\frac{\text{N}^\circ \text{ reuniões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Reuniões planejadas}} \times 100$

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Taxa de adesão ao protocolo de identificação correta do paciente, MS.	Anual	Unidades de saúde Visita in loco	Quanto maior melhor	70%	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente - SES	Nº de hospitais com meta 1 implantada/nº de hospitais sob gestão SESx100
1. Percentual de adesão ao formulário de auto-avaliação das práticas de segurança da ANVISA	Anual	APEVISA	Quanto maior melhor	90%	APEVISA	Nº de critérios em conformidade no hospital/nº de critérios avaliados no hospital x 100
2. % de hospitais com leitos de UTI com alta adesão ao formulário de autoavaliação das práticas de segurança	Anual	APEVISA	Quanto maior melhor	90%	APEVISA	Nº de hospitais com leitos UTI gestão SES com alta adesão ao formulário de auto-avaliação/nº de hospitais com leitos de UTI gestão SES x 100

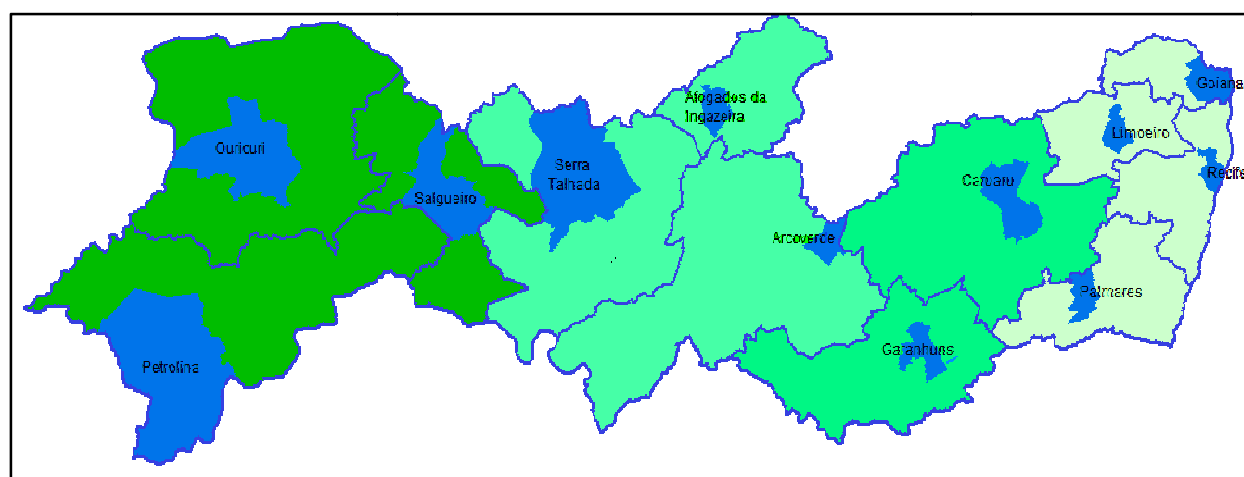
Fonte: ARAÚJO, C.; LOPES, E., 2020.

11. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

O Estado de Pernambuco está localizado na Região Nordeste do Brasil e possui extensão territorial de 98.146,32 km², com 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Apresenta população, segundo estimativa IBGE de julho de 2018, de 8.796 milhões de habitantes.

Divide-se em 12 Regiões de Saúde distribuídas por 4 Macrorregiões no Estado (Figura 15). As regiões de saúde são formadas geograficamente de municípios limítrofes com identidade cultural, econômica e socialmente semelhantes, compartilhando redes de comunicação e de transporte. Esta divisão possibilita integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Macrorregiões de Saúde são organizações territoriais compostas por Regiões de Saúde com o objetivo de ofertar ações e serviços de saúde de média especial e de alta complexidade, cujos procedimentos ou ações requerem maior tecnologia e perpassam a capacidade de apenas uma região.

Figura 15. Distribuição espacial segundo Macrorregião e Região de Saúde em Pernambuco



FONTE: GIS/DGIE/SECG-SES/PE

Legenda:

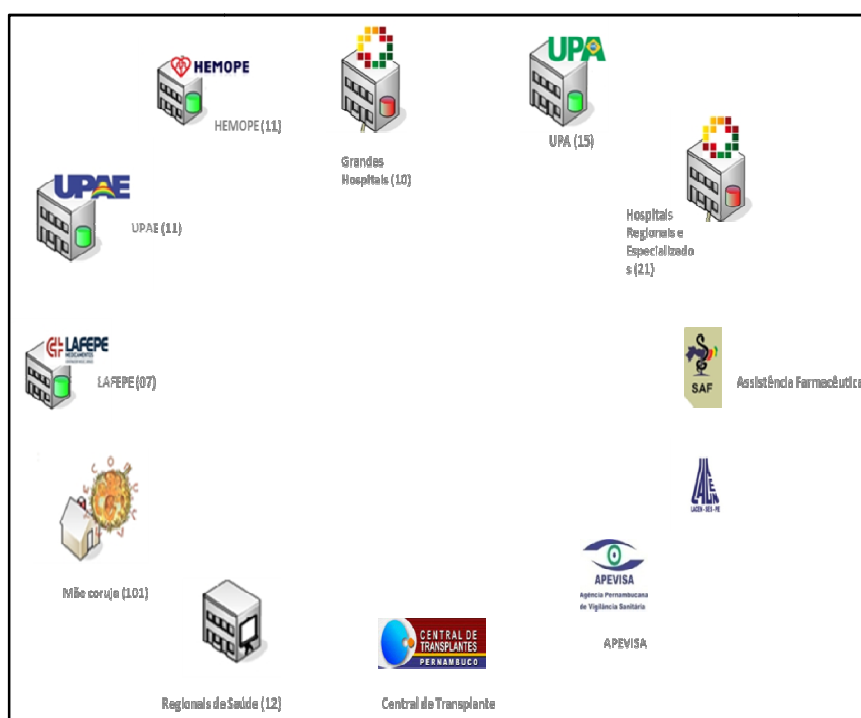
- Município Sede de Região de Saúde
- I Macrorregião de Saúde
- II Macrorregião de Saúde
- III Macrorregião de Saúde
- IV Macrorregião de Saúde

12. A REDE DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

A Secretaria de Saúde de Pernambuco, fundada em 1949, é o maior órgão gestor do Governo do Estado e a segunda maior Secretaria Estadual de Saúde do Brasil. Encontra-se distribuída em 12 Gerências Regionais de Saúde para atender 8,796 milhões de pernambucanos, equivalente a aproximadamente 88% da população do Estado que depende do Sistema Único de Saúde.

Em sua estrutura, esta Secretaria administra diretamente 57 centros de atendimento médico, entre hospitais, 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 10 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), além de 29 unidades da Farmácia de Pernambuco. A rede ainda conta com o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE), Laboratório Central de Pernambuco (LACEN), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO). (Figura 16). (PERNAMBUCO, 2017)

Figura 16. Rede de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde



FONTE: PERNAMBUCO, 2017.

12.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo que abrangem promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Os serviços e ações da APS são ofertados nos 185 municípios do Estado de Pernambuco, através das equipes de estratégia de saúde da família, com cobertura populacional de 76,6%. A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais seja realizada preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contra referência em outros pontos de atenção e;
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

A SES tem a Superintendência de Atenção Primária que atua na fomentação de capacitação, consensualização de diretrizes e monitoramento das ações pactuadas junto aos municípios, de modo integrado e contínuo com as instâncias municipais.

12.1.1. PRINCIPAIS ÁREAS ESTRATÉGICAS DE ATUAÇÃO DA APS

- Atenção à Saúde da criança
- Atenção à Saúde da mulher
- Atenção à Saúde do homem
- Atenção à Saúde do idoso
- Controle da Obesidade, Hipertensão e Diabetes
- Saúde Bucal
- Atenção Domiciliar

12.2. REDE HOSPITALAR DE SAÚDE

A Rede Assistencial instalada no estado de Pernambuco conta com 9.819 estabelecimentos de saúde, de acordo com dados do SCNES, em fevereiro de 2019,

considerando unidades públicas e privadas (conveniadas ou não ao SUS), distribuídos entre os municípios das 12 Regiões de Saúde. Destes, 57 serviços estão sob gestão estadual SES. Com base nos dados disponíveis, é possível identificar a existência de polos de concentração geográfica da assistência de média e alta complexidade e também, dos serviços hospitalares, historicamente construídos nos grandes centros urbanos.

Nesse contexto, e considerando a concentração histórica de serviços na região metropolitana e, sobretudo em Recife, a descentralização e regionalização dos serviços de saúde apresentam-se como desafios permanentes no estado de Pernambuco, sendo a redução das desigualdades de acesso o foco principal na implementação da Rede de Saúde.

Analisando os estabelecimentos segundo a região de saúde em que está localizado e tipo de gestão evidencia-se que 44,67% dos estabelecimentos concentram-se na I Região de Saúde, onde está localizada a capital do Estado residem 44,32% da população. Do total de leitos SUS do Estado (18.967) cerca de 25 (77%) encontram-se sob gestão estadual (Quadro 4).

Quadro 04. Unidades de saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco

Gestão SES	Serviços de Saúde	Município
Seis Grandes Hospitais	Hospital Agamenon Magalhães	Recife
	Hospital Otávio de Freitas	
	Hospital da Restauração	
	Hospital Getúlio Vargas	
	Hospital Barão de Lucena	
	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	Caruaru
Hospitais Regionais	Hospital Professor Agamenon Magalhães – HOSPAM	Serra Talhada
	Hospital de Caruaru Jesus Nazareno	Caruaru
	Hospital Regional Inácio de Sá	Salgueiro
	Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns
	Hospital Belarmino Correia	Goiana
	Hospital São Lucas	Fernando de Noronha
	Hospital Jaboatão Prazeres	Jaboatão dos Guararapes
	Hospital Geral de Areias	Recife

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

	Hospital Regional de Limoeiro Jose Fernandes e Salsa	Limoeiro
Hospitais geridos por Organizações Sociais (OS)	Hospital Regional Rui de Barros Correia	Arcoverde
	Hospital Dom Malan	Petrolina
	Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães	Palmares
	Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
	Hospital João Murilo Policlínica	Vitória de Santo Antão
	Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri
	Hospital Miguel Arraes	Paulista
	Hospital Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho
	Hospital Pelópidas da Silveira	Recife
	Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira
	Hospital Mestre Vitalino	Caruaru
	Hospitais Especializados	Hospital Correia Picanço
Hospital Ulysses Pernambucano		
HEMOPE		
Hospital Colônia Professor Alcides Codeceira		Igarassu
Hospital da Mirueira Sanatório Padre Antônio Manoel		Paulista
Hosp. Colônia Vicente Gomes de Matos		Barreiros
Unidades de Pronto Atendimento (UPA), geridos por O.S.	UPA Honorata de Queiroz Galvão	Igarassu
	UPA Gregório Lourenço de Menezes	Olinda
	UPA Geraldo Pinho Alves	Paulista
	UPA Maria Esther Souto Carvalho	Imbiribeira
	UPA Escritor Paulo Cavalcanti	Caxangá
	UPA Professor Fernando Figueira	São Lourenço da Mata
	UPA Dulce Sampaio	Torrões
	UPA Médico Fernando de Lacerda	Curado
	UPA Senador Wilson Campos	Barra de Jangada
	UPA Governador Carlos Wilson	Engenho Velho
	UPA Dr. Horácio Florêncio	Caruaru
	UPA Deputado Francisco Julião	Cabo de Santo Agostinho
	UPA Solano Trindade	Nova Descoberta
	UPA Dr. Emanuel Alírio Brandão	Petrolina
	UPA Pediatra Zilda Arns	Ibura
Unidade	UPAE Antônio dos Santos Figueira	Garanhuns
	UPAE Dr. Emanuel Alírio Brandão	Petrolina

Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE), estão O.S.	UPAE Ministro Fernando Lyra	Caruaru
	UPAE DOM Fcº de Mesquita Filho	Afogados da Ingazeira
	UPAE Dr. Jose Alves de C. Nunes	Serra Talhada
	UPAE Dr. Erick Alves R. E. Silva	Salgueiro
	UPAE Deputado Áureo Bradley	Arcoverde
	UPAE Padre Assis Neves	Belo Jardim
	UPAE Ouricuri	Ouricuri
	UPAE Jose Nivaldo Barbosa De Souza	Limoeiro

FONTE:Secretaria Estadual de Saúde- PE, 2019

12.2.1. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) envolve a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade de maneira articulada e integrada com todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e aprimorar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil e resolutiva seguindo a lógica do sistema hierarquizado e regulado, organizado em regiões de saúde e por componentes em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Também se organiza em Redes de Assistência à Saúde (RAS), onde se faz a integração regional por linhas de cuidado na Assistência nas diferentes instâncias de atendimento com pactuação de fluxos de regulação e se promove referência e contra referência do paciente de modo a instituir um cuidado integrado.

A definição do perfil de atendimento por tipo de unidade tem o objetivo de otimizar o acesso do usuário aos serviços de urgência e emergência conforme complexidade e especialidade das portas de entrada, garantindo desta maneira o acompanhamento de toda linha de cuidado dos pacientes nas referências definidas.

A Política Nacional de Atenção às Urgências do estado de Pernambuco segue as diretrizes ministeriais, recomendadas nas portarias GM/MS/SAS nº 1.600/2011; nº 1.010/2011, nº 2.338/2011, nº 2.395/2011, nº 2809/2012, nº 3432/2013, nº 825/2015, nº 03/2017 e nº 06/2017, além das resoluções CIR (Comissão Intergestores Regional) e CIB (Comissão Intergestores Bipartite) aprovadas nos Planos de Ação Regional (PAR) para cada Regional de Saúde.

Os componentes que integram a RUE segundo a Portaria de consolidação GM/MS nº 03/2017 são:

- Pré-Hospitalar fixo (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

- Componente Hospitalar:
 - Portas de Entrada Estratégicas,
 - Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
 - Leitos Clínicos de Retaguarda
 - Unidade de Cuidados prolongados
 - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

12.3. REDE AMBULATORIAL

Um dos desafios da assistência especializada ambulatorial é a oferta de consultas e procedimentos de forma regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade. Os serviços da Rede ambulatorial de Saúde são organizados para garantir a oferta assistencial de forma equânime, resolutiva, integral, na perspectiva de oferecer um acesso qualificado e equitativo aos serviços de saúde.

Pernambuco, buscando a interiorização e regionalização, tem implantado e ampliado a oferta de consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos na assistência especializada ambulatorial por meio das Unidades Pernambucanas de Assistência Especializada (UPAE) nas diferentes regionais de saúde, além de manter credenciamento para compra de serviços na rede contratualizada. As UPAE estão distribuídas no Estado de Pernambuco em 11 municípios e contam com diversas especialidades e procedimentos.

12.4. REDE DE SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

A SES realiza contratualização com hospitais públicos de outras instâncias por meio do Plano Operativo Anual de Saúde, assim como filantrópicos e privados e, ainda clínicas de diferentes linhas de cuidado como nefrologia e oncologia para radioterapia de acordo com a necessidade de complementação da rede visando a assistência de seus habitantes nas diferentes linhas de cuidado. Portanto, é essencial inserir a discussão da temática e fortalecer a segurança do paciente nesta rede de serviços contratualizados por meio da recomendação de implantação dos NSP, elaboração dos Planos de segurança do paciente e demais ações necessárias para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

13. RESULTADOS ESPERADOS

Em linhas gerais esperamos avançar nas ações de implementação do Plano Nacional de Segurança do Paciente nos eixos de conhecimento e fomentação da cultura de segurança, de capacitação de profissionais, de inserção nos cursos de pós graduação sob vínculo da Secretaria Estadual de Saúde e também na integração das unidades e áreas na inserção horizontal da temática e, ainda:

- Aumentar o conhecimento da temática por parte de gestores e profissionais, com mudança da práxis para olhar transversal em segurança do paciente na assistência, por meio das qualificações e participação de projetos de melhoria em andamento nas unidades de saúde;
- Maior adesão aos protocolos de segurança do MS, notificações de eventos adversos e análise dos EA grave com planos de ação corretivos;
- Ter diagnóstico do status da implantação do PNSP, com panorama geral dos serviços de saúde sob gestão estadual por meio de consolidação dos relatórios de visitas de monitoramento e uso do instrumento elaborado (roteiro norteador/checklist);
- Ter diagnóstico do status da implantação do PNSP, com panorama geral dos serviços de saúde de UTIs contratualizados pela gestão estadual por meio de consolidação dos relatórios de visitas de monitoramento e uso do instrumento elaborado (roteiro norteador/checklist);
- Ter diagnóstico do status da implantação do PNSP, com panorama geral dos serviços de saúde de oncologia contratualizados pela gestão estadual por meio de consolidação dos relatórios de visitas de monitoramento e uso do instrumento elaborado (roteiro norteador/checklist);
- Ter diagnóstico do status da implantação do PNSP, com panorama geral dos serviços de saúde de nefrologia contratualizados pela gestão estadual por meio de consolidação dos relatórios de visitas de monitoramento e uso do instrumento elaborado (roteiro norteador/checklist);
- Propor planos de ação para melhoria de implantação do PNSP baseados nos achados das visitas por meio dos relatórios e colocar a questão de segurança do paciente como prioridade nas contratações e revisões de contratualizações nas unidades com UTI, serviços de diálise e onco- hematologia pela SES;
- Tornar o NESPPE uma instância de referência na temática de segurança do paciente na gestão estadual e para os serviços de saúde;

- Incentivar os NSP em todos os serviços de gestão estadual com real atuação e protagonismo
- Tornar os resultados de melhoria alcançados disponíveis à população;
- Ter aumento significativo de adesão dos hospitais com UTI da gestão estadual ao questionário de auto-avaliação de práticas de segurança do paciente da ANVISA;
- Ter significativa adesão de resposta ao questionário de cultura de segurança da ANVISA por parte das unidades de saúde estaduais, permitindo a mensuração padronizada e assistência do grau de adesão às práticas de Segurança do Paciente e comparações ao longo do tempo que servirão de base para novos planejamentos;
- Implantar e ter evidências de funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente em % por meio de consolidação e classificação dos hospitais pelo roteiro norteador de monitoramento, com propósito educativo.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente plano descreve a importância de unificar os protocolos para que ações semelhantes sejam realizadas em Rede de Atenção à Saúde. Isso facilita a implantação, a implementação e a avaliação em todas as esferas, visto que as ferramentas utilizadas para desenvolver as habilidades profissionais podem e devem ser usadas em diferentes sítios de trabalho. Decorrente a isso, mostra-se necessário aceitar que somos falíveis e lapsos são inevitáveis, através de uma cultura de segurança e de aprendizado. Só assim passaremos a notificar sem o receio da punição de superiores, pois, geralmente a própria consciência do indivíduo o acusa e ainda se perde a oportunidade do crescimento de forma otimizada na atuação profissional através do conhecimento dos fatores predisponentes que põem em risco a assistência. Se não houver falência dos métodos tradicionais será uma prática com cuidado inseguro, influenciando diretamente na qualidade de vida e recuperação do paciente.

Apesar da existência de inúmeras instituições de saúde com um cenário ainda voltado ao modelo individual na abordagem das falhas, é possível perceber, principalmente em nível nacional, que hodiernamente há um movimento inicial de hospitais buscando a acreditação e melhoria da assistência ao paciente com a finalidade de diminuir os erros decorrentes de falhas no sistema, demonstrando a proatividade do setor, uma busca espontânea por melhores condições dos serviços prestados.

Na ausência de dados oficiais nacionais, cálculos baseados em resultados encontrados na literatura e nas estatísticas de internações estimam que no Brasil entre 104.187 a 434.112 óbitos/ano que podem estar associados a eventos adversos assistenciais hospitalares. No melhor cenário seria a 5ª causa de morte atrás de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas em um cenário mais realista poderia ser a primeira ou segunda causa de morte. Aqui também, como em países desenvolvidos, investir em processos seguros nos cuidados ao paciente deveria ser considerado a principal oportunidade de melhoria assistencial.

No Brasil, a estrutura física, os equipamentos disponíveis para a assistência, a qualidade e o controle de processos assistenciais, o correto dimensionamento do

quadro assistencial, as características e dimensão do hospital, e o atendimento à legislação sanitária brasileira de grande parte da rede hospitalar não atende aos requisitos mínimos necessários para a segurança assistencial. É necessário qualificar a rede hospitalar brasileira incluindo a gestão baseada em normas certificáveis. A qualificação gerencial por normas é capaz de melhorar resultados assistenciais e econômicos dos hospitais além de trazer transparência na relação com os usuários. Mudar, de forma imprescindível, a cultura e o comportamento do paciente e sua família frente a doença, o cuidado, a segurança assistencial e os eventos adversos. Capacitar os trabalhadores em métodos para segurança do paciente dentro da melhor da ciência que vem sendo usada com sucesso em diversos sistemas de saúde mundiais. (COUTO ET AL)

A Segurança do Paciente deve ser uma prioridade global na assistência como colocado pela OMS, eixo transversal da assistência, com foco no paciente, engajamento do paciente e família, comprometimento de todos os profissionais e gestão para que a assistência segura e de qualidade uma realidade nos serviços de saúde do estado de modo a que o paciente não tenha danos dela decorrentes e a cultura de segurança como parte da práxis dos profissionais.

O estado de Pernambuco tem paulatinamente aumentado seu conhecimento e atuação em segurança do paciente, aderindo a projetos de parceria do MS e hospitais de excelência, incentivando cursos de capacitação e especialização dentre seus funcionários, participando ativamente de modo crescente às ações de segurança do paciente nas suas unidades, aderindo ao 1º Dia Mundial de Segurança do Paciente da OMS, instituindo instâncias dialogadoras como já aqui descritas e assim empoderando os profissionais, os pacientes e familiares e os gestores na temática.

Nos próximos triênios tem-se como meta a priorização desta temática no mapa estratégico da SES, com a fomentação da cultura de segurança, de notificação de eventos adversos e principalmente de implantação de metas internacionais e protocolos gerenciados para assegurar uma assistência segura e de qualidade buscada pela população, por meio da implementação do Plano Nacional de Segurança do Paciente no Estado.

15. REFERENCIAS

1. AGENCY FOR HEALTH RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Relatório Nacional de Qualidade e Disparidades em Saúde de 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr16/index.html>, acesso em 05 de novembro de 2019.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – 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, 26 julho, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2979365/%283%29RDC%2036%202015%20COMP.pdf/6a839fe1-0721-4af6-82a8-0b2e60f7583c>
3. BRASIL. ANVISA. **Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais.** Capítulo 1: A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>
4. BRASIL. ANVISA. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília, 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A0ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Formulário de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente nos serviços de saúde com leitos de UTI do Brasil (FormSUS),** 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/459495/Relat%C3%B3rio+com+os+resultados+da+autoavalia%C3%A7%C3%A3o+das+pr%C3%A1ticas+de+seguran%C3%A7a+do+paciente+2018/658bbc1f-ec2e-49da-91a9-8feb78026e43?version=1.0>. Acesso em 21 de outubro de 2019.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Segundo Desafio Global para a segurança do paciente: orientações para cirurgia segura da OMS.** Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/60-cirurgiasseguras-salvam-vidas>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/portaria-no-529->

[de-1-de-abril-de-2013.pdf](#). Acesso em 04 junho 2019.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 julho 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html, acesso em 08 de maio de 2019.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html, acesso em 08 de maio de 2019

10. BRASIL. Ministério da saúde, Fiocruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em 18 de junho 2019.

11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasília: ANVISA, 2014 (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. RDC nº 63/2011 de 25 de novembro de 2011. **Requisitos e boas práticas para funcionamento de serviços de saúde.** Publicado no DOU de maio de 2012. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>, Acesso em 18 de abril de 2019.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do Paciente no Domicílio/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/04/2016_0420_versao_digital.pdf

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS nº 774/2017 de 13 de abril de 2017. **Cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no SCNES.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://saude.gov.br>

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado em: 22/09/2017 no DOU | Edição: 183 | Seção: 1 | Página: 68. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html, acesso em 25 de julho de 2019.

16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto colaborativo “**Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil**”. PROADI SUS Disponível em: <https://www.saude.gov.br>, acesso em 07 de novembro de 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. PROADI SUS. Projeto Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Hospital Moinhos de Vento. **Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Oficina de multiplicadores em Segurança do Paciente na APS**. Material de apoio a multiplicadores em segurança do paciente. Hospital Moinhos de Ventos, 2019.
18. CHAN, B.; COCHRANE, D. Canadian Patient Safety Institute. **Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals. With what can be done to improve Patient Safety**. CIHI, Ottawa, October, 2016. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf
19. COUNCIL OF EUROPEAN UNION. **Segurança do Paciente: uma prioridade da União Europeia**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952664/>, acesso em 03 de setembro de 2019.
20. COUTO, R.M.; PEDROSA, T.; ROBERTO, B.A.D. et al. **Anuário da Segurança Hospitalar no Brasil**. Revista da IESS. (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/anuario_atualizado_0612.pdf. Acesso em 30 de outubro 2019.
21. DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Assurance in Health Care**. Edited by Rashid Bashshur. Published by Oxford University Press, 2003. 233 páginas. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/374799597/1-an-Introduction-to-Quality-Assurance-in-Health-Care-Avedis-Donabedian>, acesso em 15 de agosto de 2019.
22. D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, Feb. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>. Acesso em 09 de junho de 2019.
23. FELDMAN, Lilliane Bauer; GATTO; Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação*** UNIFESP. Acta Paulista de enfermagem, v.18, n 2, p213-219, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
24. FERNANDES, L. G. G.; TOURINHO, F S F; SOUZA N. L de. Revista UFPE online, 2014. Contribuição de James Reason para Segurança do Paciente; Reflexão para prática de enfermagem. Periódicos. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>, acesso em 12 de junho de 2019.

25. INSTITUTE OF MEDICINE. (IOM) Report: **“To err is human: building a safer health system”** Comitê on Quality of Health Care in America. KOHN, Linda; CORRIGAN, Janet; DONALDSON, Mallo. National Academy of Science, 2000. 273 pages. Disponível em:

[file:///C:/Users/User/Downloads/To Err is Human Building a Safer Health System.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/To%20Err%20is%20Human%20Building%20a%20Safer%20Health%20System.pdf). Acesso em 23 de maio 2019.

26. JHA, A. K.; LARIZGOITIA I.; AUDERA-LOPEZ C, et al. et al. **The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies**. *BMJ Qual. Saf.*, v.22, n.10, p. 809–815, 2013. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l4185>

27. MAKARY, M.A., DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. Martin Makary and Michael Daniel assess its contribution to mortality and call for better reporting. -Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA. *BMJ* 2016;353:i2139 (Published 3 May 2016). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

28. MARCHON S.G.; MENDES Junior, W.V.; PAVÃO, A.L.B. **Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online], 2015; 31(11): 2313-2330. Disponível em: <https://scielosp.org/j/csp/i/2015.v31n11/>, acesso 12 de setembro de 2019.

29. PAGLIOSA, Fernando Luiz; DAROS, Marco Aurélio. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>, acesso em 19 de junho de 2019.

30. PAHO Brasil. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos**. 29 de março de 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838, acesso em 23 de setembro de 2019.

31. PERNAMBUCO. Governo Estadual de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 319/17. **Criação do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESPPE) 31 de julho de 2017**, DOE Poder Executivo do Estado de Pernambuco, 18 ano XVIV nº 143, dia 1 de agosto de 2017.

32. PERNAMBUCO. Governo Estadual de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 002/20. **Atualização da composição do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESPPE) 03 de janeiro de 2020**. DOE Poder executivo de Pernambuco, ano XCVII nº 2 de 03 de janeiro de 2020.

33. PIAUI. Governo do Estado do Piauí. Secretaria Estadual de Saúde/SESAPI. Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária/DIVISA. **Plano Estadual de Segurança do Paciente- PESP/PI (2020-2023)**. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/458/INST_GEST%C3%83O_P

[ESP PEPCIRAS PI oficial.pdf](#), acesso em 10 de novembro de 2019.

34. Quem São os 5 Pioneiros da Melhoria na História da Qualidade em Saúde. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/quem-sao-os-5-pioneiros-na-historia-da-melhoria-da-qualidade-na-saude/>, acesso em 18 de setembro de 2019.

35. REASON, J. HumanError: models and management. BMJ 2000; 320; 768-770. Disponível em: http://www.safetymed.com.br/arquivo/errohumano_reason_bmj2000.pdf, acesso em 05 de junho de 2019.

36. RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria Estadual de Saúde, Sub Secretaria de Vigilância à Saúde, março de 2019 - **Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde 2019-2022.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjEyMTE%2C>

37. RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Estadual de Segurança do Paciente 2017-2020.** Disponível <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTMzNzk%2C> ou em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/plano-estadual-de-seguranca-do-paciente-do-rio-de-janeiro-2017-2020>, acesso em 02 de julho de 2019.

38. ROBERTS, JC; COALE, JG; REDMAN, M.A., 1987. A History of Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Jama. 1987; 258 (7): 936-40.). Disponível em: www.jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract. Acesso em 05 de setembro de 2019.

39. SILVA, K; MOREIRA, J.A.A; VASCONCELOS, L.T. et al. Gestão da Qualidade Total nos Serviços de Saúde: Modelo gerencial em desenvolvimento. Revista eletrônica de gestão & saúde, vol. 06, nº 01, 2015. Pág. 617-632. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2589>, acesso em 10 de dezembro de 2019.

40. SOUZA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2ªed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p.: il. color. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>

41. TRAVASSOS, C.; CALDAS, B.; Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Capítulo 2 – A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde

(GGTES). Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>

42. PERELMAN, J.; PONTES, J.; SOUZA, P. Consequências econômicas de erros e eventos adversos em saúde. In: **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes.** – 2ª ed. (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p.: il. color. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20- %20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>

43. WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007.** Geneva: WHO Press; 2006. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, acesso em 06 de agosto de 2019.

44. WHO. World Health Organization, 2008. World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. **Research Priority Setting WorkingGroup. (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research/Edited by Ashish Jha.** World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>, acesso em 10 de agosto de 2019

45. WHO. World Health Organization. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report.** Version 1.1. Geneva. January, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

46. WHO. **SUMMARY OF INAUGURAL MEETING The Safer Primary Care Expert Working Group** WORLD HEALTH ORGANIZATION, GENEVA 27TH - 28TH FEBRUARY 2012 WHO/IER/PSP/2012.16, https://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf?ua=1. Acesso em 29 de outubro de 2019.

47. World Health Organization. **Safer Primary Care: A Global Challenge.** Genève, 2012. Disponível em <https://who.int>, acesso em 12 de agosto de 2019.

48. World Health Organization. **Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care.** Geneva: World Health Organization; 2016a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acesso 04 de setembro de 2019.

49. World Health Organization, **Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care.** Geneva: World Health Organization; 2016b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acesso 04 de setembro de 2019.

50. World Health Organization. **Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: 2016c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acesso em 04 de setembro 2019.
51. WHO. World Health Organization. **Second Patient Safety Global Challenge. Safe Surgery Save Lives. Checklist on safe surgery**. Geneva, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>, acesso em 19 de julho de 2019
52. World Health Organization. **Medication Without Harm – Third Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>, acesso em 19 de julho de 2019.
53. World Health Organization. **Patient safety is a serious global public health concern**. Patient Safety, march 09, 2018. Disponível em <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>, acesso em 12 de agosto de 2019.
54. World Health Organization. **Action on patient safety. High 5s Project Interim Report**. World Alliance For Patient Safety. Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330068/9789241507257-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acesso em 08 de abril de 2019.
55. WHO. World Health Organization. **Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança ao Paciente na Atenção primária à Saúde 2019-2022**, 2019a, disponível em: <https://www.who.int>.
56. WHO. World International Organization. **1st Patient Safety Global Day Campaign. Patient Safety: a Global Health Priority. Speakup for Patient Safety**. Geneva, september 17, 2019b. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>.
57. WHO. World International Organization. **72^o World Health Assembly. Patient Safety Global Day**. Geneva, 2019c. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-second-world-health-assembly>