



LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente: Educação, Pesquisa e Gestão

**Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente:
Educação, Pesquisa e Gestão**

**Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente:
Educação, Pesquisa e Gestão**

© 2021 – 1a Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 8

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, dezembro de 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

Q1 Qualidade no cuidado e segurança do paciente [livro eletrônico] :
 educação, pesquisa e gestão / Organizadores Carla Ulhoa
 André... [et al.]. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários
 de Saúde, 2021. – (LEIASS; v. 8)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-19-5

1. Segurança do paciente. 2. Sistema Único da Saúde. 3. Saúde
pública. I. André, Carla Ulhoa. II. Souza, Dyego Leandro Bezerra de.
III. Barros, Fernando Passos Cupertino de. IV. Capucho, Helaine
Carneiro. V. Pereira, José Luiz Calixto. VI. Ferrinho, Paulo.
VII. Sousa, Paulo Jorge dos Santos. VIII. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

AC Paula Augusta Maia de Faria Mariano	PB Geraldo Antônio de Medeiros
AL Alexandre Ayres	PE André Longo
AM Anoar Samad	PI Florentino Alves Veras Neto
AP Juan Mendes da Silva	PR Beto Preto
BA Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho	RJ Alexandre Chiepp
CE Marcos Antônio Gadelha	RN Cipriano Maia
DF Manoel Luiz Narvaz Pafiadache	RO Fernando Rodrigues Máximo
ES Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR Leocádio Vasconcelos
GO Ismael Alexandrino Júnior	RS Arita Gilda Hübner Bergmann
MA Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC André Motta Ribeiro
MG Fábio Baccheretti Vitor	SE Mércia Feitosa
MS Geraldo Resende	SP Jean Gorinchteyn
MT Gilberto Figueiredo	TO Luiz Edgar Leão Tolini
PA Rômulo Rodovalho	

DIRETORIA DO CONASS 2021/2022

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Ismael Alexandrino Júnior (GO)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

**ASSESSORIA DE RELAÇÕES
INTERNACIONAIS**

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
SOCIAL**

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

**COORDENAÇÃO DE
ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

**COORDENAÇÃO DE
DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL**

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

CONSELHO DE GESTÃO

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Filomena Pereira (Subdiretora)

Teresa Pires (Secretária executiva)

CONSELHO CIENTÍFICO

Paulo Almeida (Presidente)

CONSELHO PEDAGÓGICO

Maria do Rosário Oliveira Martins (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Claudia Conceição (Presidente)

**GABINETE DE COOPERAÇÃO
E RELAÇÕES EXTERNAS**

Deolinda Cruz (Coordenadora)

**GABINETE DE COMUNICAÇÃO
E MARKETING**

Ana Sofia Calaça

**UNIDADES DE ENSINO
E DE INVESTIGAÇÃO**

Clinica Tropical

Jorge Seixas

Microbiologia Médica

Celso Cunha

Parasitologia Médica

João Pinto

*Saúde Pública Internacional
e Bioestatística*

Paulo Ferrinho

CONSELHO EDITORIAL – LEIASS

CONASS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

IHMT

Isabel Craveiro

Inês Fronteira

Paulo Ferrinho

EDITORES CIENTÍFICOS

Fernando Passos Cupertino de Barros

Paulo Ferrinho

EDITORA CIENTÍFICA EMÉRITA

Zulmira Hartz

ORGANIZAÇÃO

Carla Ulhoa André

Dyego Leandro Bezerra de Souza

Fernando Passos Cupertino de Barros

Helaine Carneiro Capucho

José Luiz Calixto Pereira

Paulo Ferrinho

Paulo Jorge dos Santos Sousa

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos

Carla Ulhoa André

Dyego Leandro Bezerra de Souza

Fernando Passos Cupertino de Barros

Helaine Carneiro Capucho

Paulo Ferrinho

Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROGRAMAÇÃO VISUAL E

DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à cultura

Marcus Vinícius de Carvalho

SUMÁRIO

Apresentação.....14

Introdução16

PARTE I – Educação, Trabalho e Pesquisa

Eixo 1 – Ferramentas educacionais para inclusão da temática nas grades curriculares de graduação e pós-graduação dos cursos de saúde

A Contribuição da Educação Permanente em Saúde para a Segurança do Paciente22

Janete Lima de Castro, Isabela Cardoso de Matos Pinto

Ensino da Segurança do Paciente na Formação dos Profissionais de Saúde do Brasil34

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Adotando o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde para a Inclusão do Tema na Graduação da Área da Saúde56

Vera Neves Marra

Eixo 2 – Educação em Saúde como aprendizagem para as práticas no cuidado mais efetivo e seguro e treinamento nas práticas para melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde

Formação para a Segurança do Paciente: Refletindo acerca do Processo de Ensino e de Aprendizagem70

Janete de Souza Urbanetto, Andrea Gonçalves Bandeira, Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo

As Escolas de Saúde Pública e sua Relevância para o Fortalecimento das Práticas no Cuidado Ofertado em Saúde em Prol da Redução dos Riscos e da Segurança do Paciente84

Viviane Leonel Cassimiro Meireles, Maria Cecília Martins Brito²

Formação na Área da Saúde: Processo de Educação Permanente a Partir dos Problemas da População.....92

Luiz Roberto Augusto Noro

Eixo 3 – Produzindo pesquisa para compreensão das lacunas na assistência

Pesquisa em Segurança do Paciente: Produzindo Evidências para o Cuidado Seguro.....108

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Juliana Santana de Freitas, Maiana Regina Gomes de Sousa

Segurança do Paciente: Uma Questão de Saúde Pública.....122

Almerinda Luedy, Vera Peixoto

Elaboração de Projetos de Pesquisa sobre Segurança do Paciente: Estudos Observacionais e de Intervenção136

Dyego Leandro Bezerra de Souza, Grasiela Piuvezam, Carla Ulhoa André

Inovações da Pesquisa em Saúde Digital para Fortalecer a Cultura de Segurança e Preencher Lacunas na Assistência.....148

Edna Ferreira, Érika Souza, Eliza Cristina Macedo

PARTE II – Gestão em Saúde

Eixo 1 – Política e Regulamentos

Segurança do Paciente no Brasil: do Programa à Política Pública166

Helaine Carneiro Capucho, Ariane Cristina Barboza Zanetti

A Economia da Segurança do Paciente: Gasto ou Investimento?182

Helaine Carneiro Capucho

A Segurança do Paciente como Componente do Direito à Saúde: Acesso a Medicamento Seguro e Baseado em Evidências194

Aline Albuquerque, Victor Graboys

Eixo 2 – Gestão da clínica

A Busca por Qualidade em Sistemas de Saúde: a Importância da Gestão de Meios e Gestão da Clínica.....212

Maurício Wesley Perroud Júnior

A Segurança como uma Importante Dimensão da Qualidade222

Helidea Lima

Engajamento de Pacientes e Familiares na Promoção da Segurança do Sistema de Saúde.....232

Maiana Regina Gomes de Sousa, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Juliana Santana de Freitas

Gerenciamento de Recursos Humanos na Saúde (Gerhus): Como as Práticas da Aviação e das Forças Militares Especiais são Aplicáveis à Saúde248

Alfredo Guarischi

Liderança e Visão Estratégica para a Garantia da Qualidade e da Segurança do Paciente	260
<i>Helaine Carneiro Capucho</i>	

A Cultura de Segurança e a Abordagem Sistêmica – Iniciativas para Melhorar as Práticas de Segurança do Paciente.....	270
<i>Andréa Donato Drumond, Giseli Rodrigues de Carvalho</i>	

Medição e Testes de Mudança em Pequena Escala: Estratégias para Melhorar a Qualidade e a Segurança nos Serviços de Saúde	292
<i>Sara Monteiro de Moraes</i>	

Artigos Internacionais

O Ensino da Segurança do Doente nos Cursos de Medicina entre 2010 e 2020 e Perspectivas para o Futuro	310
<i>Miguel Castelo-Branco Sousa</i>	

Formação Pós-Graduada na Área da Segurança do Paciente: Desafios e Oportunidades	320
<i>Cláudia Tartaglia Reis, Paulo Sousa, Catherine Stragliotto Isoppo, Susana Ramos</i>	

Investigação em Segurança do Doente: O Caminho Faz-se Caminhando.....	338
<i>Paulo Sousa, Helga Oliveira, Sofia Guerra Paiva, Carlos Palos</i>	

A Segurança do Doente e a Relação com a Gestão de Saúde, o Financiamento e os Custos	354
<i>Joana Seringa, Rui Santana</i>	

Cultura da Segurança, Liderança e Organizações de Saúde mais Eficientes.....	368
<i>Paulo Sousa, Sofia Guerra Paiva, Rui Cortes</i>	

A Importância do Planejamento Estratégico para a Segurança dos Doentes.....	384
<i>Paulo Sousa, Maria João Lobão, Luiziane Pereira</i>	

Experiências Brasileiras

SIG Segurança do Paciente, a Educação Permanente em Saúde como Ferramenta na Ativação de Redes Colaborativas.....	398
<i>Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves, Deisy Adania Zanoni</i>	

Ensino da Segurança do Paciente na Formação Técnica e Profissionalizante: Reflexões sobre Saberes e Práticas	408
<i>Priscila Meyenberg Cunha Sade, Eliane Cristina Sanches Maziero, Virginia Dobkowski Franco dos Santos</i>	
<i>Workshop</i> Virtual de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Um Relato de Experiência	420
<i>Carla Ulhoa André, Elaine Cristina de Melo Faria, Érika de A. L. da S. T. de Souza, José Luiz Calixto Pereira, Melyne Serralha Rocha, Rubia Pereira Barra</i>	
Estratégias Adotadas, durante a Pandemia de COVID-19, para o Desenvolvimento e Qualificação da Segurança do Paciente na Bahia	436
<i>Tereza Paim, Camila Lisboa, Silvana Oliveira</i>	
Assistência Farmacêutica em Prol do Uso Seguro de Medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Um Projeto em Contínua Evolução.....	452
<i>Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Ana Emília de Oliveira Ahouagi</i>	
Implantação da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco: Relato de Experiência	468
<i>Carla de Albuquerque Araújo, Erika Patricia Lopes da Silva</i>	
Melhoria da Qualidade na Regulação dos Riscos Sanitários nos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no Estado de Santa Catarina.....	482
<i>Janete Ferreira Pinheiro, Zenewton André da Silva Gama, Carina Kindermann</i>	

APRESENTAÇÃO

A presente publicação, que integra a série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS), uma iniciativa da cooperação institucional entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – Conass e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova Lisboa – IHMT NOVA, apresenta os artigos produzidos por destacados especialistas do Brasil e de Portugal, com ênfase no apoio da Escola de Saúde Pública – ENSP, sobre o tema da Segurança do Paciente

Os artigos foram elaborados por integrantes de diversas áreas do conhecimento e permitem discutir as lições aprendidas, as perspectivas da educação, da pesquisa e da gestão, visando à Segurança do Paciente, de modo a contribuir para que benefícios concretos possam ser trazidos às populações desses países e de todos os que integram o universo da lusofonia.

Para fazer essa ampla reflexão, foram convidados mais de 70 autores, reconhecidos por seus relevantes esforços e por sua liderança, ligados estrategicamente aos temas da Educação e da Segurança do Paciente, o que permite proporcionar ao leitor a oportunidade de aprofundar as reflexões e conhecimentos nesses campos, na busca de reduzir danos evitáveis e custos. Na prática, esta publicação apresenta mecanismos de segurança do paciente vinculados à gestão, assim como processos de garantia da qualidade, a legislação e regulamentos atinentes à matéria, além de apontar os avanços da temática no âmbito da educação e da pesquisa.

Dividida em duas partes, a obra sublinha a importância crescente da Segurança do Paciente como um esforço global urgente, por intermédio do impulso político contínuo e do apoio a iniciativas, nas universidades e nos serviços de saúde, que têm por objetivo eliminar os danos evitáveis à saúde das pessoas.

Boa leitura!

Carlos Lula
Presidente do CONASS

Filomeno Fortes
Diretor do IHMT NOVA

INTRODUÇÃO

Carla Ulhoa André¹
Fernando Passos Cupertino de Barros²

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ORCID: 0000-0002-9378-2958

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. ORCID: 0000-0003-1188-7973

A organização desta 8ª publicação da série LEIASS foi realizada segundo o estabelecimento de etapas para organização e sistematização do processo de trabalho. Inicialmente, foram identificados autores nacionais e internacionais com formação e experiência em educação, pesquisa e gestão na área de Segurança do Paciente. Em seguida, foram realizados convites aos autores, apresentando-se o objetivo da publicação e a proposta específica de tema para cada capítulo, conforme o perfil do autor.

Compartilhar os resultados deste trabalho permite-nos conhecer diferentes realidades e aprender com experiências de reconhecidos autores sobre a importância de três elementos.

O primeiro relaciona-se com a escassez de publicações sobre o tema da Segurança do Paciente no campo da educação. É lento o caminho para o desenvolvimento da temática nessa área, apesar dos alertas emitidos, porém nem sempre levados devidamente em conta.

O segundo diz respeito à pesquisa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enumera cinco componentes essenciais para a investigação em segurança do paciente⁴: medir o dano; compreender as causas; identificar as soluções; avaliar o impacto; e transformar a evidência em cuidados mais seguros. No Brasil, o campo de pesquisa nessa área também é lento. O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde, afirma que a maior parte dos estudos internacionais tem se concentrado em medir os danos e compreender as causas. A produção de pesquisas tem sido muito maior nos países desenvolvidos do que naqueles em desenvolvimento¹.

O terceiro e último elemento, porém não menos importante, é o da gestão. Apesar do ritmo lento dos dois primeiros, inúmeras estratégias para melhoria e garantia da qualidade no cuidado e segurança do paciente estão sendo realizadas em todo o mundo. No Brasil, a criação da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) do Conass, instituída em 2017 e composta por representantes das Secretarias de Estado da Saúde (SES) indicados pelo(a) Secretário(a) Estadual de Saúde, foi um marco importante. Essa instância técnica tem por objetivo prestar assessoria à Secretaria Executiva do Conass, à Diretoria e à Assembleia dos Secretários na formulação de políticas e estratégias voltadas à Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente, por meio da construção de consensos técnicos e da integração das equipes das SES e do Distrito Federal.

A agenda da Câmara Técnica compreende tanto a discussão de temas técnicos relevantes, de modo a subsidiar o posicionamento do Conass nos espaços de discussão tripartite e de controle social, quanto a troca de experiências entre as SES, no sentido

do aprimoramento da gestão estadual e dos processos de trabalho de suas equipes. Busca-se, assim, recomendar e subsidiar a adoção de medidas voltadas à promoção da saúde; à prevenção e ao monitoramento dos fatores de risco à saúde; à disseminação da informação; à produção e à difusão do conhecimento, bem como à inovação e ao incentivo à troca de experiências relacionadas com a Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente².

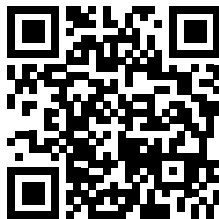
Esperamos, portanto, que esta publicação seja útil na busca de soluções e na proposta de ações concretas, a fim de que os cuidados de saúde prestados no sistema de saúde brasileiro e no de outros países tenham a qualidade e a segurança que a população merece.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 nov 18]. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Câmaras Técnicas. [Internet]. Brasília: Conass; 2021 [citado 2021 nov 18]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



PARTE I

Educação, Trabalho e Pesquisa

EIXO 1
FERRAMENTAS EDUCACIONAIS PARA INCLUSÃO DA TEMÁTICA
NAS GRADES CURRICULARES DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
DOS CURSOS DE SAÚDE

A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE

Janete Lima de Castro¹

Isabela Cardoso de Matos Pinto²

1. Doutora em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde. Líder do Grupo de pesquisa Gestão, Educação Trabalho e Saúde/CNPq e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN, membro do GT Trabalho e Educação da Abrasco. Atualmente, é estagiária de pós-doutorado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9530544825874259>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1823-9012>. E-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com

2. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (1991) e doutorado em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (2004). Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atualmente é Diretora do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e membro do GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco. Pesquisadora e Coordenadora da Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Coordenadora do Observatório de Análise Política na Saúde. Líder do grupo de pesquisa Trabalho, Educação e Gestão em Saúde do CNPQ. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>. Email: isabelacmp@gmail.com

Resumo

Este capítulo teve por objetivo discutir a contribuição das práticas de Educação Permanente para o aperfeiçoamento do cuidado em saúde na perspectiva da garantia da Segurança do Paciente. Com apoio na revisão de conceitos teóricos e experiências empíricas, apresenta as bases conceituais da Educação Permanente em Saúde e procura demonstrar que os processos de qualificação da força de trabalho em saúde, se organizados com base nos princípios da educação permanente, terão maior possibilidade de promover a institucionalização da cultura da segurança do paciente nas organizações de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação permanente. Segurança do paciente. Cultura organizacional. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A temática da Segurança do Paciente tem sido muito debatida nas últimas décadas e constitui-se como um importante desafio na área de saúde, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e respaldado em um conjunto de diretrizes e recomendações às autoridades sanitárias dos diversos sistemas de saúde, com o objetivo orientar a implementação de ações que garantam a qualidade do cuidado em saúde e contribuam para reduzir incidentes e mitigar danos ao paciente.

Estudos realizados nos anos 1950 e 1960 já mencionavam a ocorrência de eventos adversos no processo de assistência à saúde, mas não tiveram grandes repercussões. A partir da década de 1990, observou-se um crescimento considerável de estudos que apresentavam evidências sobre a existência desse problema em diversos países, como Austrália, Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, entre outros. Em 1999, o Instituto de Medicina – EUA¹ publicou um relatório intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” como resultado de duas pesquisas realizadas naquele país sobre eventos adversos, destacando o número de mortes em hospitais provocadas por esses eventos. Nesse documento, o termo “evento adverso” foi definido como “dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta”²⁽⁵⁾.

No Brasil, mais recentemente, algumas normativas têm sido elaboradas com o objetivo de garantir a segurança do paciente, a exemplo da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 631/2011 expedida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa), que trata das “Boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde”. Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que trata da Política Nacional de Segurança do Paciente. No mesmo ano, o MS publicou, por meio das Portarias nº 1.377 e nº 2.095, os protocolos básicos de segurança do paciente; e a Anvisa instituiu, por intermédio da RDC nº 36/2013, ações para segurança nos serviços de saúde, inclusive a criação de núcleos de segurança do paciente nas unidades de saúde, que deviam elaborar planos de segurança monitorados pelas áreas de Vigilância Sanitária.

A OMS destaca que um em cada dez pacientes hospitalizados experimenta os efeitos de algum erro cometido no processo de cuidado em saúde e que metade dos erros cometidos é passível de prevenção. A comparação desses dados entre os diversos países evidencia que países de média e baixa renda apresentam maior número de erros cometidos durante a prestação de cuidados em saúde. Chama a atenção o fato de que cerca de 10% das internações evoluem para eventos adversos, e 30% dos eventos adversos causam mortes³.

Os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual, mas existem múltiplos aspectos que precisam ser considerados, como as condições de trabalho, os aspectos estruturais do sistema de saúde e a complexidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Oliveira⁴ chama a atenção para as situações que predispõem ao risco de eventos adversos, tais como: incorporação de novas tecnologias com deficiente investimento na qualificação dos recursos humanos; desmotivação da equipe de trabalho; delegação de cuidados sem supervisão adequada; e sobrecarga de trabalho por excesso de demanda aos serviços.

A ocorrência desses eventos adversos pode desencadear consequências de diversas ordens, como a perda de confiança e credibilidade nos serviços de saúde, repercussões para os pacientes e familiares, além das questões econômicas, a exemplo da elevação dos custos com saúde derivados da necessidade de tratamento das complicações e sequelas decorrentes dos erros cometidos. Os profissionais de saúde também são considerados vítimas, tendo em vista as repercussões dos erros cometidos e dos efeitos produzidos nos pacientes, tanto no nível emocional como cognitivo e comportamental⁴.

Considerando que a Segurança do Paciente é um princípio fundamental do cuidado em saúde⁵, cabe ao Estado a responsabilidade de formulação e implementação de políticas públicas para minimizar os riscos e erros relacionados com a assistência à saúde e a organização das práticas do cuidado. Nesse sentido, cabe enfatizar a importância de fomentar, dentro das organizações de saúde, um conjunto de valores,

atitudes e competências capazes de criar as condições para minimizar a ocorrência de erros, o que demanda o envolvimento dos gestores na adoção de estratégias que viabilizem a produção de conhecimentos e a implementação de ações de educação permanente voltadas para a qualificação dos processos de trabalho em saúde.

No caso brasileiro, o MS é responsável, constitucionalmente, pela definição da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), devendo, portanto, estabelecer os princípios e diretrizes para a formulação de políticas e desenvolvimento de ações estratégicas nessa área em nível nacional, estadual e municipal⁶.

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2013, o MS reconheceu que as oportunidades de capacitação dos profissionais de saúde devem ser articuladas com as necessidades de serviços de saúde, com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e com a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Desse modo, promoveu a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, cujas diretrizes para a implementação foram publicadas em 2007.

Esse documento reafirma os princípios da educação permanente e enfatiza que “as demandas para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS sejam definidos a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho”⁷⁽¹⁵⁹⁾. Propõe, portanto, que as ações educativas sejam definidas a partir das necessidades emanadas do processo de trabalho e dos problemas vivenciados pelos trabalhadores de saúde, de modo que estes possam incorporar novas competências e se responsabilizem pelo aperfeiçoamento e transformação das práticas de cuidado. Desse modo, assume que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito estruturante para pensar a relação entre educação, trabalho e gestão do trabalho, “trazendo para o interior do processo de aprendizagem as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde e de suas relações”⁷⁽¹⁶¹⁾.

Diante do exposto, pergunta-se: a discussão sobre segurança do paciente tem sido ressaltada nos processos de capacitação e educação permanente realizados pelos serviços de saúde? As capacitações realizadas são organizadas tendo como base os princípios e diretrizes estabelecidos na PNEPS? Esses processos educacionais têm contribuído para a implantação de cultura organizacional que coloca a segurança do paciente como um dos protagonistas do processo de trabalho em saúde?

Não é propósito das autoras deste capítulo responder a todas essas questões, porém, pretendem contribuir nessa direção, tratando de refletir sobre as bases conceituais da EPS e suas possíveis contribuições para o aperfeiçoamento das práticas do cuidado

e segurança do paciente. Assume-se como pressuposto que os processos educacionais destinados à qualificação da força de trabalho em saúde, se organizados com base nos princípios da educação permanente, terão maior possibilidade de implantar a cultura da segurança do paciente nas organizações de saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

A gestão do trabalho e da educação na saúde tem sido um dos principais desafios enfrentados no processo de construção do SUS, demandando continuada reflexão sobre articulação entre a reorganização das práticas de atenção à saúde nos vários níveis do sistema e as mudanças/transformações necessárias nos processos de formação dos profissionais de saúde em todos os níveis.

De fato, a preocupação com a qualificação dos trabalhadores da saúde e a relação com as necessidades do processo de trabalho não são recentes e estão atreladas à constituição do campo da saúde coletiva no Brasil, com o desenvolvimento de um conjunto de estudos e pesquisas sobre temas, como formação profissional, mercado de trabalho em saúde, modalidades de gestão dos processos de trabalho no âmbito dos sistemas e serviços de saúde etc.⁸.

Tais estudos têm subsidiado o debate em torno das políticas, normas, programas e projetos desenvolvidos nessa área, em diversos níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e de organização do SUS. Nesse sentido, ao longo dos últimos 33 anos, foram formuladas políticas e programas voltados à reorganização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, que criaram a necessidade de promover mudanças na formação de pessoal, quer no âmbito dos cursos de graduação e de pós-graduação, quer no âmbito dos serviços, por meio de ações de educação permanente, bem como demandaram mudanças na gestão e organização dos processos de trabalho⁹.

Gestores, pesquisadores e técnicos que atuavam nessa área contribuíram para a formulação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a NOB-RH – aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicada em 2003⁹ –, documento que oficializou um conjunto de propostas para a gestão do trabalho e da educação na saúde, colocando esse tema como prioridade na agenda governamental.

Em decorrência desse processo, ocorreu a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS, fato que representou o avanço do movimento e amadurecimento da área e ampliou as possibilidades de formulação de políticas governamentais específicas, estimulando parcerias

com instituições e entidades representativas da gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o CNS.

No bojo das iniciativas relevantes, a formulação da PNEPS, compreendida como “uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços”, constituída “num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções”¹⁰⁽²⁰⁾.

Lançada em 2003, e institucionalizada com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004¹¹, a PNEPS estabeleceu diretrizes para sua implementação, fomentando a condução regional da política e a participação interinstitucional e intersetorial.

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996/07¹⁰, a qual propôs novas diretrizes para a PNEPS. Estabelece também um certo alinhamento conceitual para a Educação Permanente ressaltando, inclusive, a importância das relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, bem como as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Direcionada aos trabalhadores e equipes de saúde dos vários níveis organizacionais da rede de serviços, a implementação dessa política objetivou mudanças das práticas técnicas e sociais de saúde, tendo em vista a melhoria da qualidade, a humanização da atenção à saúde da população e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE

O desafio posto diante da complexidade do contexto atual está na compreensão e análise da interface entre as práticas de saúde e os espaços e estratégias de formação e produção de conhecimento, diante do desafio, não tão recente, de integrar ações e relações interdisciplinares e interprofissionais, guiadas pela busca do atendimento das reais necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, é imprescindível compreender a imbricação das áreas do trabalho e educação expressando-se como um campo temático de natureza estratégica, com atividades técnico-científicas permeadas por fenômenos sociais e culturais que não podem ser desconsiderados no debate sobre as organizações de saúde.

A EPS é uma estratégia pensada para articular o processo formativo às necessidades do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde, tomando como objeto a realidade concreta em que os trabalhadores estão inseridos¹². Do ponto de vista pedagógico, a EPS toma como ponto de partida para as ações educativas os problemas identificados no processo de trabalho, com ênfase na resolução de problemas, Ou seja, é uma abordagem pensada para articular a educação ao trabalho, baseando-se em uma prática de ensino-aprendizagem que valoriza o cotidiano dos serviços de saúde, tomando como objeto a realidade concreta em que os atores se inserem (abordagem problematizadora) e de ‘aprendizagem significativa’ (interessada nas experiências pessoais dos alunos). Trata-se, portanto, de valorizar o *locus* do serviço como fonte de questões para pensar a formação contínua dos trabalhadores em saúde. Nesse sentido, reafirma-se a dimensão estratégica da EPS capaz de colaborar com a geração de novos modelos e processos de trabalho nas instituições de saúde por meio da transformação das práticas técnicas e sociais^{13,14}.

Ela é definida como:

[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.⁶⁽²¹⁾

Os pressupostos da EPS contemplam não só o saber acadêmico, mas também um saber individual/grupal que nasce da experiência e das vivências pessoais. Trata-se da apropriação de um saber tecnológico como construção ativa, integrando a prática e a teoria na resolução de problemas, considerando determinados marcos valorativos. Dessa forma, a ação da formação encontra-se engajada dentro da vida cotidiana da instituição.

Uma contribuição significativa pode ser dada pela Educação Permanente para incitar reflexões e oferecer novas possibilidades e caminhos na temática da Segurança do Paciente. Para Leite, Pinto e Fagundes¹⁵, a EPS pode contribuir na identificação dos desafios e dos nós críticos para a realização do cuidado, promovendo inovações nos processos de trabalho que emergem dos profissionais de saúde a partir do cotidiano das práticas, fomentando o empoderamento e a integração dos trabalhadores por meio de uma lógica não hierarquizada de saberes, fortalecendo a práxis de cuidado e a interprofissionalidade.

Nesse sentido, considera-se a EPS como uma estratégia que deve se relacionar intimamente com a Segurança do Paciente, uma vez que mudanças no cotidiano das organizações de saúde são necessárias para a melhoria da qualidade das ações e

serviços de saúde¹⁶. Corroborando esse pensamento, Wagner et al.¹⁷ afirmam que a aquisição de novos conhecimentos pelos profissionais é uma evidência para a promoção do cuidado seguro nas internações pediátricas, reiterando a Educação Permanente como estratégia para o desenvolvimento de competências para a segurança do paciente. O documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) aponta como objetivo “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados”¹⁸⁽¹³⁾. Contudo, algumas premissas devem ser observadas para que o PNSP alcance o sucesso desejado, tais como: comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; governança plural, ampla, com participação dos atores com acúmulos, aportes e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado¹⁸. A despeito da importância das outras premissas, destacam-se essas duas primeiras na perspectiva de dialogar com o papel central do trabalhador nos processos de trabalho em saúde e da importância da qualificação desse trabalhador. É nesse contexto que a relação entre a PNEPS e o PNSP se torna uma exigência.

O terceiro entre os quatro eixos que sustentam o PNEPS diz respeito à inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação, na pós-graduação na área da Saúde Coletiva e na educação permanente dos profissionais de saúde¹⁸.

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENSINO

Nos últimos anos, a discussão sobre a necessidade de desenvolver a cultura da Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde tem sido mais fortemente evidenciada, tanto na graduação, na pós-graduação, como nos processos educacionais desenvolvidos pelos serviços de saúde. Todavia, apesar dos avanços nessa direção, há de se reconhecer que as formações em saúde ainda não incorporaram o tema com a urgência requerida. Portanto, alguns questionamentos precisam ser revelados na perspectiva de enfrentar os fantasmas: quais têm sido as dificuldades para introduzir conteúdos sobre Segurança do Paciente na educação formal? Quais são as origens dessas dificuldades? Como são conduzidos os processos de ensino-aprendizagem nos currículos ou nos programas educacionais? Como é mediada a aproximação do sujeito aprendiz ao conhecimento? Essa mediação acontece na perspectiva da autonomia do aprendiz e na perspectiva do desenvolvimento e fortalecimento da cultura da Segurança do Paciente na organização?

A leitura do Guia Curricular de Segurança do Paciente, publicado pela OMS¹⁹, revela alguns fatores que têm limitado a inserção dos conteúdos sobre segurança do paciente nos currículos dos cursos da graduação e da pós-graduação em saúde, entre eles: o não

reconhecimento por parte de educadores da área da Saúde de que esses conteúdos devem constar nos currículos desses cursos; professores não familiarizados com o tema – pequena aproximação com a literatura; baixa receptividade para o acolhimento de novas áreas de conhecimento; presença hegemônica de métodos tradicionais de ensino, em que se observa a forte utilização da metodologia da transmissão – o professor transmite e o aluno recebe – em detrimento de outras possibilidades educacionais que estejam respaldadas em concepções pedagógicas problematizadoras, críticas e reflexivas, envolvendo metodologias ativas para a mediação do ensino e da aprendizagem.

Reveladores são os fatores elencados por Marra e Sette no referido Guia Curricular¹⁹, em especial, se considerarmos a formação acadêmica como a base para a prática do futuro profissional da saúde e que as abordagens pedagógicas utilizadas no contexto do ensino-aprendizagem são decisivas na formação de valores para uma nova cultura do cuidado em saúde²⁰.

Nos processos educativos promovidos pelos serviços de saúde, as dificuldades não são menores nem diferentes. No entanto, o reconhecimento dessas dificuldades não nos impede de dizer que os processos de capacitação podem contribuir para o incremento da cultura de Segurança do Paciente nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil.

Não é fácil mudar a cultura de uma organização. Não basta mudar as regras, normas ou leis, este é um movimento que exige mudanças de pensamentos e de atitudes. A implantação de um Programa de Segurança do Paciente requer, necessariamente, mudanças de atitudes dos profissionais. Nesse sentido, reafirma-se que a EPS pode ser uma aliada potente para o desenvolvimento da cultura de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

Todavia, a relação entre esses dois programas somente terá resultados positivos se a EPS for compreendida em sua dupla dimensão: a de política de educação na saúde e a de prática de ensino-aprendizagem. Nesta segunda dimensão, ela deve se ancorar em “metodologias ativas, ensino por descobertas e métodos problematizadores, numa perspectiva crítica e democrática de construção de conhecimentos e de aprendizagens significativas”⁷⁽¹⁶¹⁾, com a pretensão de dar conta da complexidade do contexto em que ocorrem a produção e a gestão dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo os trabalhadores como sujeitos sociais capazes de promover mudanças nas práticas de saúde desenvolvidas nas instituições, desencadeando processos que potencializem o binômio instituinte-instituído, alinhados aos propósitos

de mudança e crescimento organizacional²¹, este artigo procurou refletir sobre a importância de incorporar, nos processos formativos em saúde, conteúdos que discutam a segurança do paciente. Ressaltou que essa discussão deve estar presente tanto nos currículos dos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde, com a incorporação de componentes que ajudem a formar os profissionais com os perfis requeridos pelo sistema de saúde, como nos processos vinculados à EPS.

Ao se considerar a complexidade dos processos de trabalho em saúde, observa-se o quão é imperativa a inclusão do tema Segurança do Paciente nas ações educativas destinadas aos trabalhadores que labutam nos serviços de saúde, na perspectiva do aperfeiçoamento das práticas para prevenir erros e qualificar o cuidado nas unidades de saúde, tendo em vista minimizar a ocorrência dos eventos adversos.

Nesse sentido, faz-se importante desencadear estratégias educacionais para a implementação de ações que aumentem a adesão dos profissionais de saúde ao projeto de promoção da segurança do paciente. Para isso, o protagonismo dos sujeitos que operam as políticas é fundamental, assim como a gestão compartilhada dos processos que envolvem mudança de cultura organizacional pode ser uma estratégia que produza efeitos positivos nas instituições, fortalecendo a cultura da segurança do paciente nestas.

Referências

1. Brasil. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. World Health Organization. Patient safety research: introductory course – Session 1. What is patient safety? [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2021 Aug 4]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course
4. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery. 2014;18(1):122-9.
5. Oficina de trabalho monitoramento e avaliação da EPS nos estados [Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2019 [citado 2021 ago 4]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/9619-pneps>

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
7. Castro JL, Vilar RLA, Liberalino FN. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2018. 161 p.
8. Pinto ICM, Nunes TCM, Belisário AS, Campos FE. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: Paim J, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 611-24.
9. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde Debate. 2019; 43(n. esp 1):12-23.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 20 ago. 2007; Seção 1:34-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 fev. 2004; Seção 1:37-41.
12. Davini MC. Educación permanente em salud. Organización Panamericana de La Salud; 1995. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, n. 38.
13. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Washington: OPS/OMS; 2002. Serie observatorio de recursos humanos de salud, nº 3.
14. Roschke MA, Brito P, Palacios MA. Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador. Washington: OPS/OMS; 2002. Série Paltex, n. 44.
15. Leite CM, Pinto ICM, Fagundes T. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? Trab. Educ. Saúde. 2020;18:1-15.
16. Frates Cauduro FL, Kindra T, Ribeiro ER, da Mata JAL. Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. Espac. Saude [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 7];18(1):150-6. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/3551>

17. Wagner W, Silva MUM, Peres MA, et al Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para a enfermagem pediátrica. Rev. Gaúcha Enferm. 2017;38(1):e68020.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília : Ministério da Saúde; 2014. p. 13-4.
19. Organização Mundial da Saúde. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia; 2016.
20. Sampaio ATL. Formação e Educação Permanente em Saúde: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. In: Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: Una; 2016. 233 p.
21. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, Abrasco, 1992. 226 p.

EIXO 1
FERRAMENTAS EDUCACIONAIS PARA INCLUSÃO DA TEMÁTICA
NAS GRADES CURRICULARES DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
DOS CURSOS DE SAÚDE

ENSINO DA SEGURANÇA DO
PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO
BRASIL

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá¹

Juliana Santana de Freitas²

1 Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília. ORCID 0000-0003-0562-8975. E-mail: tb.paranagua@gmail.com

2 Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Ensino, Hospital Israelita Albert Einstein. ORCID 0000-0002-9839-8672. E-mail: juliana.defreitas@einstein.br

Resumo

Diversas organizações internacionais têm publicado recomendações para instrumentalizar gestores e educadores para promoverem mudanças no ensino, com ênfase à inserção da temática segurança do paciente nos programas curriculares. Um dos maiores desafios não está na definição das competências ou na criação de políticas ou diretrizes, e, sim, na implementação curricular. Na intenção de auxiliar esse processo, o presente capítulo teve como objetivo listar as principais recomendações internacionais para o ensino da segurança do paciente e suas competências, trazer uma perspectiva de revisão de conteúdos e de inserção da temática segurança do paciente nos programas curriculares da área da saúde e apresentar algumas metodologias utilizadas para o ensino da segurança do paciente. Seguem como desafios: o aprofundamento dessa discussão nos campos do ensino técnico e de pós-graduação, a necessidade de promover espaços de aprendizagem interdisciplinares e o compromisso institucional para a promoção de mudanças curriculares, incluindo a formação docente na área de segurança do paciente e para o uso de metodologias ativas. Acrescenta-se que a produção de material que ofereça suporte a um processo nacional e efetivo de mudança curricular em prol da formação de profissionais críticos, reflexivos e a contento de um cuidado efetivo, respeitoso e seguro deve ser contínuo.

Palavras-chave: Capacitação de recursos humanos em saúde. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Currículo. Ensino.

INTRODUÇÃO

O movimento pela segurança do paciente surgiu na agenda internacional nas últimas décadas, quando estudos apontaram a magnitude e o ônus dos cuidados inseguros em todo o mundo¹⁻¹⁰. Nesse movimento, diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm dado destaque para a formação dos profissionais de saúde com competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) relevantes para a segurança do paciente^{11,12}.

A evolução do cuidado em saúde tem demandado novos currículos e novas formas de pensar e fazer a educação dos profissionais. O cuidado está cada dia mais complexo, de maior risco, mais caro e dependente de tecnologia sofisticada, do gerenciamento de informações, da habilidade de análise, síntese e de tomada de decisão crítica – tudo isso associado ao atendimento de pacientes mais graves e mais exigentes¹³. Tal contexto desafia os profissionais de saúde à união de experiência clínica, estabilidade emocional, agilidade e efetividade, além da assistência direta e coordenação de pessoas e

ações¹⁴. Desafia também as instituições de ensino, os gestores de cursos de graduação e pós-graduação em saúde e os educadores a transformarem o ensino, que, no modelo atual, não tem se alinhado oportunamente à evolução do cuidado¹⁵.

O ensino dos profissionais de saúde é uma ferramenta vital para o alcance de maior segurança do paciente, entretanto, tem sido subutilizada e desvalorizada. Tradicionalmente, o ensino oferece mínima atenção à relevância da segurança do paciente; e, como consequência, observa-se a inexistência de ética profissional de que as responsabilidades devam se estender além do cuidado de pacientes individuais para garantir que seu serviço seja seguro. Há, também, pouca compreensão da natureza do risco nos cuidados de saúde e da necessidade de fortalecer os sistemas, assim como ênfase mínima no valor do trabalho em equipe e da comunicação para proteger os pacientes de danos¹².

Existem diversas barreiras para assegurar que a segurança do paciente seja um componente da formação dos profissionais de saúde. Dentre elas, destacam-se: falta de familiaridade dos educadores com o ensino da segurança do paciente, que é uma nova área de conhecimento e aprendizagem; relutância das instituições em ensinar conhecimento fora das disciplinas clínicas; falha da educação em acompanhar os avanços tecnológicos e do sistema para um cuidado seguro¹².

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da OMS, reitera a relevância do ensino para o alcance de cuidados seguros e de qualidade; e prevê que, até 2030, 80% dos países tenham incorporado o currículo de segurança do paciente nos programas de formação de profissionais de saúde¹².

Diversas organizações internacionais têm publicado recomendações para instrumentalizar gestores e educadores para mudanças no ensino. Observa-se que o desafio não está na definição das competências ou na criação de políticas, diretrizes ou currículos, e, sim, na sua implementação.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A projeção de currículos baseados em competências tem sido indicada como ferramenta para a transformação do ensino dos profissionais de saúde¹⁵. Competência profissional na área da saúde é entendida como a capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos científicos, habilidades clínicas e valores necessários para prevenir e resolver questões de saúde em situações específicas do exercício profissional. Ela é passível de desenvolvimento, é transitória e dependente do contexto¹⁶.

A seguir, serão apresentadas, em ordem cronológica, algumas das principais recomendações internacionais para o ensino da segurança do paciente e desenvolvimento de suas competências, conforme instituição/organização proponente.

Institute of Medicine – IOM (Instituto de Medicina)

O IOM (atualmente denominado National Academy of Medicine – NAM) foi fundado em 1970 com a missão de melhorar a saúde para todos, avançando a ciência, acelerando a equidade na saúde e fornecendo conselhos independentes, autorizados e confiáveis em nível global. Desde o ano de 1996, produziu os relatórios mais importantes da atualidade sobre qualidade e segurança do paciente, entre eles, *To Err is Human: Building a Safer Health system*, publicado no ano 2000¹⁰, considerado o grande marco do movimento pela segurança do paciente.

Em 2003, o relatório *Health Professions Education: A Bridge to Quality* apontou uma nova visão para a educação das profissões da saúde, centrada em um compromisso, em primeiro lugar, de atender às necessidades dos pacientes. O relatório enfatizou a imperatividade de reforma da educação dos profissionais de saúde para melhoria da qualidade do cuidado e estabeleceu cinco competências que todos deveriam possuir, independentemente de sua categoria profissional, para atender às necessidades do sistema de saúde do século XXI¹⁷: i) fornecer cuidados centrados no paciente; ii) trabalhar em equipes interdisciplinares; iii) empregar a prática baseada em evidências; iv) aplicar melhoria de qualidade; v) utilizar informática.

Essas competências podem ser consideradas um núcleo central e compõem uma visão global para todos os programas e instituições envolvidas na educação clínica dos profissionais de saúde.

Australian Council for Safety and Quality in Health Care – ACSQHC (Conselho Australiano de Segurança e Qualidade nos Cuidados de Saúde)

O ACSQHC foi estabelecido em janeiro de 2000, na Austrália, para liderar esforços voltados à melhoria da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados de saúde, com foco particular em tornar mínima a probabilidade de erros e danos. Seguindo esse objetivo, o órgão publicou o *National Patient Safety Education Framework*, uma diretriz que delinea conhecimentos, habilidades, comportamentos, atitudes e desempenho esperados de todos os profissionais de saúde em relação à segurança do paciente¹⁸.

Os seguintes princípios sustentam os tópicos de aprendizagem da diretriz: i) comunicar de forma eficaz; ii) identificar, prevenir e gerenciar eventos adversos e quase-erros

(*near misses*); iii) usar evidências científicas e informações; iv) trabalhar com segurança; v) ser ético; vi) aprendizagem contínua; vii) prevenir local errado, procedimento errado e tratamento errado do paciente; viii) medicar com segurança¹⁸.

A diretriz é acompanhada por extensa bibliografia que contém uma síntese da literatura utilizada em seu desenvolvimento. Trata-se de um modelo a partir do qual instituições, gestores e educadores podem desenvolver currículos e programas educacionais¹⁸.

Canadian Patient Safety Institute – CPSI (Instituto Canadense de Segurança do Paciente)

O CPSI é um instituto criado para inspirar e promover uma cultura comprometida com a melhoria sustentada para cuidados de saúde mais seguros no Canadá. Reconhecendo o papel vital da educação dos profissionais de saúde para a segurança do paciente em todos os cenários e níveis de cuidado, o instituto desenvolveu uma diretriz intitulada *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, cuja primeira edição foi publicada em 2008, tendo sido revisada no ano de 2020¹⁹.

Essa diretriz apresenta uma estrutura interprofissional e está organizada em seis domínios, sinérgicos e relacionados, que podem orientar o ensino, a aprendizagem, a pesquisa e a prática, a saber¹⁹: i) cultura de segurança do paciente; ii) trabalho em equipe; iii) comunicação; iv) segurança do paciente, risco e melhoria da qualidade; v) otimizar fatores humanos e sistêmicos; vi) reconhecer, responder e revelar incidentes de segurança do paciente.

As competências de segurança do paciente do CPSI foram construídas em termos de habilidades nesses seis domínios, que descrevem o que é esperado no momento de saída dos graduados¹⁹.

Institute for Healthcare Improvement – IHI (Instituto para Melhoria da Saúde)

O IHI foi fundado em 1991, focado na identificação e disseminação de melhores práticas em saúde. Parte de suas ações está voltada à educação dos profissionais de saúde; para tanto, o instituto conta com o *Open School*, um programa de cursos *on-line*, cujo escopo é contribuir para a formação e aquisição de conhecimentos, ao nível da melhoria da qualidade e da segurança do paciente²⁰.

Aproximadamente 30 cursos, organizados em 6 módulos principais, estão disponíveis em inglês: i) melhoria da qualidade; ii) segurança do paciente; iii) liderança; iv) cuidado centrado na pessoa e na família; v) *Triple-aim* para populações; vi) educação médica. Parte dos cursos está disponível também em português, espanhol e francês,

graças a parcerias estabelecidas entre o IHI e instituições de outros países²⁰. Os cursos são gratuitos tanto para estudantes, residentes e docentes quanto para membros de países menos desenvolvidos, como o Brasil²⁰.

European Union Network for Patient Safety – EUNetPaS (Rede da União Europeia para a Segurança do Paciente)

Em 2010, o *General Guide for Education and Training in Patient Safety* foi publicado como resultado da colaboração europeia para segurança do paciente. O guia propõe que os profissionais de saúde, considerando o seu papel na prestação de cuidados, sejam capazes de: utilizar conhecimento, habilidades e comportamentos para a segurança do paciente; garantir a segurança do paciente; adotar metodologia de trabalho baseada em sistemas; permitir uma cultura de segurança do paciente; e definir a direção para cuidados de saúde de qualidade e seguros²¹.

Sete princípios são estabelecidos para sustentar a aprendizagem que apoiará a segurança do paciente²¹: i) centrada no paciente; ii) aplicável a todas as configurações e ambientes em que a segurança do paciente seja uma preocupação; iii) assunto de todos os profissionais de saúde; iv) orientada para a equipe multiprofissional; v) multidimensional, desenvolvendo comportamentos, conhecimentos e habilidades; vi) contexto específico, considerando a centralidade e relevância do local de trabalho; vii) atividade profissional contínua. Esses princípios evidenciam a necessidade de aprendizado colaborativo que fornecerá um canal para apoiar a segurança do paciente²¹.

O guia da EUNetPaS foi concebido como uma ferramenta prática e possui uma versão *on-line*, que visa aumentar a sua facilidade de uso²¹.

World Health Organization – WHO (Organização Mundial da Saúde – OMS)

A OMS, comprometida com a segurança do paciente em todo o mundo, tem explorado nas últimas décadas as ligações entre a educação da força de trabalho e a segurança dos sistemas de saúde. Como resultado, em 2011, a OMS publicou o *WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, que fornece aos estudantes de medicina, enfermagem, obstetrícia, odontologia, e farmácia a aprendizagem essencial sobre segurança do paciente, para que possam praticar todas as suas atividades de forma segura¹¹.

O guia da OMS foi elaborado para ser integrado aos currículos existentes para formação de profissionais de saúde e para atender às necessidades de cada instituição de ensino, nas diferentes culturas e contextos¹¹. Duas partes compõem o guia, sendo a

Parte A o guia do professor, e a Parte B os 11 tópicos de segurança do paciente a serem ensinados, conforme descritos abaixo:

- i. O que é segurança do paciente?
- ii. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
- iii. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.
- iv. Atuar em equipe de forma eficaz.
- v. Aprender com os erros para evitar danos.
- vi. Compreender e gerenciar o risco clínico.
- vii. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
- viii. Envolver pacientes e cuidadores.
- ix. Prevenção e controle de infecções.
- x. Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
- xi. Melhorar a segurança do paciente no uso de medicação.

Para a introdução dos tópicos nos currículos dos cursos, a OMS recomenda três passos: descrever os resultados de aprendizagem esperados, identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança do paciente e realizar as mudanças a partir do que já está sendo contemplado¹⁴. O Guia Curricular Multiprofissional foi traduzido para o português de Portugal, em 2011, pela Divisão de Segurança do Doente de Portugal; e para o português do Brasil, em 2016, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Quality and Safety Education for Nurses Institute – QSEN (Instituto de Educação de Qualidade e Segurança para Enfermeiros)

O valor das competências de qualidade e segurança do paciente no ensino de enfermagem é inquestionável. Parte importante dos eventos adversos experimentados por pacientes estão associados aos cuidados de enfermagem, dado o volume de profissionais, a centralidade no cuidado e a proximidade dessa equipe no atendimento²².

Nos Estados Unidos da América, em 2005, uma iniciativa denominada *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) foi lançada com o objetivo de definir nova identidade para os enfermeiros, que demonstrasse conhecimentos, habilidades e atitudes que enfatizassem a qualidade e a segurança do paciente durante o atendimento²³.

O projeto desenvolvido pelo QSEN Institute foi baseado em recomendações do relatório do IOM de 2003, *Health Professions Education*, e concentrou-se na definição de seis competências de qualidade e segurança do paciente para a enfermagem: i) cuidados centrados no paciente; ii) prática baseada em evidências; iii) trabalho em equipe e colaboração; iv) melhoria da qualidade; v) segurança; vi) informática. Um diferencial

das competências QSEN, quando comparadas às demais existentes, é a organização em uma estrutura pedagógica, composta por conceito e lista de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a serem desenvolvidas nos estudantes, que norteiam gestores e educadores na aplicação no ensino²⁴.

Apesar da existência de diversas recomendações para o ensino da segurança do paciente, estudos mostram que a influência dessas iniciativas nos currículos existentes tem sido muito limitada¹². As competências QSEN e um instrumento para avaliação da inserção das competências nos currículos foram traduzidos para o português, em 2020, por pesquisadoras da Universidade Federal de Goiás e disponibilizados para acesso gratuito no *website* do instituto²⁵.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS BRASILEIRAS PARA A INSERÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS PROGRAMAS CURRICULARES

O papel da formação dos profissionais de saúde com competências relevantes para a segurança do paciente também é reconhecido nacionalmente. No Brasil, um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, publicado em 2013, é promover a inclusão do tema segurança do paciente nos conteúdos disciplinares dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde²⁶.

Desde a publicação da Resolução nº 569/2017, a inserção da temática segurança do paciente nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde é uma orientação que traz a necessidade de formar profissionais de saúde capazes de atuar com base nas melhores evidências científicas, compromissados com a redução de agravos e iatrogenias, em convergência ao Programa Nacional de Segurança do Paciente²⁷.

Apesar da existência dessa diretriz, pesquisas realizadas no País na última década apontam que ainda há longo caminho a ser percorrido. Estudo bibliométrico publicado no ano de 2017, que analisou a produção científica nas línguas portuguesa e inglesa, entre 2010 e 2014, relacionada com o ensino do tema segurança do paciente nos cursos de graduação da área da saúde a nível mundial, identificou 52 artigos, dos quais apenas 1 publicado no Brasil²⁸.

No ano de 2015, uma análise de projetos pedagógicos de cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina de universidade pública de São Paulo apontou que o ensino sobre segurança do paciente era fragmentado, necessitando de aprofundamento e amplitude conceitual²⁹.

Silva, em 2016, investigou o ensino dos 11 tópicos de segurança do paciente do Guia Curricular da OMS, por meio de avaliação curricular de 12 cursos de graduação em

saúde, somando mais de 1.288 disciplinas, e observou uma variabilidade na frequência dos tópicos. Os tópicos mais presentes foram: “Interação com os pacientes e cuidadores”; “Ser um participante de uma equipe eficaz” e “Prevenção e Controle de Infecção”. Destaca-se que o tópico “Aprendendo com o erro para evitar danos” não foi identificado em nenhuma das disciplinas dos diferentes cursos analisados³⁰.

Cauduro e colaboradores verificaram a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia, de uma instituição pública da região sul do Brasil, sobre a segurança do paciente, e observaram que a maioria dos estudantes (64%) relatou não ter tido aprendizado formal sobre o tema³¹.

Estudos nacionais também apontam para o uso de metodologias tradicionais de ensino, ineficientes para o ensino da segurança do paciente. Em pesquisa qualitativa com graduandos em enfermagem, os estudantes expressaram considerável insatisfação com a abordagem dos problemas de segurança do paciente em sala de aula. A percepção dos estudantes era que os docentes utilizavam a maior parte das horas de aula ensinando a fisiopatologia das doenças, prognóstico e tratamento e que, como consequência, não havia tempo suficiente para discutir questões de segurança do paciente³².

A formação de profissionais de saúde é um sistema complexo, que sofre influência de inúmeros variáveis referentes às práticas de ensino, aos diferentes conteúdos, à disponibilidade de recursos físicos, humanos e financeiros, ao método de trabalho, à realidade institucional, entre outros fatores³³. Entretanto, independentemente das estruturas disponíveis, o processo de formação dos profissionais deve ser construído na perspectiva do cuidado centrado no paciente e participação social para garantir uma assistência segura em todos os níveis de atenção²⁷, atendendo aos princípios da educação transformativa e interprofissional, o que demanda mudanças urgentes nos projetos pedagógicos dos cursos³⁴.

Tais mudanças implicam, primeiramente, a necessidade de qualificação de docentes em segurança do paciente, de modo que comecem a integrar o ensino dessa temática em suas atividades educacionais. A capacitação do corpo docente exige tempo e deve ser um compromisso institucional¹¹.

Outro importante passo para a incorporação do tema segurança do paciente na grade curricular é conhecer o que já é ensinado no respectivo curso e discutir coletivamente sobre as possíveis mudanças curriculares. Para tanto, é necessário conhecer os programas de aprendizagens, identificar os conteúdos de segurança do paciente contidos nesses programas, criar oportunidades e/ou aprofundar um determinado tema^{35,36}. É importante destacar que existem conteúdos de segurança do paciente considerados

novos e que deverão ser acrescentados ao currículo existente. Todavia, muitos aspectos da temática podem ser adicionados ou aprofundados em uma disciplina a partir de um assunto ou tópico já existente¹¹.

Estudo realizado com docentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública brasileira, no ano de 2014, demonstrou que os docentes estão envolvidos com o tema, mas não há integração entre as unidades curriculares e séries. O estudo mostrou, ainda, a necessidade de revisar o projeto pedagógico do curso para alinhar conteúdos, metodologias de ensino e estratégias de avaliação e, assim, favorecer o desenvolvimento de competências relacionadas com a segurança do paciente³⁷.

O Quadro 1 mostra um exemplo de como pode ser feito o mapeamento do currículo, a partir das disciplinas já existentes, a fim de identificar as oportunidades de incorporar, de forma integrada, os conceitos de segurança do paciente.

Quadro 1. Exemplo de mapeamento dos conteúdos de segurança do paciente nos programas de aprendizagem existentes no curso

Sessão/ área do currículo	Ano	Onde está o conteúdo de segurança do paciente?	Aprendizagem potencial de segurança do paciente	Como a segurança do paciente está sendo ensinada?	Como a segurança do paciente está sendo avaliada?	Comentários
Ética	1	Respeito pela autonomia do paciente	Honestidade após um evento adverso	Aula expositiva	Dissertação sobre ética, questões de múltipla escolha, exame clínico obje- tivo estruturado por estações	Muitos princípios de segurança têm uma base ética que pode ser usada para explicitar que se trata de uma aula de segurança do paciente

Fonte: Guia Curricular Multiprofissional de Segurança do Paciente da OMS³⁸.

Nessa perspectiva, as instituições de ensino devem mapear os pontos que já são ensinados e identificar as oportunidades de incluir os princípios e conceitos novos, baseando-se nas diretrizes do Guia Curricular da OMS¹¹. O Quadro 2 traz uma proposta de termos rastreadores para identificação de conteúdo sobre segurança do paciente, para cada um dos tópicos recomendados pela OMS.

Quadro 2. Termos rastreadores para identificação de conteúdo de segurança do paciente nos programas de aprendizagem, conforme Guia Curricular da OMS

Tópico 1 – O que é a segurança do paciente	
Visão geral do que é segurança – conceitos e definições	Custos humanos e econômicos associados a eventos adversos
Teoria de sistemas	
História da segurança do paciente Evento adverso	Causas dos erros Modelo do queijo suíço Cultura de culpa Cultura de segurança Modelos de segurança
Erros em saúde Falhas nos sistemas	
Diferença entre falhas, violação e erro	Cuidado centrado no paciente
Tópico 2 – Razões pelas quais a aplicação dos fatores humanos é importante para a segurança do paciente	
Conceitos de falibilidade humana e perfeição	Ambiente de trabalho e seus ruídos
Sistemas	Relação homem-máquina e a segurança no uso de equipamentos
Ergonomia	Estratégias de comunicação no ambiente de trabalho
Fatores humanos	Redesenho de processos
Fadiga e estresse no desempenho profissional	
Tópico 3 – Entendimento dos sistemas e do efeito de complexidade no cuidado ao paciente	
Conceito e definição de sistemas e sistemas complexos	Processos de trabalho
Sistema de saúde Estrutura organizacional	Defesas e barreiras nos sistemas Compreensão e gestão do risco clínico Autoridade com responsabilidade Interdisciplinaridade
Falhas no sistema e mecanismos de investigação dos fatores	Organizações de alta confiabilidade
Tópico 4 – Ser um participante de uma equipe eficaz	
O que é equipe	Liderança eficaz
Os diferentes tipos de equipe encontrados na atenção à saúde	Características de equipes de sucesso Comunicação eficaz e ferramentas de comunicação Resolução de conflitos
Valores, papéis e responsabilidades Estilos de aprendizagem Habilidades auditivas	
Coordenação de equipes	Avaliação do desempenho do trabalho em equipe
Tópico 5 – Aprendendo com os erros para evitar danos	
Erros	Como aprender com os erros Relatório de incidentes Análise de evento adverso
Principais tipos de erros Violação, erro, quase erro	
Situações que aumentam os riscos de erros	Estratégias para redução de erros
Fatores individuais que predispõe ao erro	

Tópico 6 – Compreensão e gestão de riscos clínicos	
Gestão de riscos – definições	Eventos sentinela
Como entender e gerenciar riscos clínicos Notificação de quase erros	Comunicação de riscos e perigos no local de trabalho Organização e ambiente de trabalho Credenciamento, licenciamento e acreditação
Relatório de erros Monitoramento clínico	Responsabilidades profissional e individual na gestão de riscos
Programas de treinamento para avaliar riscos clínicos	Fadiga e estresse
Notificação e monitoramento de incidentes	Comunicação e má comunicação
Tipos de incidentes	
Tópico 7 – Utilização de métodos de melhoria da qualidade para a melhoria da assistência	
Teoria do conhecimento	Indicadores
Conceitos básicos de mudança	Variação, métodos para a melhoria da qualidade
Conceitos de Deming	Medidas de resultados
Sistema de gestão com foco na melhoria dos processos	Medidas de processo
Melhoria contínua Ciclo PDSA/PDCA	Medidas de compensação
Ferramentas de qualidade: fluxograma, diagrama de Ishikawa, gráfico de Pareto, histograma	Melhoria da prática clínica
	Análise de causa-raiz
	Análise dos modos e efeitos de falha
Tópico 8 – Interação com pacientes e cuidadores	
A voz do consumidor	Respeito às diferenças de cada paciente, crenças religiosas, culturais e pessoais e necessidades individuais
Direitos dos pacientes	Privacidade e autonomia do paciente Responsabilidade e família
Legislações de proteção do consumidor e direitos dos usuários do sistema de saúde	Formas de envolver os pacientes e profissionais nas decisões de saúde
Reclamações	Pedido de desculpas Processo de revelação aberta
Medo	Implicações
Educação	
Princípios da boa comunicação	
Ferramenta de comunicação: SPIKE, SEGUE, SPEAK UP	

Tópico 9 – Prevenção e controle de infecções	
<p>Infecção associada a cuidados de saúde</p> <p>Precauções para prevenir e controlar as infecções</p> <p>Infecções na comunidade</p> <p>Transmissão, transmissão cruzada</p> <p>Alertas de epidemias e pandemias</p> <p>Tipos de transmissão</p> <p>Riscos de infecção</p> <p>Técnicas de assepsia Asséptica</p> <p>Precauções-padrão</p> <p>Custo econômico associado à infecção</p> <p>Equipamentos de proteção individual</p>	<p>Métodos de esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos</p> <p>Organismos multirresistentes Resistência antimicrobiana</p> <p>Recomendações sobre uso único de dispositivos</p> <p>Lavagem de mãos</p> <p>Guidelines: usos de luvas, isolamento, CDC Imunizações, vacinas</p> <p>Programa OMS: <i>Clean Care is Safe Care</i> – Campanha para higienização de mãos</p> <p>Controle do uso de antimicrobianos</p>
Tópico 10 – Segurança do paciente e procedimentos invasivos	
<p>Eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos</p> <p>Complicações no sítio cirúrgico Infecção em sítio cirúrgico</p> <p>Controle de infecção no cuidado cirúrgico Fatores preexistentes para ocorrência de erros Falhas de comunicação entre equipes</p>	<p>Trabalho em equipe Agravos cirúrgicos Paramentação cirúrgica Lateralidade</p> <p>Práticas que reduzem riscos, como: timeout, briefing, debriefing, assertividade, sistemas de transmissão de informação</p> <p>Gerenciamento do paciente em sala operatória</p>
Tópico 11 – Melhora na segurança da medicação	
<p>Sistema de medicação e processo de prescrição, distribuição e administração</p> <p>Fármacos</p> <p>Controle de uso de antimicrobianos</p> <p>Regulamentação dos medicamentos</p> <p>Acesso do usuário aos medicamentos</p> <p>Sistema de notificação de eventos adversos</p> <p>Efeito colateral</p> <p>Reação adversa ao medicamento</p> <p>Potencial e real interação droga-droga, droga-alimento</p> <p>Erros de medicação e seus tipos</p> <p>Consequências ao paciente Fontes de erros e</p>	<p>Monitoramento do paciente e avaliação de parâmetros clínicos</p> <p>Prescrição Administração</p> <p>Os cinco certos no sistema de medicação</p> <p>Processo de comunicação seguro entre equipes para minimizar erros</p> <p>Uso de tecnologia para minimizar erros</p> <p>Fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais que predisõem à vulnerabilidade do paciente em uso de medicamentos</p> <p>Conciliação medicamentosa</p> <p>Medicamentos de alta-vigilância (de alto-risco ou potencialmente perigoso)</p>

Fonte: Adaptado de Bohomol, Freitas, Cunha²⁹.

O Guia Curricular da OMS não determina a criação de uma disciplina isolada sobre segurança do paciente no projeto pedagógico do curso, mas destaca a necessidade de integrar a temática às diversas áreas do conhecimento e linhas do cuidado à saúde⁴¹.

Embora haja consenso em relação à importância da segurança do paciente entre as universidades e semelhança nas visões sobre quais conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser ensinados, estudo australiano realizado com coordenadores de 18 universidades mostrou a existência de diferenças na quantidade de tempo alocado, no responsável pelo ensino e aprendizagem e em que ambiente a aprendizagem ocorreu e foi avaliada. Houve poucos indícios da existência de uma abordagem sistemática para aprender a segurança do paciente, com a maioria dos participantes relatando ênfase na aprendizagem aplicada ao controle de infecção e segurança de medicamentos³⁹.

Desse modo, o alerta para a necessidade de reavaliação dos currículos para a incorporação de conceitos e desenvolvimento de competências específicas em segurança do paciente é mundial^{40,40}. Dentro desse movimento, destaca-se a importância de as instituições de ensino técnico e os programas de pós-graduação também se adequarem às novas necessidades, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente²⁶. Apesar de não terem sido encontrados estudos que apontassem o panorama de conteúdos abordados nos cursos técnicos da área de saúde e de pós-graduação, é uma área que precisa ser fomentada.

METODOLOGIAS PARA O ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Diferentes métodos de ensino e estratégias de avaliação são apresentados no guia da OMS, em uma tentativa de direcionar e exemplificar a introdução da temática segurança do paciente nos cursos da área da saúde, com foco nos objetivos pedagógicos e de aprendizagem¹¹

Considerando o ensino da segurança em um formato transversal na grade curricular, observa-se que as instituições de ensino utilizam desde metodologias tradicionais, como aula expositiva, leitura de textos e artigos, até metodologias com uma abordagem mais inovadora, como dramatização, tribunal de júri simulado, simulação de alta e baixa fidelidade, metodologia de projetos e pequenos grupos de atividades com o tutor³⁷.

Quando se avaliam disciplinas específicas/pontuais sobre segurança do paciente, o uso de metodologias ativas tem sido predominante. É importante destacar que, para o ensino de segurança do paciente, recomenda-se a adoção de atividades pedagógicas em que o aluno utilize vários sentidos que desencadeiam emoção, de modo que seu aprendizado seja ativo e que sua participação não fique restrita à modalidade ouvinte, como acontece em uma aula expositiva⁴¹.

Dentre as metodologias indicadas para o ensino da segurança do paciente, o guia da OMS destaca: i) palestras, aulas expositivas interativas, presenciais ou podcasts, com duração máxima de 45 minutos, mediada por um expertise no assunto; ii) aprendizagem em pequenos grupos, a partir da *Problem-Based Learning*, *Team-Based Learning*, problematização, entre outros; iii) aprendizagem baseada na prática e estudo de caso, no ambiente de prática; iv) simulação em laboratório de desenvolvimento de habilidades; v) encenação/dramatização; vi) atividades com criação de um produto na medida em que o processo de aprendizagem acontece, oportunizando aplicação prática do conhecimento⁴¹.

Relato de experiência de uma disciplina de segurança do paciente desenvolvida no curso de graduação de medicina de uma instituição particular do interior de São Paulo, em 2019, utilizou como metodologias de ensino as técnicas de viagem educacional, games, simulação de baixa fidelidade e o *Team-Based Learning*. A avaliação somativa dos alunos mostrou que 92,8% apresentaram notas acima da média, em um ambiente em que os alunos foram protagonistas na construção do seu conhecimento sobre a temática de segurança do paciente, contribuindo com a sua capacidade crítica e reflexiva do cenário de prática⁴².

Dramatização, gameificação, técnicas de simulação e grupos de atividades são metodologias mais conhecidas. Estudo realizado com profissionais médicos na Pensilvânia usou a gameificação como metodologia de orientação para residentes e novos internos, e evidenciou que essa metodologia permitiu aos participantes se engajar na identificação, de forma independente, das ameaças à segurança do paciente e na identificação da atribuição de função da equipe e a comunicação eficaz como as duas ações mais relevantes para garantir a segurança no cenário apresentado⁴³. Apesar de ser uma experiência em ambiente de prática profissional, a gameificação também pode ser promissora aos ambientes de ensino e formação acadêmica, no intuito de desenvolver o raciocínio clínico e crítico.

A viagem educacional é uma ferramenta que tem sido utilizada com o propósito de explicitar emoções e sentimentos; identificar o impacto que determinadas emoções produzem e sua articulação com racionalidades; e, ainda, fazer dialogar emoção e razão com o perfil de competência profissional em processos de capacitação⁴⁴. Na experiência de um curso de medicina em São Paulo, foram realizadas três viagens, utilizando filmes como disparador de sentimentos⁴², o que permitiu a integração emoção/razão a partir dos significados percebidos em contato com as situações de erros representadas, além de trabalhar a humanização e o desenvolvimento da inteligência emocional do aluno⁴⁵.

Convergindo com um dos tópicos fundamentais para o cuidado seguro, o *Team-Based Learning* em ambiente clínico contribui para a melhoria da comunicação inter-

profissional, reduz ações isoladas, gera satisfação no trabalho e respeito entre os envolvidos e, ainda, possibilita maior qualidade e coordenação do atendimento⁴⁶.

A metodologia da sala de aula invertida também é uma técnica utilizada que tem se mostrado eficaz para melhorar a competência em segurança do paciente em termos de conhecimento, habilidades e atitudes de alunos de graduação⁴⁷. Em outros conteúdos na área da saúde, a sala de aula invertida tem sido uma metodologia considerada favorável para a aprendizagem significativa, permitindo a avaliação formativa com feedback assertivo em tempo oportuno para a correção de possíveis desvios⁴⁸.

Scoping review realizada em 2019, conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*, identificou 19 estudos que trouxeram como metodologias inovadoras para o ensino da segurança do paciente na graduação: a simulação, o uso de vídeos, encenação/dramatização e filmes; todas aplicadas na modalidade de ensino presencial⁴⁹. O Quadro 3 traz as potencialidades e as fragilidades de cada uma dessas metodologias.

Quadro 3. Potencialidades e fragilidades de metodologias consideradas inovadoras para o ensino da segurança do paciente

Metodologias inovadoras	Potencialidades	Fragilidades
Cenário de prática assistencial simulada em laboratório	<p>Estudantes podem praticar as habilidades repetidamente, até que se sintam seguros;</p> <p>Permite ao estudante desenvolver habilidades com integração entre teoria e prática, refletindo criticamente sobre seu desempenho, individual e coletivo, em ambiente controlado;</p> <p>Estudantes tornam-se conscientes das lacunas em seu conhecimento, reconhecidas pelas observações e <i>debriefing</i>;</p> <p>Permite treinamento prático por meio de aprendizagem ativa e independente;</p> <p>Permite desenvolver confiança aumentada em uma habilidade específica;</p> <p>Melhora as habilidades de comunicação entre os estudantes.</p>	<p>Diferentes e complexos ambiente clínicos, redução do controle sobre as condições ambientais, necessidade de garantir a segurança do paciente x necessidades de melhoria das habilidades e estresse podem afetar negativamente o processo formativo;</p> <p>A utilização dessa metodologia no currículo é demorada e requer investimento significativo em pessoal e recursos;</p> <p>Requer abordagem cautelosa e planejada, com tempo suficiente para que cada estudante seja observado e receba feedback;</p> <p>Pode não ser adequada a todos os estudantes;</p> <p>Pode não gerar benefícios aos estudantes nem aumento de confiança para atuação em ambiente prático real.</p>

Vídeos educacionais	Contribuições positivas para o treinamento de habilidades com grandes grupos de estudantes; Acesso ilimitado a vídeos <i>on-line</i> como complemento ao ensino da prática clínica está associado a maior aquisição de habilidades e satisfação do estudante.	Uso pode ser associado a métodos de ensino tradicionais, sem substituí-los no treinamento prático de habilidades clínicas; Apesar de reconhecida a eficácia do modelo de treinamento apoiado em multimídia, seu uso permanece limitado.
Encenação / Dramatização	Forma válida de ensino e de fácil acesso, agradável para maioria dos estudantes, que pode fornecer as conexões necessárias para usar o pensamento crítico e julgamentos clínicos sólidos; Possibilita aprendizagem ativa; Filmagem da dramatização oferece oportunidade para refletir sobre o autodesempenho.	Não foram apontadas fragilidades.
Filmes	Permitem tomar consciência sobre as consequências devastadoras dos erros durante a assistência à saúde. A exposição a erros, por meio de filmes, pode sensibilizar o estudante quanto aos seus riscos e possibilidades de evitá-los.	Não foram apontadas fragilidades.

Fonte: Adaptado de Gomes, Salvador, Goulart, Cecilio, Bethony⁴⁹.

Identifica-se que várias são as metodologias que podem ser utilizadas para o ensino da segurança do paciente, variando de uma abordagem mais tradicional a uma abordagem mais inovadora³⁷. Embora seja importante a utilização de diferentes estratégias, as metodologias ativas devem ganhar atenção especial para a incorporação do ensino de segurança do paciente³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino da segurança do paciente ainda representa um campo teórico que precisa ser aprofundado, uma vez que são poucas as pesquisas que mostram a incorporação dessa temática nos projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde.

As pesquisas existentes apontam que, mesmo em instituições em que o ensino da segurança do paciente acontece, a temática não está incorporada de forma efetiva, já que lacunas de conteúdos são identificadas na análise curricular. Tal realidade denota a importância desse movimento ser um compromisso institucional, que ofereça suporte à formação docente tanto para a temática segurança do paciente quanto para o ensino baseado em metodologias ativas.

A promoção de mudanças curriculares também deve receber apoio institucional, em um compromisso coletivo entre gestores, docentes e discentes, a fim de pensar nas melhores estratégias a serem desenvolvidas para a inserção da temática segurança do

paciente, visando à formação de um profissional com competências específicas para o cuidado seguro, conforme as exigências atuais e necessárias para a sociedade.

É importante destacar a necessidade de promover espaços de aprendizagem interdisciplinares, possibilitando a troca de saberes, o respeito entre as profissões, bem como a valorização de cada especialidade e do trabalho em equipe.

Incentiva-se a ampliação dessa discussão para os campos do ensino técnico e pós-graduação, na perspectiva de acolher todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde, bem como auxiliar no processo de identificar e sanar lacunas de formação durante o processo de formação continuada.

As competências para a segurança do paciente e suas respectivas organizações diretas foram apresentadas, bem como alguns desafios e perspectivas para a inserção da temática segurança do paciente na formação acadêmica. Entretanto, o conteúdo expresso não esgota a necessidade de continuar investigando e produzindo material para subsidiar um processo nacional e efetivo de mudança curricular, em prol da formação de profissionais críticos, reflexivos e a contento de um cuidado efetivo, respeitoso e seguro.

Referências

1. Akbari Sari A, Doshmangir L, Torabi F, Rashidian A, Sedaghat M, Ghomi R, et al. The Incidence, Nature and Consequences of Adverse Events in Iranian Hospitals. *Arch Iran Med.* 2015;18(12):811-5.
2. Aranaz-Andrés J, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf.* 2011;20(12):1043-51.
3. Baker G, Norton P, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-86.
4. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J.* 2002;115(1167):U271.
5. James J. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013;9(3):122-8.
6. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(4):279-84.
7. Rafter N, Hickey A, Conroy R, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse

Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:111-9.

8. Wilson R, Runciman W, Gibberd R, Harrison B, Newby L, Hamilton J. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458-71.

9. Wilson R, Michel P, Olsen S, Gibberd R, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ.* 2012;344.

10. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

11. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2021 Jun 26]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1

12. World Health Organization. Draft Global Patient Safety Action Plan 2021– 2030: Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5

13. Institute of Medicine. *The future of nursing: leading change, advancing health* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2011 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/>

14. Paiva K, Santos Junior W. Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(6):899-908.

15. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58.

16. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-35.

17. Institute of Medicine. *Health professions education: a bridge to quality.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.

18. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Patient Safety Education Framework [Internet]. Sidney: ACSWHC; 2005 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/framework0705.pdf>

19. Canadian Patient Safety Institute. *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions* [Internet]. Edmonton, Alberta: CPSI; 2020 [cited 2021 Jun 26]. Available

from: https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/CPSI-SafetyCompetencies_EN_Digital.pdf

20. Institute for Healthcare Improvement. IHI Open School Patient Safety Curriculum [Internet]. IHI Open School; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <http://www.ihi.org/education/IHIOpenSchool/Courses/Pages/2019-IHI-Open-School-Patient-Safety-Curriculum.aspx>

21. European Union Network for Patient Safety. A general guide for education and training in patient safety [Internet]. Brussels: EUNetPas; 2010 [cited 2021 Jun 26]. Available from: http://www.eu-patient.eu/globalassets/projects/eunetpas/guidelines_final_22-06-2010.pdf.

22. Dubois C, D'Amour D, Pomey M, Girard F, Brault I. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*. 2013;12(7).

23. Altmiller G, Dolansky MA. Quality and safety education for nurses: looking forward. *Nurse Educ*. 2017;42(5S):S1-S2.

24. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;55(3):122-31.

25. Freitas J, Silva A. QSEN Competencies Translated in Portuguese [Internet]. QSEN Institute; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://qsen.org/competencies/>

26. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. *Diário Oficial da União*. 26 fev. 2018; Seção 1:85-90.

28. Gonçalves N, Siqueira L, Caliri M. Teaching patient safety in undergraduate courses: a bibliometric study. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017;25.

29. Bohomol E, Freitas M, Cunha I. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface*. 2016;20(58):727-41.

30. Silva A. Segurança do paciente no ensino de graduação: subsídios para repensar as disciplinas na perspectiva do Guia Curricular Multiprofissional da Organização Mundial da Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

31. Cauduro G, Magnago T, Andolhe R, Lanes T, Ongaro J. Patient safety in the understanding of health care students. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e64818.

32. Vaismoradi M, Salsali M, Marck P. Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *Int Nurs Rev.* 2011;58:434-42.
33. Freitas D, Santos E, Lima L, Miranda L, Vasconcelos E, Nagliate P. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu).* 2016;20(57):437-48.
34. Cassiani S, Wilson L, Mikael S, Morán Peña L, Zarate Grajales R, McCreary L, et al. A Situação da Educação em Enfermagem na América Latina e no Caribe Rumo à Saúde Universal. *Rev Lat Am Enferm.* 2017;25(e2913).
35. Bim L, Bim F, Silva A, Sousa A, Hermann P, Andrade D, et al. Theoretical-practical acquisition of topics relevant to patient safety: dilemmas in the training of nurses. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20170127.
36. Melleiro M, Tronchin D, Lima M, Garzin A, Martins M, Cavalcante M, et al. Thematic patient safety in the curricular matrices of undergraduate schools in nursing and obstetrics. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e16814.
37. Bohomol E. Patient safety education of the graduation in Nursing from the teaching perspective. *Esc Anna Nery.* 2019;23(2):e20180364.
38. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro-PUC-Rio. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional [Internet]. Rio de Janeiro: Autografia; 2016 [citado 2021 Jul 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?sequence=32>
39. Usher K, Woods C, Conway J, Lea J, Parker V, Barrett F, et al. Patient safety content and delivery in pre-registration nursing curricula: A national cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today.* 2018;66:82-9.
40. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2001 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>
41. Marra V, Mendes W. O ensino de segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, editors. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.* 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. p. 268.
42. Bereta-Vilela R, Sanfelice F, Ruiz P, Ruiz P, Gouveia J, Jericó M. Uso de metodologias ativas na disciplina de segurança do paciente: um relato de experiência. *Unifunec Cient Mult.* 2020;9(11):1-13.
43. Zhang X, Diemer G, Lee H, Jaffe R, Papanagnou D. Finding the 'QR' to Patient Safety: Applying

Gamification to Incorporate Patient Safety Priorities Through a Simulated 'Escape Room' Experience. *Cureus*. 2019;11(2):e4014.

44. Mourthé Junior C, Lima V, Padilha R. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):577-88.

45. Mattos M. Viagem educacional e oficinas temáticas como ferramentas de formação construtivista em psicofarmacologia clínica. *Reciis - Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2018;12(4):479-88.

46. Minges K. Team-Based Learning in the Clinical Setting: Perspectives of Doctor of Nursing Practice Students. *J Dr Nurs Pract*. 2019;12(1):41-5.

47. Kim Y, Yoon Y, Hong H, Min A. Effects of a patient safety course using a flipped classroom approach among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2019;79:180-7.

48. Mitre Cotta R, Ferreira E. Mapas conceituais e aula invertida: benefícios para o processo de ensino e aprendizagem sobre as políticas de saúde. *Revista de Investigación Educativa Universitaria*. 2019;2(1):21-31.

49. Gomes A, Salvador P, Goulart C, Cecilio S, Bethony M. Innovative Methodologies to Teach Patient Safety in Undergraduate Nursing: Scoping Review. *Aquichan*. 2020;20(1):e2018.

EIXO 1
FERRAMENTAS EDUCACIONAIS PARA INCLUSÃO DA TEMÁTICA
NAS GRADES CURRICULARES DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
DOS CURSOS DE SAÚDE

ADOTANDO O GUIA CURRICULAR
DE SEGURANÇA DO PACIENTE
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA
SAÚDE PARA A INCLUSÃO DO
TEMA NA GRADUAÇÃO DA ÁREA
DA SAÚDE

Vera Neves Marra¹

1. Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Livre-Docente em Hematologia, pela Universidade Gama Filho-RJ; Especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ-RJ; Especialista em Metodologias de Ensino-aprendizagem na área da Saúde pela PUC-Rio; Especialista em Gestão hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz, RJ; Membro do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Rio de Janeiro (CESP-RJ) e do Subcomitê Estadual de Ensino e Pesquisa do CESP-RJ; Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/2180829070404445>. Contato: vera.neves.marra@gmail.com

Resumo

Segurança do Paciente é uma ciência relativamente nova que foi recentemente incluída no cotidiano das organizações de saúde e que, em última análise, tem como objetivo a instalação de uma cultura de segurança em todos os segmentos do cuidado em saúde. Para tanto, a inserção desse tema na formação das graduações da área da saúde se constitui fator norteador, pois é na graduação que os futuros profissionais adquirem as atitudes e os comportamentos, além dos conhecimentos e das habilidades, que os guiarão ao longo de suas carreiras. Com base na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que incluiu o ensino desse tema em uma de suas treze áreas estratégicas de ação, o Programa Nacional de Segurança do Paciente também o englobou em um de seus quatro eixos de atuação. Este artigo se propôs a oferecer uma contribuição acerca do uso do Guia Curricular de Segurança do Paciente, lançado pela OMS, como um instrumento a ser adotado pelas instituições de educação em saúde no Brasil, com a perspectiva da aquisição de competências de segurança do Paciente pelos futuros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Educação em saúde. Educação médica. Currículo. Organização Mundial da Saúde.

INTRODUÇÃO

A percepção de que o cuidado à saúde pode causar danos aos pacientes foi pela primeira vez exposta em 1999, pelo emblemático relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*¹, publicado pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos. Essa publicação, que demonstrou a ocorrência de um número inaceitável de erros e danos aos pacientes submetidos aos cuidados à saúde, motivou a origem da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente², lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004. Para o enfrentamento dessa situação, foram identificadas 13 áreas de ação para redução dos riscos e danos em saúde em todo o mundo. Entre essas, destacamos a área 11 – “Educação para o cuidado”, que tem como objetivo a introdução do tema “Segurança do Paciente” em todas as graduações e pós-graduações da área da saúde. Para o alcance desse objetivo, uma das realizações foi o lançamento o Guia Curricular de Segurança do Paciente para as escolas de Medicina³, em 2009. O sucesso dessa publicação motivou a criação do Guia Curricular de Segurança do Paciente: edição multidisciplinar⁴, lançado em 2011. Como o próprio título sugere, trata-se de um guia para a implementação da matéria nas escolas de graduação da área da saúde, adaptável a todo o tipo de cultura e país.

O Brasil é um dos países signatários das diretrizes da OMS e, desde 2009, vem promovendo diversas ações, culminando com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁵, em 1º de abril de 2013. Esse importante programa, que abrange todo o País, deu origem a várias iniciativas e se compõe de quatro eixos de atuação que, por sua vez, baseiam-se nas áreas de ação da OMS. Os eixos 3 e 4 apresentam uma perspectiva de curto prazo, que se configura na capacitação e treinamento de profissionais, e de longo prazo, que inclui a educação do tema na graduação e pós-graduação e no estímulo às pesquisas acadêmicas, tendo como visão a promoção da cultura de segurança para as futuras gerações de profissionais de saúde.

Esse guia pode ser obtido gratuitamente, por meio da página da OMS⁶ em mais de 10 idiomas. A versão traduzida para o português⁷ foi coordenada pela autora deste artigo e foi lançada em 2016, tendo sido, segundo a página da OMS, a terceira com maior número de acessos entre 2018 e 2019 (acima de 5 mil). Em 2018, foi lançada a versão alemã, que é a mais recente tradução do referido guia.

A eficácia do Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS foi submetida a um teste de campo⁸, em 2015, com 12 escolas da área da saúde em vários países das seis regiões da OMS. Foram realizadas entrevistas de avaliação formativa com o corpo docente, com os gestores das universidades e com os alunos, antes, durante e após a adoção do guia na aprendizagem. Os resultados foram muito positivos, com melhoria do conhecimento dos alunos, que passou de 10,7% para 20,8%, após a introdução das alterações propostas pelo guia. Da mesma forma, as atitudes dos estudantes melhoraram substancialmente em relação à segurança do paciente.

GUIA CURRICULAR DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA OMS – EDIÇÃO MULTIDISCIPLINAR⁴

Estrutura do Guia da OMS

O Guia da OMS teve como base o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Education Framework – APSEF*)⁹, lançado em 2005, com o intuito de auxiliar as escolas da área da saúde a incluírem a Segurança do Paciente em seus currículos. Trata-se de um trabalho robusto que contou com várias etapas. Inicialmente, foi feita uma ampla revisão da literatura, a seguir, foram elaborados os tópicos de aprendizagem sobre o tema, que, em uma terceira etapa, foram agrupados em domínios e, finalmente, convertidos para a versão baseada em desempenho.

Como veremos adiante, a metodologia pedagógica adotada para o ensino de Segurança do Paciente é fundamental para o alcance dos objetivos pedagógicos. Por isso, o guia foi estruturado em duas partes. A parte A se ocupa em instruir os educadores acerca dos instrumentos pedagógicos recomendados para o ensino-aprendizagem e avaliação de desempenho dos alunos. Ademais, oferece exemplos de ensino do tema nos diferentes currículos das instituições de ensino.

Já a parte B contém 11 tópicos que abrangem uma vasta extensão do assunto, destacando referências e *sites* de interesse. As entidades educacionais podem incluir todos os tópicos, como uma matéria isolada, ou então integrá-los aos currículos já existentes. Dessa forma, a parte B interessa tanto aos alunos quanto aos educadores, que podem não estar a par do assunto.

Cada tópico se inicia com o estudo de um caso real oferecido por diversos países extraídos do APSEF⁹. Trata-se de casos corriqueiros, com os quais os alunos e professores se identificam no seu cotidiano, o que automaticamente os estimula a continuar a leitura. Ademais, cada tópico é constituído pelos objetivos pedagógicos aos quais se destina, o que se espera alcançar como resultados da aprendizagem e desempenho do aluno, sugestões de formatos e estratégias de ensino recomendadas e instrumentos de avaliação das competências, além de ferramentas para avaliação do ensino. Com isso, o professor tem acesso a inúmeras sugestões de estratégias pedagógicas especificamente recomendadas para cada tópico a ser abordado, auxiliando-o no planejamento das atividades pedagógicas.

Tópicos de Segurança do Paciente

A partir do APSEF⁹, foram elaborados 10 dos 11 tópicos de Segurança do Paciente, que se encontram no Quadro 1. O tópico 9 (Prevenção e controle de infecções) foi desenvolvido pela própria OMS.

Quadro 1. Tópicos de Segurança do Paciente do Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS – Edição Multiprofissional

Tópicos de Segurança do Paciente
1. O que é segurança do paciente?
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?
3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente.
4. Atuar em equipe de forma eficaz.
5. Aprender com os erros para evitar danos.
6. Compreender e gerenciar o risco clínico.

Tópicos de Segurança do Paciente	
7.	Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados.
8.	Envolver pacientes e cuidadores.
9.	Prevenção e controle de infecções.
10.	Segurança do paciente e procedimentos invasivos.
11.	Melhorar a segurança no uso de medicação.

Fonte: OMS. Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional⁷.

Como complementação do material pedagógico, separadamente, a OMS disponibilizou *slides* para cada tópico, que também foram vertidos para o português, pela PUC-Rio, e que podem ser acessados pela página do Proqualis¹⁰.

Competências de Segurança do Paciente

Se o APSEF⁹ contribuiu para a elaboração do conhecimento sobre o tema, o trabalho publicado pelo Instituto de Segurança do Paciente do Canadá (*Canadian Patient Safety Institute*)¹¹, em 2009 – o *The Safety Competencies, First Edition (revised)* –, focou nas competências que os profissionais de saúde devem desenvolver para que ofereçam um cuidado seguro à população. Esse extenso trabalho identificou seis domínios de competências interprofissionais, que se encontram no Quadro 2.

Quadro 2. Competências de Segurança do Paciente

Competências	
1. Contribuir para uma cultura de segurança do paciente;	4. Gerenciar os riscos de segurança;
2. Trabalhar em equipe pela segurança do paciente;	5. Otimizar fatores humanos e ambientais;
3. Comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente;	6. Reconhecer, responder e revelar eventos adversos.

Fonte: The Safety Competencies, Canadian Safety Institute¹¹.

Essa estrutura em domínios tem como objetivo nortear as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) para todos os profissionais de saúde. Dessa forma, cada tópico detalha o conhecimento que se deve adquirir para cada tema, bem como as habilidades e atitudes pertinentes.

O domínio 1 – “Contribuir para uma Cultura de Segurança do Paciente” é abrangente e corresponde à mudança mais importante preconizada pela OMS⁴ e pelo PNSP do Brasil⁵. Diz respeito à instalação de uma cultura que se alicerça em cinco paradigmas: 1) Responsabilização de cada profissional pela própria segurança e de todos os

envolvidos, incluindo pacientes e acompanhantes; 2) Priorização da segurança em detrimento de quaisquer outros objetivos, incluindo os financeiros e operacionais; 3) Estímulo à identificação, resolução e comunicação das questões relacionadas à segurança; 4) Aprendizagem da organização a partir de análise de incidentes ocorridos; e 5) Fornecimento de estruturas, responsabilidades e recursos adequados para a manutenção dos sistemas de segurança organizacional. Trata-se de um amplo domínio que resume os demais, mas que tem como visão transformar as unidades de saúde em organizações de alta confiabilidade.

Os domínios 2 e 3 referem-se à importância do trabalho em equipe e da comunicação eficaz para a segurança do paciente. A assistência à saúde é uma atividade caracteristicamente realizada por vários profissionais, na qual diferentes saberes devem se harmonizar visando ao melhor resultado possível para o paciente. Não por outro motivo, a OMS recomenda que as escolas de graduação e os cursos de pós-graduação das áreas da saúde adotem em seus currículos as competências de colaboração (trabalho em equipe) e comunicação. Sugere, inclusive, a integração de todas as cadeiras, durante a graduação, antecipando, assim, a atuação de futuros profissionais nas equipes de saúde.

A comunicação eficaz inclui a relação entre os membros da equipe e, ainda, entre o profissional de saúde e o paciente ou o seu cuidador ou familiar. A esse propósito, é importante notar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de medicina, em vigor desde 2014¹², identificam o trabalho em equipe e a comunicação como diretrizes para o desenvolvimento da competência “Atenção à saúde”. Destacam a empatia, a sensibilidade, a linguagem verbal e não verbal como competências importantes na formação do médico. Da mesma forma, quanto à colaboração, enfatizam a necessidade do trabalho interprofissional em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal e compartilhada entre os profissionais e usuários do cuidado.

O domínio 4 trata do gerenciamento dos riscos e prevenção dos eventos adversos para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, competência que deve ser exercida por todos os profissionais de organizações de saúde. Inúmeras obras nacionais abordam esse domínio, destacando-se a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o PNSP⁵. A esse propósito, as DCN de graduação de medicina¹² fazem menção à utilização do erro, “como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico”, no capítulo que trata das diretrizes da Competência de “Educação em Saúde”.

O domínio 5 trata das condições humanas que podem predispor a falhas, lapsos e erros, como a fadiga, o estresse, a pressa, a privação do sono, entre outras. Deixa claro que, sendo uma condição indissociável da natureza humana, os futuros profissionais

devem aprender a lidar com erros, já que possivelmente os cometerão ao longo de suas vidas profissionais. A competência a ser desenvolvida visa enfrentar questões ligadas a falhas associadas à inter-relação do homem com equipamentos e ferramentas utilizadas no ambiente de trabalho e com o sistema. Segundo a OMS, é imprescindível que os profissionais de saúde sejam capacitados nessa matéria, para que desenvolvam formas de facilitar a realização de tarefas com segurança para si, para os pacientes e para o sistema de saúde, como a adoção de listas de verificação e protocolos, entre outros instrumentos auxiliares da memória. Há uma ampla cobertura desse tema também pela literatura nacional¹³⁻¹⁶.

Finalmente, citamos o domínio 6, que se refere à competência relativa à revelação dos erros e eventos adversos a pacientes e familiares, também conhecido pelo termo inglês *disclosure* ou *open disclosure*. O Guia da OMS⁴ recomenda fortemente que as indústrias da saúde adotem o processo de *disclosure*, que, em última análise, é o reconhecimento do erro seguido de um pedido de desculpas. O Brasil ainda não dispõe de um documento normativo que lhe dê sustentação; provavelmente, por se tratar de matéria que tangencia questões polêmicas de natureza ética e/ou jurídica. No entanto, na prática, algumas instituições brasileiras se baseiam em trabalhos internacionais, como as diretrizes canadenses para a revelação do erro (Canadian Disclosure Guidelines: Being with patients and families)¹⁷ e o guia australiano que também trata do assunto (Australian Open Disclosure Framework)¹⁸.

METODOLOGIA PEDAGÓGICA PRECONIZADA AO ENSINO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Atividades pedagógicas de ensino-aprendizagem

O Guia da OMS⁴ recomenda que quanto mais dinâmica for a atividade pedagógica, maior será o seu impacto na aprendizagem. Realça a importância de incluir atividades que exigem que os alunos exercitem o cérebro, a boca, as mãos e os sentimentos, e não apenas os olhos e os ouvidos. Assistir passivamente uma aula não tem o mesmo alcance pedagógico do que participar de atividades colaborativas e interativas, como os trabalhos de pequenos grupos, com os quais os alunos se deparam com opiniões diferentes e têm que exercitar habilidades de comunicação, argumentação, tolerância e mediação.

É necessária a adoção de atividades que envolvam os alunos dentro de suas realidades, provocando a ressignificação de conceitos previamente incorporados. Por isso, o cenário pedagógico deve ser preferencialmente o hospital e outros ambientes reais de assistência (aprendizagem baseada na prática) ou em cenários controlados

como os laboratórios de habilidades (aprendizagem baseada em simulação realística). Atividades em pequenos grupos como o PBL (*Problem-Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Problemas), o TBL (*Team-Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Equipe), problematização, o CBL (*Case-Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Casos) e a simulação realística, que, entre outras, é particularmente adequada, já que propicia o enfrentamento de situações que simulam a realidade, fazendo com que os alunos possam interpretar diferentes papéis que possivelmente vivenciarão.

A legislação vigente no Brasil preconiza o emprego de Aprendizagem Ativa para a graduação de médicos, desde 2001, por meio da Resolução CNE/CES nº 4/2001¹⁹. Posteriormente, essa resolução foi substituída pela Portaria nº 529, publicada em junho de 2014⁵, que ratifica a anterior, no que se refere à adoção de metodologias de ensino centradas no aluno, nas quais o professor desempenha o papel de facilitador do processo de aprendizagem ou tutor. Preconizam a interdisciplinaridade e, sobretudo, o emprego de currículos por competência, ou seja, o objetivo dos cursos deverá ser a aquisição de competências fundamentais para o exercício da carreira.

Desde 2014, a inclusão do tema é obrigatória nos programas de residências multidisciplinares²⁰. No que se refere à inclusão do tema segurança do paciente, ela se encontra recomendada nas DCN de medicina¹², de farmácia²¹, de saúde coletiva²² e de enfermagem²³. Há, contudo, desde 2017, uma recomendação para que todas as carreiras da área da saúde incluam o tema em seus currículos de graduação²⁴.

Atividades de avaliação das competências de Segurança do Paciente

O desempenho dos alunos deve ser avaliado em diversos momentos ao longo do processo de aprendizagem. Deve-se fazer uma avaliação diagnóstica antes de iniciar o curso, durante o processo de aprendizagem (avaliação processual ou formativa) e no final do processo pedagógico (avaliação somativa). É uma modalidade que proporciona múltiplas oportunidades para que os alunos possam acompanhar seu desempenho, e, também, ao corpo docente que acumula diversas informações para adequar as estratégias pedagógicas para cada aluno.

À semelhança das ferramentas pedagógicas de ensino-aprendizagem, para avaliação de aquisição de competências, as ferramentas de avaliação também devem ser múltiplas.

Para avaliar o **conhecimento** adquirido, ou seja, se o aluno teoricamente sabe, e se sabe fazer, são indicados testes escritos, em diferentes formatos, como provas escritas, múltipla escolha, dissertação, elaboração de portfólio, entre outros.

Já para a avaliação das **habilidades**, que busca mensurar se o aluno demonstra como se faz, apenas os métodos observacionais são adequados, como é o caso da fer-

ramenta *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), discussão de casos clínicos, entre muitas outras modalidades, geralmente realizadas em laboratório de habilidades, com utilização de simulação e simulação realística.

Finalmente, para a avaliação das **atitudes**, ou seja, se o aluno efetivamente faz o que sabe e o que demonstra como se faz, devem-se adotar ferramentas observacionais em contexto de vida real, isto é, na atuação nos ambientes reais de assistência.

INSERÇÃO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS CURRÍCULOS

Quando inserir a segurança do paciente na educação da saúde

De acordo com o APSEF⁹ e, também, o Guia da OMS⁴, o tema deve ser abordado o mais precocemente possível, e seguir toda a trajetória profissional, por meio de capacitações e atualizações permanentes.

Se a escola dispõe de um currículo tradicional que apresenta as cadeiras básicas nos primeiros anos e as disciplinas práticas em ambiente hospitalar nos últimos anos da graduação; se a metodologia pedagógica adotada é a tradicional, composta por aulas expositivas para muitos alunos tendo como cenário pedagógico salas de aula ou anfiteatros, então a matéria Segurança do Paciente deve ser inserida nos últimos anos da graduação, quando os alunos terão o ambiente real de assistência como cenário pedagógico, o que facilita a aquisição das competências de Segurança do Paciente. No entanto, conceitos básicos sobre a matéria podem ser abordados nos primeiros anos, ainda que inseridos em disciplinas como ética, epidemiologia, saúde pública, entre outras.

Por outro lado, se a escola adota um currículo integrado, no qual as ciências básicas se encontram associadas às ciências clínicas, tendo como base as competências dos discentes, e se utilizam de metodologias ativas como linha pedagógica, a Segurança do Paciente deve ser inserida nos currículos, como uma disciplina isolada, desde o primeiro dia da graduação e seguir ao longo de todo o curso.

Como inserir a segurança do paciente nos currículos da saúde

A introdução de um novo tema aos currículos é um enorme desafio para o corpo docente de qualquer entidade de ensino. O que deve ser ensinado? Quem deve ensinar? Como integrar esse novo assunto no currículo já existente? Há espaço para essa inserção? Essas são algumas perguntas que são geralmente feitas nesse momento.

É muito importante salientar que segurança do paciente é um assunto que tangencia muitos dos tópicos já presentes na maioria dos currículos da área da

saúde, como ética, trabalho em equipe e ergonomia, só para citar alguns. Dessa forma, a integração do tema às demais matérias pode parecer uma ideia tentadora. Contudo, cabe lembrar que muitos tópicos são bem atuais e não são habitualmente incluídos nos currículos. É o caso, por exemplo, do estudo dos fatores humanos, pensamento sistêmico, gestão de erros, *disclosure* ou revelação aberta dos erros e muitos outros.

Como visto no tópico anterior, a estratégia para inclusão da Segurança do Paciente nos currículos vai variar de acordo com a metodologia pedagógica adotada pela instituição de ensino. Dessa forma, apresentamos o planejamento dessa inclusão da disciplina em diferentes cenários pedagógicos.

Integração do tema nos currículos com a metodologia tradicional de ensino

Uma vez decidido pela inserção do tema no currículo da faculdade, quer de medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, nutrição ou qualquer outra carreira da área da saúde, o corpo docente deve planejar essa retificação. Alguns passos podem auxiliar nessa tarefa:

- *Envolver o corpo docente:* o corpo docente das universidades pode não estar atualizado quanto aos fundamentos de uma nova ciência com a complexidade da Segurança do Paciente. Nesse caso, pode ser útil a realização de eventos como seminários, mesas-redondas, reuniões presenciais para *brainstorming*, com a presença de especialistas em Segurança do Paciente. É importante lembrar que a melhor maneira de abordar a disciplina é a aprendizagem multidisciplinar. Por esse motivo, é importante incluir a capacitação dos professores de outras áreas da saúde no projeto.
- *Identificar as disciplinas que abordam o ensino da Segurança do Paciente:* muitas disciplinas tradicionais podem abrigar temas de Segurança do Paciente. Assim, é necessário que o corpo docente identifique esses tópicos para que possam ser integrados em alguma disciplina já existente. O Guia da OMS⁴ oferece muitas sugestões nesse sentido, como nos exemplos que se seguem.

Os tópicos 1 (*O que é Segurança do Paciente*) e 5 (*Aprender com os erros para evitar danos*) podem ser integrados à disciplina de ética, presente em todos os currículos das carreiras da saúde. O tema de *identificação correta do paciente* é outro exemplo que pode ser debatido em diversos momentos no ensino, como em anamnese, história clínica, entre muitas outras. O tópico 9 (*Prevenção e controle de infecções*) pode ser abordado na cadeira de microbiologia, doenças infecciosas e prática clínica. O tópico 11 (*Melhorar a segurança no uso de medicação*) pode ser

integrado às disciplinas de farmacologia e terapêutica. O corpo docente deve fazer uma análise do currículo vigente e adaptá-lo para a inserção dos novos temas.

A essa altura, é muito importante frisar que a fragmentação do tema segurança do paciente, ao longo de toda a graduação, dificulta a sua coordenação pela sua dispersão, o que prejudica a aprendizagem, e ainda dificulta a identificação da matéria e, por consequência, impede o seu aprimoramento nas universidades. É necessário, portanto, um equilíbrio para que a nova ciência seja reconhecida pelos alunos e professores.

Implementação da Segurança do Paciente como disciplina autônoma

Nas instituições de ensino que adotam metodologias significativas, com o currículo elaborado por competência, a Segurança do Paciente pode ser inserida como uma disciplina autônoma. Os tópicos devem ser distribuídos desde o primeiro ano da graduação. Nesse caso, o tema pode ser disposto por intermédio de dois eixos transversais, como proposto por Marra e Mendes²⁵, sendo um eixo pedagógico que perpassa por toda a graduação, composto por temas básicos de segurança do paciente integrados às disciplinas tradicionais, objetivando o desenvolvimento das habilidades específicas. O outro eixo, chamado Eixo Específico, tem o objetivo de aprofundar temas singulares que fornecem a identificação da matéria, como gestão do risco, cultura justa, indicadores de segurança do paciente, cuidado centrado no paciente, legislação vigente, entre outros. O guia ainda apresenta várias sugestões de distribuição dos temas, ao longo de todo o curso.

CONCLUSÃO

Para a implantação de uma cultura de segurança do paciente que favoreça as práticas seguras e a redução do risco de erros e eventos adversos nas instituições de saúde, é indispensável o envolvimento dos processos educacionais, não apenas entre os profissionais de saúde, mas, sobretudo, entre os graduandos da área da saúde.

Para auxiliar as universidades, a OMS desenvolveu o Guia Curricular de Segurança do Paciente (Edição Multidisciplinar), instrumento que se utiliza de uma abordagem abrangente e linguagem acessível a diferentes culturas, podendo ser obtido gratuitamente a partir da página da OMS em vários idiomas.

Espera-se que envolvimento das universidades nesse processo oportunize não apenas a formação de jovens profissionais com as competências de segurança do paciente, mas também a criação de linhas de pesquisa sobre o tema, expandindo, de forma perene, o conhecimento sobre essa nova ciência.

Referências

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005 [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, Evaluation Study [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_Eval_Study_Report-2011_March-2012.pdf
4. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2021 May 28]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf
5. Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4.
6. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>
7. Organização Mundial da Saúde. Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: edição multiprofissional [Internet]. Rio de Janeiro: Autografia; 2016 [citado 2021 maio 28]. 270 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502por.pdf?sequence=32>
8. Farley D, Zheng H, Rousi E, Leotsakos A. Field Test of the World Health Organization Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide. PloS one. 2015;10(9):e0138510.
9. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Patient Safety Education Framework bibliography [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia, 2005 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>
10. Organização Mundial da Saúde. Guia curricular de segurança do paciente [internet]. Proqualis. 2011 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://proqualis.net/guia-curricular-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>
11. Frank JR, Brien S. The Safety Competencies: enhancing patient safety across the health profes-

sions [Internet]. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute, 2008 [cited 2021 May 28]. Disponível em: https://simulation.mcmaster.ca/documents/Safety_Competencies.pdf

12. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 jun. 2014; Seção 1:8-11.

13. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 maio 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017 [citado 2021 maio 28]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf

15. 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 jul. 2013; Seção 1:47.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União. 25 set. 2013; Seção 1:113.

17. Canadian Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines: being with patients and families [Internet]. Ottawa: Canadian Safety Institute; 2011 [cited 2021 May 28]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>

18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian Open Disclosure Framework: better communication, a better way to care [Internet]. Sydney: Australian commission on safety and quality in health care, 2013 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.pdf>

19. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. Diário Oficial da União. 9 nov. 2001; Seção 1:38-9.

20. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 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. Diário Oficial da União. 10 nov. 2014; Seção 1:34.

21. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 out. 2017 [citado 2021 maio 28]; Seção 1:30. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>

22. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 242/2017, 6 de junho de 2017. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Diário Oficial da União. 6 jun. 2017.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 nov. 2018; Seção 1:38.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Diário Oficial da União. 26 fev. 2018; Seção 1:49-53.

25. Marra VN, Mendes W. O ensino de segurança do paciente. In: Sousa P. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. p. 247-65.

EIXO 2
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APRENDIZAGEM PARA AS PRÁTICAS
NO CUIDADO MAIS EFETIVO E SEGURO E TREINAMENTO NAS
PRÁTICAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

FORMAÇÃO PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE: REFLETINDO
ACERCA DO PROCESSO DE
ENSINO E DE APRENDIZAGEM

Janete de Souza Urbanetto¹

Andrea Gonçalves Bandeira²

Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo³

1 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/8935137454685552>. E-mail: jurbanetto@pucrs.br

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/3420144403788446>. E-mail: andrea.bandeira@pucrs.br

3 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS. CV: <http://lattes.cnpq.br/1371008868231019>. E-mail: anaef@pucrs.br

Resumo

O presente capítulo apresenta uma reflexão acerca da formação para a segurança do paciente no âmbito da formação técnica, de graduação, pós-graduação e educação permanente em saúde, com uma proposta pedagógica focada nos objetivos de aprendizagem e nas metodologias ativas. Metodologias de ensino baseadas na pedagogia da transmissão do conhecimento, com disciplinas fragmentadas, dificuldades na integração teórico-prática e avaliação do aprendizado, são obstáculos para a internalização de uma cultura de segurança do paciente nos diversos âmbitos da atenção em saúde. A inserção de um processo alinhado entre o ensino, a aprendizagem e a avaliação formativa, tendo por base os objetivos da aprendizagem, pode se configurar em uma possibilidade ou um caminho para o alcance de melhores práticas em saúde, com redução de riscos e danos evitáveis.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Educação em saúde; Aprendizagem. Formação profissional em saúde.

INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente não é desconhecida dos profissionais e dos estudantes da área da saúde. Embora presente, mas nem sempre reconhecida, ganhou repercussão mundial nos anos 2000 com a publicação do relatório do Institute of Medicine¹ dos Estados Unidos da América, o qual gerou repercussões nos anos posteriores até os dias atuais, em várias instituições. No que tange à formação na área da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um guia para professores e estudantes das várias áreas e vários níveis de formação².

Muitos movimentos, ações e redes foram sendo instituídos ao longo de todos esses anos para que os riscos evitáveis e os danos preveníveis pudessem ser minimizados, como, por exemplo, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)³ e seus protocolos. O PNSP, em seu objetivo específico de “fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde”³⁽⁴³⁾, estabelece esta estratégia fundamental de que a formação em saúde necessita ter como princípio básico e transversal a segurança dos pacientes.

No entanto, anos depois dos movimentos mundiais alavancados pela OMS e da instituição do PNSP no Brasil, ainda não se apreenderam a cultura de segurança do paciente e a atenção centrada no paciente almejadas e defendidas por esses movimentos. Ainda é muito presente a formação em saúde tecnicista e fragmentada, persistindo a

noção de trabalho em equipe como agregação de vários profissionais em uma mesma situação, compartilhando espaço físico e clientela⁴. Esse contexto denota uma falta de integração que assegure a integralidade da atenção e um cuidado de qualidade.

Recentemente, a OMS lançou uma proposição de um plano de ação global para a segurança dos pacientes nos anos de 2021 a 2030, sob a pauta de “eliminar os danos evitáveis no cuidado de saúde”, convocando os governos, a própria OMS, estabelecimentos/serviços de saúde e partes interessadas para a implantação de sete objetivos estratégicos⁵. Destes, o “Objetivo Estratégico 5 – Educação, habilidades e segurança do trabalhador de saúde”⁵⁽⁴⁸⁾ está voltado para um olhar mais atento para a formação dos profissionais da saúde, indicando que, além de serem capacitados, precisam ser protegidos e liderados para que a segurança do paciente se estabeleça⁵.

O desafio da OMS de eliminar os danos evitáveis no cuidado de saúde denota a necessidade de ampliarmos a visão de forma ousada em busca de uma cultura de segurança do paciente, e não apenas de metas, visto que todas as ações dos últimos anos e indicadores chocantes de morbimortalidade relacionada com danos evitáveis ainda não foram suficientes para impulsionar melhorias para o cuidado seguro⁵.

Este capítulo apresenta uma reflexão acerca das estratégias pedagógicas que podem ser utilizadas para os processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa em saúde alicerçados nos objetivos de aprendizagem com vistas ao desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

SEGURANÇA DO PACIENTE: COMO FORMAMOS OS PROFISSIONAIS?

Generalizando, de onde partimos...

Na formação em saúde, seja ela em nível técnico, graduação ou pós-graduação, a maioria dos projetos pedagógicos dos cursos é organizada com operacionalização dos currículos por meio de disciplinas que atendem aos objetivos específicos e individuais da formação do profissional, mas que, na maioria das vezes, não interagem umas com as outras, resultando em uma percepção frágil, fragmentada e dispensável por parte dos estudantes.

As disciplinas teórico-práticas ainda são estruturadas em etapas teóricas, com um grande volume de conteúdos ainda distanciados da prática (o estudante não tem vivências que tornem o conteúdo significativo), e de etapas práticas, nas quais se espera que haja uma interrelação entre a teoria e a prática. Nesta última, o aprendizado se dá em ambientes simulados de baixa fidelidade e nos cenários reais da atenção em saúde, o

que resulta, muitas vezes, em uma exposição do paciente ao risco quando a efetivação do cuidado não está alicerçada em práticas seguras.

Na formação de profissionais da saúde, a maioria das instituições não possui um programa de educação permanente, o que remete a capacitações esporádicas com metodologias tradicionais de aulas expositivas dialogadas, pontuais e sem um planejamento amplo que envolva a avaliação do processo de trabalho com base nos indicadores assistenciais e gerenciais institucionais.

No cotidiano da atenção em saúde, seja na atuação de professores, estudantes ou de profissionais da saúde, muitas práticas fundamentadas em evidências científicas são desviadas, configurando a chamada “normalização do desvio”, concebida pela socióloga Diane Vaughan e descrita por Shaw^(6,1) como:

Pessoas dentro da organização tornam-se tão acostumadas a um comportamento desviante que elas não o consideram como desviante, apesar do fato de que excedem, em muito, as regras para a segurança elementar.

A Normalização do Desvio, nos serviços de saúde, raramente ocorre com intenção deliberada por parte do profissional⁷. Se profissionais burlam as práticas seguras, a Normalização do Desvio começa a ser aceita pelos demais membros da equipe. Com isso, quando uma figura de autoridade presencia uma Normalização do Desvio e não a corrige, o comportamento errado pode tornar-se incorrigível e vir a se espalhar pelos demais membros da equipe⁸. Esse é um ponto estratégico para ser alinhado no cotidiano de formação em saúde.

Dessa forma, depois de tantos anos da existência formal do ensino na área da saúde, ainda são prementes as perguntas: como se estabelece a relação teórico-prática? Como as habilidades e competências dos estudantes e dos profissionais são desenvolvidas e internalizadas para o cuidado seguro aos pacientes?

Como podemos avançar...

Um elemento a considerar, quando se pensa em avançar para uma atenção integral e segura, é o que podemos mudar para que essa relação entre as evidências científicas e o cotidiano, no âmbito da formação ou da atenção em saúde, efetivem-se em prol da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados em saúde, conforme plano global da OMS.

Nesse contexto pedagógico, a utilização de objetivos de aprendizagem bem redigidos e implementados por meio de metodologias ativas pode ser um ponto de partida para o sucesso na construção de uma cultura global de segurança do paciente.

O processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa

Compreende-se que, para repensarmos sobre os processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação em segurança do paciente, é essencial o uso de práticas pedagógicas inovadoras que favoreçam o desenvolvimento de uma cultura de segurança justa, pautada em processos crítico-reflexivos e colaborativos, que estimulem a formação permanente de forma integrada, e uma avaliação formativa que vise ao desenvolvimento de resultados de aprendizagem claros e mensuráveis na construção de um cuidado integral e seguro⁹.

Sabe-se que, na atualidade, o ensino em saúde é cada vez mais desafiado a formar profissionais preparados para lidar com problemas gradativamente mais complexos, e, para isso, o cuidado centrado no paciente/usuário e família e o desenvolvimento de práticas integradas e seguras são fundamentais para o fortalecimento da atenção em saúde.

Nesse contexto, entende-se que as práticas pedagógicas baseadas em processos de ensino/aprendizagem/avaliação formativos aliados à educação interprofissional podem otimizar as habilidades dos estudantes e profissionais, compartilhando o gerenciamento de casos e levando à prestação de serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade, colocando o paciente/cliente/usuário e família na centralidade do cuidado.

Considerando esse cenário, o processo de avaliação da aprendizagem constitui-se como um aspecto muito relevante na formação em serviço ou de novos profissionais de saúde. No entanto, não basta mudar apenas a forma de ensinar, também é imprescindível que se possa avaliar o aprendizado sob uma nova perspectiva. Assim, sugere-se o uso da Taxonomia de Bloom para estruturar de maneira clara e mensurável os objetivos de aprendizagem que irão guiar a avaliação.

A partir da definição de objetivos de aprendizagem pautados na Taxonomia de Bloom e do uso de um instrumento de avaliação formativa, o professor/supervisor/gestor tem a possibilidade de discutir com o aluno/profissional o seu desempenho nas práticas simuladas ou reais, permitindo a evolução do estudante/profissional nos diversos níveis dos domínios da taxonomia, evoluindo desde habilidades de pensamento de ordem inferior, como lembrar fatos e situações, até habilidades de pensamento de ordem superior, como análise crítica da situação e eventual criação de alternativas⁹⁻¹¹.

Desse modo, entende-se que os processos de ensino-aprendizagem e de avaliação formativa contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente desde a formação técnica/universitária, como na implementação de processos de educação permanente nos serviços de saúde que contribuam para um cuidado seguro.

Objetivos de aprendizagem

A aprendizagem ocorre quando há mudança de comportamento, atitude ou de conhecimento. É importante que o estudante/profissional que esteja em um processo de ensino e de aprendizagem saiba com clareza o que se espera que ele alcance ou no que seja proficiente. Nesse sentido, é de vital importância distinguir o que são metas (objetivos de ensino) e o que são objetivos de aprendizagem. Os primeiros são gerais e inespecíficos: é o que será ofertado em um curso. Os segundos são específicos, mensuráveis e observáveis e se referem ao que se espera que o estudante/profissional seja capaz de fazer, ou como o objetivo vai ser obtido com sucesso^{12,13}.

Os objetivos de aprendizagem devem ser relevantes, centrados no aprendiz e focados no que ele deve fazer para alcançar com sucesso a atividade, contribuindo para o processo de avaliação formativa^{12,13}.

A Taxonomia de Bloom é um sistema de classificação de comportamento intelectual que oferece uma gama de verbos de ação para compor um objetivo de aprendizagem mensurável e observável, capaz de medir competência e proficiência^{12,14}. As pessoas possuem uma grande variedade de conhecimentos e habilidades, assim como diferentes níveis de proficiência. De acordo com Bloom, o aprendizado ocorre em três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor. Ele e seus colaboradores sentiram a necessidade de classificar o conhecimento e a habilidade de maneira que pudessem ser avaliados. Esses três domínios são reconhecidos pelo acrônimo CHA (Conhecimento, Habilidades e Atitudes). Portanto, é importante entender o significado de cada domínio e os níveis crescentes de complexidade¹².

O domínio cognitivo se refere a aprender e a dominar um conhecimento e uma habilidade intelectual, que evoluem em um *continuum* de complexidade, partindo de pensamentos de ordem inferior (níveis mais baixos) até uma ordem superior (níveis mais altos) de habilidade de pensamento: lembrar, entender, aplicar, avaliar, analisar e criar^{10,12,13}.

O domínio psicomotor se refere às habilidades motoras, e seus níveis de complexidade crescente são: observação, imitação, prática e adaptação (naturalização).

O domínio afetivo da Taxonomia de Bloom aborda a maneira com que um indivíduo age ou reage emocionalmente, preocupado com as mudanças, os interesses, as atitudes e os valores. Enfoca fatores subjetivos como motivação, apreciação, valores e atitudes. São cinco as categorias hierárquicas de nível de envolvimento: receptividade, resposta, valorização, organização e caracterização^{10,12,13}.

Resumindo, um objetivo de aprendizagem bem redigido, independentemente do domínio, deve ser mensurável, específico e observável. Deve contemplar claramente as seguintes características: quem é a audiência (para quem foi escrito), qual o comportamento esperado (verbo de ação para descrever um comportamento/Taxonomia de Bloom), em

que condições (de que maneira o comportamento deve ser realizado) e grau (critérios a serem usados para considerar o desempenho aceitável). Com o objetivo da aprendizagem delineado, a avaliação é uma consequência^{12,13}.

As metodologias ativas

As estratégias pedagógicas tradicionais de ensino-aprendizagem, principalmente aulas expositivas, são as mais utilizadas, seja no ensino nos cursos técnicos ou de graduação, seja nas ações de desenvolvimento de pessoas. Se somarmos a isso os processos de avaliação da aprendizagem somativos, por meio de provas e práticas que não estão alinhadas aos objetivos reais da aprendizagem ou, ainda, que estão centradas nos níveis inferiores dos domínios da aprendizagem (Domínio Cognitivo – lembrar; Domínio Psicomotor – observar ou imitar, e Domínio Afetivo – receptividade), podemos explicar, talvez, por que ainda não temos uma cultura estabelecida na prevenção das infecções com uma ação básica de higienização das mãos, ou por que ainda realizamos cuidados em pacientes errados. Essas estratégias levam à exaustão professores/formadores, líderes e estudantes/profissionais comprometidos com as práticas seguras, visto que os resultados esperados não são obtidos por ausência ou inadequação dos processos, ou, ainda, por estarem presentes por um período muito fugaz.

As metodologias ativas de ensino e de aprendizagem surgem, apesar de não serem novas, como uma possibilidade de mudança e como uma perspectiva de alteração dos papéis dos envolvidos, remetendo a uma necessidade de envolvimento do estudante/profissional em busca do aprendizado duradouro e significativo.

Dessa forma, as metodologias ativas possibilitam o protagonismo do estudante/profissional durante todo o processo de construção do conhecimento, por meio de desafios a serem superados pelos estudantes, tendo o professor o papel de orientador/mediador do processo^{15,16}. Essas metodologias permitem a articulação entre ensino, serviço e comunidade, possibilitando um diagnóstico aprofundado da realidade, uma vez que os diferentes conhecimentos e experiências dos envolvidos são valorizados e que a produção coletiva possui uma interface mais robusta para a incorporação nas práticas de saúde^{17,18}.

Dentre as metodologias ativas utilizadas na formação em saúde, destacam-se: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)^{19,20}, *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE)²¹, Aprendizagem Baseada em serviços – *Service Learning*²² e Aprendizagem por Pares²³⁻²⁵. Para viabilizar o seu uso, algumas ferramentas, instrumentos ou técnicas também são adotados, como, por exemplo, a Simulação Realística²⁶⁻²⁸ e as Ferramentas de gerenciamento de Risco²⁹. Quanto mais aplicáveis forem, melhor será o significado e, portanto, maior será o aprendizado.

APLICANDO OS OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM NO ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O processo de internalização ocorre mais facilmente no início da formação, quando os estudantes ainda não normalizaram práticas inseguras. No entanto, a identificação dessas práticas inseguras requer uma ação. A problematização evidencia a prática desviante e permite a realização de intervenções com o intuito de melhorar o processo da atenção em saúde.

Para um bom entendimento e futuras aplicações, o Quadro 1 exemplifica um cenário de ação pautado nos objetivos de aprendizagem apresentados e no Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde.

Quadro 1. Exemplo de aplicação dos Objetivos da aprendizagem para a redução de riscos e danos evitáveis relacionados à identificação dos pacientes

Objetivos de Aprendizagem: ao final da ação/intervenção/curso, o estudante/profissional deve ser capaz de:		
Domínio	Cognitivo – Nível Intermediário – Aplicar	
Aplicar as etapas do processo de identificação do paciente em todas as atividades de cuidado por meio de dois identificadores.		
Características	Audiência	Estudante e/ou profissional
	Comportamento	Aplicar as etapas do processo de identificação do paciente
	Condição	Ao abordar o paciente, independentemente da ação a ser realizada
	Grau	Confere na pulseira dois identificadores
Domínio	Psicomotor – Nível Superior – Naturalização	
Demonstrar habilidades na conferência da pulseira de identificação do paciente, utilizando no mínimo dois identificadores.		
Domínio	Afetivo – Nível Superior – Caracterização	
Motiva a mudança de comportamento com relação à identificação do paciente.		

Fonte: Churches¹¹, Waller e Directors¹³.

É importante destacar que, nesse cenário do Quadro 1, os objetivos de aprendizagem elencados de acordo com os domínios da Taxonomia de Bloom, apesar de descritos separadamente, podem e devem ser trabalhados em conjunto. Ainda, na redação dos objetivos de aprendizagem do domínio cognitivo, as características condição e grau não são obrigatórias. No entanto, elas tornam o objetivo mensurável, auxiliando no processo de ensino e de aprendizagem. Nos domínios psicomotor e afetivo, as características não são comumente utilizadas.

Outro aspecto a destacar é que a prática de identificação não exige conhecimentos complexos para a sua realização. Envolve, sim, grandes riscos uma vez que a não realização dessa prática pode abranger danos ao paciente^{30,31}, como procedimentos e terapêuticas realizados em pessoas erradas. Essas evidências deveriam ser, por si sós, mobilizadoras de mudanças, mas, sem uma internalização da cultura de segurança do paciente e do paciente no centro do cuidado em saúde, as práticas desviantes ainda são prevalentes, mesmo com a orientação de protocolos e diretrizes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, abordou-se uma reflexão acerca da importância da formação para a segurança do paciente em diferentes níveis e cenários de prática.

Em síntese, quando se pensa nos processos de ensino, de aprendizagem e de avaliação formativa para a segurança do paciente, as metodologias ativas se consolidam como uma estratégia imprescindível para a mudança no *status quo*. Podem contribuir para esse processo, desde que alinhadas aos objetivos de aprendizagem, para que efetivamente se tenha a internalização dos valores fundamentais da cultura de segurança do paciente, da prática não desviada. A Taxonomia de Bloom, na sua amplitude de domínios, agrega valores ao conhecimento.

Compreende-se que existem obstáculos relacionados com a formação em saúde em função da estrutura pedagógica dos cursos e da formação uniprofissional. Além disso, ainda existe a resistência dos profissionais, gestores, professores e estudantes de mudança para um modelo disruptivo que permita que a cultura de segurança do paciente se concretize.

Referências

1. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization. *Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition* [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2021 Jul 21]. 271 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 21 jul 2021]; Seção 1:43-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 2021 jul 21];35(1):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJL-Q4y49Vxj6M7yzt/abstract/?lang=pt>
5. World Health Organization. *Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care* [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Jul 21]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5
6. Shaw G. The Normalization of Deviance: Resisting the ‘New Normal’. *Emergency Medicine News* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 21];39(7):20-21. Available from: https://journals.lww.com/em-news/fulltext/2017/07000/special_report__the_normalization_of_deviance_.5.aspx
7. Odom-Forren J. The normalization of deviance: a threat to patient safety. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 21];26(3):216-9. Available from: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(11\)00261-9/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(11)00261-9/fulltext)
8. Sharon A, McNamara SA. The normalization of deviance: what are the perioperative risks? *AORN Journal* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 21];93(6):796-801. Available from: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.aorn.2011.02.009>
9. Gustavo AS, Figueiredo AEPL, Bandeira AG, Urbanetto JS, Schilling MCL. Simulação realística na prática pedagógica formativa: desenvolvendo o raciocínio clínico e o pensamento crítico. In: Mancia JR, Capellari C, Silva MCS, organizadores. *Sobre ensinar em enfermagem: metodologias, relatos e reflexões*. Porto Alegre (RS): ABEEn-RS; 2020. v. 1, p. 239-351.
10. Ferraz APCM, Belhot, RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod* [Internet]. 2010 [citado 21 jul

2021];7(2):421-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/abstract/?lang=pt#>

11. Churches A. Bloom's digital taxonomy: Australian School Library Association NSW Incorporated [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 21]; Available from: <http://burtonslifelearning.pbworks.com/w/file/attach/26327358/BloomDigitalTaxonomy2001.pdf>

12. Bilon E. Using Bloom's Taxonomy to Write Effective Learning Objectives: The ABCDs of Writing Learning Objectives: A Basic Guide. Kindle's edition. From author; 2019.

13. Waller KV, Directors NBO. Writing instructional objectives [Internet]. 2001 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.363.807&rep=rep1&type=pdf>

14. Krathwohl DR. A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory into practice [Internet]. 2002 [cited 2021 Jul 21];42(4):212-218. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15430421tip4104_2

15. Minardi MS, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [cited 2021 Jul 21];13(2):2133-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en.

16. Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 21];22(3):e20170435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en.

17. Fernandes CR, Falcão SNRS, Gomes JMA, Colares FB, Maior MMMS, Correa RV, et al. Ensino de emergências na graduação com participação ativa do estudante. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 21];38(2):261-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/SG4XbMVRrmNfx5qRCT7HXpS/?lang=pt>

18. Melo BC, Sant'Ana G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 21];23:327-39. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/pratica_metodologia_ativa.pdf

19. Thammasitboon K, Sukotjo C, Howell H, Karimbux N. Problem-Based Learning at the Harvard School of Dental Medicine: Self-Assessment of Performance in Postdoctoral Training. J Dent Educ [Internet]. 2007 [cited 2021 Jul 21];71(8):1080-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6152669_Problem-Based_Learning_at_the_Harvard_School_of_Dental_Medicine_Self-Assessment_of_Performance_in_Postdoctoral_Training

20. Souza SC, Dourado L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. HOLOS [Internet]. 2015 [citado 2021 Jul 21];31(5):182-200. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2880/1143>
21. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. Br Med J [Internet]. 1975 [cited 2021 Jul 21];1(5955):447-451. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1672423/pdf/brmedj01434-0047.pdf>
22. Bringle RG. Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices. J Higher Educ [Internet]. 1997 [cited 2021 Jul 21];68(6):715-7. Available from: <https://search.proquest.com/openview/d7f11bd8c0fb9e82b29fc96c6c5e81e6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41328>
23. Cardoso Neto FJA. Peer Instruction: guia prático para docentes da área de saúde sobre a utilização do método Peer Instruction como ferramenta de aprendizagem. Recife: Do Autor; 2019 [citado 2021 jul 21]. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/255/1/Guia%20Pr%C3%A1tico%20PI%20Fortunato.pdf>
24. Gray S, Wheat M, Christensen M, Craft J. Snaps+: Peer-to-peer and academic support in developing clinical skills excellence in under-graduate nursing students: An exploratory study. Nurse Educ Today [Internet] 2019 [cited 2021 jul 21];73:7-12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691718308153?via%3Dihub>
25. Pereira FI. Aprendizagem por pares e os desafios da educação para o senso-crítico. Int J Activ Learn [Internet]. 2017 [citado 2021 JUL 21];2(1):6-12. Disponível em: <https://revistas.unisuan.edu.br/index.php/ijal/article/view/76> . <https://doi.org/10.15202/25262254.2017v2n1p6>
26. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. BMJ Qual Saf [Internet]. 2004 [cited 2021 Jul 21];13(suppl 1):i2-i10. Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i2. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
27. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030 [Internet]. London (UK): NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
28. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Glossary. Clinical Simulation in Nursing [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 21];12:S39-S47. Available from: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)30133-5/pdf](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)30133-5/pdf)
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017 [citado 2021 jul 21].

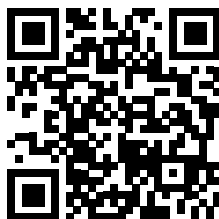
Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>

30. Alves KYA, Oliveira PTC, Chiavone FBT, Barbosa ML, Saraiva COPO, Martins CCF, et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [citado 21 jul 2021];31(1):79-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7npkKx5QT3YGdFf95kLZpbk/?lang=pt>

31. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 21];71(1):120-5. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gzTzKYSchfSd77pgyCmhg3c/?lang=en>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 2
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APRENDIZAGEM PARA AS PRÁTICAS
NO CUIDADO MAIS EFETIVO E SEGURO E TREINAMENTO NAS
PRÁTICAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA
E SUA RELEVÂNCIA PARA O
FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS
NO CUIDADO OFERTADO EM
SAÚDE EM PROL DA REDUÇÃO
DOS RISCOS E DA SEGURANÇA
DO PACIENTE

Viviane Leonel Cassimiro Meireles¹

Maria Cecília Martins Brito²

1. Mestra em Atenção à Saúde pela PUC Goiás. Enfermeira, docente do curso de Enfermagem da PUC Goiás, Superintendente da Escola de Saúde de Goiás. ID Lattes: 1292705925191562. E-mail: viviucg@gmail.com

2. Especialista em Saúde Pública pela URP, Especialista em Segurança do Paciente pelo IEP-HSL. Farmacêutica, Assessora do Conass, Analista em Saúde na SES/GO. ID Lattes: 1987871323561892. E-mail: ceci.visa@gmail.com

Resumo

O artigo teve como objetivo relatar a experiência de uma ação realizada para conhecer a percepção de discentes de uma Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, acerca da contribuição do curso, ministrado por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para promoção e transformação das práticas diárias, da organização dos serviços e da qualidade do cuidado ao paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida a partir de uma ação de aproximação das autoras com os discentes do curso. Verificou-se também a percepção dos discentes em relação à relevância do papel das Escolas de Saúde Pública na formação dos profissionais de saúde, bem como a contribuição das escolas para a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. O uso das metodologias ativas utilizadas no curso promoveu a reflexão acerca dos novos modelos de ensino-aprendizagem postos como contemporâneos e inovadores. Sendo assim, a sua aplicabilidade é recomendada ao reconhecermos a sua importância no processo de aquisição do saber.

Palavras-chave: Educação continuada. Aprendizagem baseada em problemas. Aprendizagem ativa. Saúde. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde têm incorporado cada vez mais tecnologias e inserido abordagens consideradas contemporâneas para as práticas do cuidado. Tais práticas podem vir acompanhadas de riscos relacionados com a prestação de assistência aos pacientes. Dessa forma, barreiras de segurança devem ser estabelecidas para prevenir eventos adversos e reduzir danos inerentes à prática assistencial¹.

Nesse sentido, existem diversas estratégias de segurança do paciente, inclusive desafios globais, que discutem, consideram e incentivam práticas seguras nos serviços de saúde². Para o enfrentamento do desafio da redução dos riscos inerentes à assistência em saúde, faz-se necessário investir na formação e na capacitação das equipes.

As Escolas de Saúde Pública (ESP) têm um papel fundamental na oferta de educação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que proporciona o fortalecimento das práticas do cuidar.

A fim de aprofundar a temática, o estudo aqui apresentado pretende descrever a contribuição de um curso de Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (QSCP) para o trabalho diário dos discentes participantes e apontar os avanços conquistados.

Como uma iniciativa educacional do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), o curso contou com a parceria do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês (IEP-HSL), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O IEP-HSL, responsável pela certificação do curso, contou com a articulação entre as ESP vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. As escolas foram responsáveis por fornecer atividades de secretariado, disponibilização de estrutura física, equipamentos audiovisuais e insumos para a realização do curso.

O curso foi oferecido no formato semipresencial, com carga horária de 440 horas, realizado de março a novembro de 2017, com encontros mensais de três dias e atividades a distância; e utilizou metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como problematização, aprendizagem baseada em projetos, aprendizagem baseada em equipes, entre outros. Fizeram parte do corpo discente profissionais, em sua maioria farmacêuticos e enfermeiros, vinculados às secretarias de saúde municipal e estadual de Goiás.

Este estudo, portanto, tem por objetivo descrever a percepção dos discentes acerca da contribuição de um curso de especialização na área da saúde, ministrado por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para a promoção e transformação das práticas diárias, da organização dos serviços e da qualidade do cuidado ao paciente. Propõe também verificar a percepção dos discentes em relação à relevância do papel das ESP na formação dos profissionais de saúde e contribuição para a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência desenvolvida a partir de uma ação de aproximação das autoras com os discentes do curso de Especialização em QSCP ofertado pelo IEP-HSL, que utilizou metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Na primeira etapa, foi realizada uma abordagem com os concluintes do curso possibilitando uma reflexão sobre o reflexo do conhecimento adquirido no curso nas práticas profissionais atuais. O segundo momento se deu na elaboração das perguntas para a composição de um questionário estruturado. Em seguida, o questionário, com cinco perguntas foi enviado por meio eletrônico para 37 especialistas certificados no ano de 2017. Posteriormente, as respostas foram analisadas e discutidas. A ação foi realizada por meio de uma comunicação efetiva com o público-alvo com uso de contato virtual, contando com a participação de 15 discentes.

O questionário teve o intuito de: compreender a contribuição das ESP para o fortalecimento das práticas dos profissionais no cuidado em saúde para a redução dos riscos e da segurança do paciente; relatar a experiência dos discentes sobre ter uma instituição como o IEP-HSL na condução do processo de ensino-aprendizagem do curso; apresentar a avaliação dos discentes sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem adotadas e utilizadas; conhecer a contribuição do curso no desenvolvimento das capacidades para intervenção e transformação das realidades e verificar o interesse dos profissionais em fazer outros cursos, nas modalidades presencial ou a distância, oferecidos por ESP que utilizem metodologias ativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da análise das respostas enviadas pelos participantes, foi evidenciado que eles consideram a ESP muito importante para a construção do conhecimento. Uma pequena parcela dos profissionais declarou que a contribuição da ESP se deu na área de infraestrutura do curso. Alguns tiveram o entendimento equivocado de que o curso de especialização foi promovido pela ESP.

Atualmente, uma das principais dificuldades das instituições que formam profissionais em saúde pública no Brasil é o de conseguir redesenhar as bases educacionais de forma a permitir a construção de uma formação pautada segundo as necessidades e a realidade do SUS³.

As ESP constituem-se de um espaço de gestão e execução de programas para desenvolvimento de profissionais que atuam na saúde pública e realizam articulação interinstitucional para estabelecer parcerias com universidades e instituições. Vale ressaltar o importante papel desempenhado pelas ESP, sendo essas consideradas lócus privilegiados para a formação dos trabalhadores do SUS⁴.

Pesquisas recentes comprovam que o modelo tradicional de ensino é cada vez mais obsoleto e incapaz de atender aos anseios e às necessidades da sociedade moderna⁵. É preciso uma prática educativa capaz de criar possibilidades ao educando de aprender e, conseqüentemente, desenvolver-se pela ampliação permanente da consciência⁶.

Pode-se perceber por meio das respostas que quase todos os participantes consideraram ser de alta relevância a experiência de ter uma instituição como o IEP-HSL conduzindo o processo de ensino-aprendizagem do curso dentro de uma ESP. Somente um deles considerou ser de baixa relevância a instituição condutora do curso. Os motivos acerca da alta conceituação declarados se deram por levar em consideração a respeitabilidade da instituição certificadora, que é uma referência nacional, pelo caráter inovador e pela alta qualidade do ensino ofertado.

Outro estudo com a participação de discentes de um curso de QSCP, ofertado pelo IEP/HSL, corroboram este ao declarar uma alta conceituação do curso com o uso de diversas metodologias ativas de ensino-aprendizagem como estratégia inovadora⁷.

Em relação à abordagem sobre uso e avaliação das metodologias ativas utilizadas no curso, obtivemos respostas que consideraram que elas proporcionaram um alto aprendizado ou que o aprendizado aconteceu com ressalvas. Somente um dos participantes considerou que o aprendizado aconteceu com ressalva, apontando a necessidade de uso de tecnologias internacionais. O restante dos profissionais declarou que as técnicas contribuíram para um autoaprendizado. As metodologias ativas foram vistas em outro estudo como facilitadoras de uma análise crítico-reflexiva das temáticas abordadas. Essas reflexões acerca da forma de cuidar no ambiente de trabalho influenciaram positivamente a maneira de pensar e agir no dia a dia profissional⁷.

Alguns participantes entenderam que o uso das metodologias ativas, apesar de promover um autoaprendizado, foi desafiador por terem apresentado medo do desconhecimento das técnicas por estarem acostumados com uma formação tradicional. Outros declararam que foi desafiador porque tiveram a necessidade de “sair da zona de conforto” já que o curso possui uma abordagem construtivista para educação de adultos.

Em outro estudo sobre metodologias ativas, é possível observar a resistência dos estudantes, pois é exigida uma quebra da passividade, o que causa desconforto já que requer uma postura proativa, o que nem sempre é bem assimilado e aceito por todos. Considera-se que a falta de experiência de estudantes com os fundamentos teóricos e práticos das metodologias ativas é um fator que limita a sua aplicação⁸. Os discentes podem se sentir um pouco perdidos justamente por desconhecerem tanto os conceitos quanto a aplicabilidade das metodologias ativas.

O grau de satisfação discente ante a utilização de métodos ativos de aprendizagem evidenciado em resultado de outro estudo demonstra a dificuldade adaptativa de alguns alunos no método, mesmo tendo estes uma boa aceitação e de não ter provocado diferença de rendimento entre os alunos⁵.

As metodologias ativas são baseadas na pedagogia problematizadora que tem o intuito de buscar a reflexão crítica e a aprendizagem participativa. Isso significa dizer que o conhecimento e as experiências dos profissionais são considerados e que servem como base para a discussão em equipe e um diálogo com a teoria. São essas metodologias que permitem levar as propostas de intervenção na prática⁴.

Para alguns discentes, o autoaprendizado proporcionado pelas metodologias ativas foi de excelência por terem sido consideradas as técnicas como produtivas, efi-

cientes e adequadas à natureza do tema do curso. Outros consideraram o autoaprendizado sob o prisma da inovação já que promoveu o empoderamento e a criatividade dos alunos colocando-os como protagonistas e proporcionando uma integração com a prática. No contexto dos serviços de saúde, as pedagogias problematizadoras favorecem o trabalho em equipe, transformando, aprimorando e qualificando a atuação profissional³.

Para uma parcela dos participantes da pesquisa, o uso das metodologias ativas permitiu um autoaprendizado, pois foi considerado uma prática reflexiva por ser estimulante, interessante e fascinante. As metodologias ativas mostram-se como uma temática de grande importância visto que fazem parte do atual processo de transformação e mudanças curriculares e metodológicas⁷. Elas motivam o discente, despertam o senso crítico que o direciona para buscar informações, no intuito de solucionar impasses e promover o seu próprio desenvolvimento⁹.

Por meio dos relatos dos discentes, percebe-se que quase a totalidade dos que concluíram o curso de especialização e participaram da ação consideraram que este permitiu o desenvolvimento de capacidades para intervenção e transformação da realidade em que atuam. Para dois participantes do curso, não se mostrou tão aplicável ao ponto de modificar suas práticas diárias mesmo declarando uma ótima aceitação do método utilizado.

Em outro estudo semelhante, os autores declararam que o curso em QSCP possibilitou a análise crítica das situações de trabalho atual e a reflexão acerca das ações capazes de promover mudanças positivas nessas realidades por parte de profissionais que já atuam no SUS⁷.

Pela análise das respostas referentes à última pergunta do questionário, percebeu-se o interesse por parte de quase todos os profissionais em fazer algum outro curso, oferecido por uma ESP, utilizando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Porém, foi ressaltada a preferência pela participação de cursos que possam acontecer na modalidade presencial.

Para uma parcela mínima que manifestou o não interesse em participar de outros cursos de mesma natureza, houve a justificativa por parte dos profissionais de já estarem aposentados ou de não terem gostado da metodologia utilizada. Nem todos os alunos estão preparados para utilizar as metodologias ativas, pois sentem dificuldade em buscar o conhecimento de forma totalmente diferente do método tradicional. É necessária uma mudança no papel do estudante que precisa assumir a responsabilidade pela própria aprendizagem. Além disso, é exigido um suporte apropriado do corpo docente e institucional para a implementação do método problematizador¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Especialização em QSCP, por meio de metodologias ativas, possibilitou uma mudança significativa na apropriação de novos saberes, o que impactou em mudanças na atuação dos profissionais de saúde, gerando uma prática mais segura na assistência à saúde no cotidiano do SUS.

O uso das metodologias ativas utilizadas no curso promoveu a reflexão acerca dos novos modelos de ensino-aprendizagem postos como contemporâneos e inovadores. Sendo assim, a sua aplicabilidade é recomendada ao reconhecermos a sua importância no processo de aquisição do saber.

A ESP apresenta um importante papel ao possibilitar que práticas pedagógicas educativas inovadoras, que se utilizem de estratégias como as metodologias ativas, estejam presentes nos processos formativos. É reconhecida também a capacidade de mobilização dos diferentes agentes sociais pelas escolas, o que é considerado um pressuposto para a consolidação do SUS.

Referências

1. Oliveira RM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery. 2014;18(1):122-9.
2. Schiesari L, Soeiro E, Petrolino HMBS, Santos L, Siqueira ILCP, Silva SC. Curso de especialização em qualidade e segurança no cuidado ao paciente: caderno do curso. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde; 2015. Projetos de Apoio ao SUS.
3. Souza RMP, COSTA PP. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. Saúde Debate. 2019;43(1):116-26.
4. Cardoso ML, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciên Saúde Coletiva. 2017;2(5):1489-500.
5. Christofoletti G, Fernandes JM, Martins AS, Oliveira Junior AS, Carregaro RL, Toledo AM. Grau de satisfação discente frente à utilização de métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de Ética em saúde. Revista Eletrônica de Educação. 2014;8(2):188-97.
6. Borochovcicus E, Tortella JCB. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. Ensaio: Aval Pol Públ Educ. 2014;22(83):263-94.
7. Amaral APS, Boery RNSO, Vilela ABA, Sena ELS. Metodologias ativas: relato de experiência

da participação em curso de especialização na área da Saúde. Rev Docência Ensino Superior. 2021;11-1-20.

8. Borges MC, Chachá SGV, Quintana SM, Freitas LC, Rodrigues ML. Aprendizado baseado em problemas. Medicina [Internet]. 2014 [citado 2021 maio 14];47(3):301-7. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86619/89549>

9. Pedrosa IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2011 [citado 2021 abr 2];9(2):319-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HLGrgVFFxsYTd6c9Q7yvBmF/abstract/?lang=pt>

10. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2010 [citado 2021 maio 5];34(1):13-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PgYxhjqpFYqvYK8HvQkDtP/?format=html>

EIXO 2
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APRENDIZAGEM PARA AS PRÁTICAS
NO CUIDADO MAIS EFETIVO E SEGURO E TREINAMENTO NAS
PRÁTICAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:
PROCESSO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE A PARTIR
DOS PROBLEMAS DA POPULAÇÃO

Luiz Roberto Augusto Noro¹

1. Doutor em Ciências da Saúde (UFRN); Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Departamento de Odontologia; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; <http://lattes.cnpq.br/2335211528795775>; luiz.noro@ufrn.br.

Resumo

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde ainda presente nos dias atuais é a ordenação da formação de recursos humanos. Avanços relacionados com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e iniciativas institucionais desenvolvidas ao longo dos últimos anos permitiram novas perspectivas para consecução desse objetivo. Entre as maiores dificuldades, configuram-se a estruturação das profissões da área da saúde ainda em uma perspectiva eminentemente disciplinar e especialista. Em função disso, é necessário que certos princípios essenciais para esses avanços sejam incorporados no cotidiano das instituições de educação e no Sistema Único de Saúde. Entre esses princípios, destacam-se a educação permanente em saúde, o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e interprofissional, a busca pela intersetorialidade e a formação de preceptores. Para isso, é fundamental a adoção de estratégias pedagógicas coerentes com a solução de problemas reais das ações do Sistema Único de Saúde, que transformem os serviços de saúde como cenário privilegiado de aprendizado e novas práticas de saúde. Esse avanço deve articular todos aqueles que acreditam na perspectiva da universalização da atenção à saúde de qualidade, com integralidade das ações, equidade no acesso e controle social como pilar de sua sustentação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Ensino. Capacitação de recursos humanos em saúde. Desenvolvimento de pessoal. Educação interprofissional.

INTRODUÇÃO

A incorporação do tema “saúde” na Constituição Brasileira de 1988 é sinalizada como um dos direitos fundamentais do ser humano, sendo considerado essencial para inclusão da população na sociedade a partir do exercício da cidadania¹. Com isso, deixa-se de conviver com a perspectiva do direito à saúde direcionado a determinados grupos que podiam pagar por “saúde”, passando-se a considerar saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado brasileiro. Esse direito traz para a sociedade desafios como a integralidade das ações e serviços de saúde, a equidade na definição destas ações, a descentralização administrativa e a participação social como determinantes na condução dessas conquistas e como elementos-chave nessa nova configuração².

De forma ampla, a saúde não se limita à ausência da doença, mas é compreendida como resultado de uma complexa rede de situações socialmente determinadas. Reforçada por essa concepção, a saúde se constitui como um campo multissetorial de

saberes e ações que extrapolam a tradicional prática das profissões da área da saúde de atuar sobre problemas específicos.

Esse movimento traz uma nova perspectiva na compreensão da formação uma vez que, na constituição das diferentes profissões na área da saúde, um movimento sempre presente foi relativo às defesas corporativas na delimitação precisa de seu campo de atuação.

Prova disso, a relativamente recente discussão sobre a lei do ato médico³ provocou debates acalorados. Para a categoria médica, essa lei deveria propor uma série de atividades de competência exclusiva do médico, promovendo melhores oportunidades no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, as outras profissões da área da saúde defendiam que esse excesso de concentração de poder exclusivamente nas mãos do médico dificultava as intervenções interprofissionais, além de deixá-las em posição subalterna à categoria médica. Esse modelo, apesar dos avanços, ainda representa forte elemento de resistência ao trabalho interprofissional, o qual teve como origem a forma como as profissões se organizaram e, especialmente, o processo formativo que as conduziu.

CONSTITUIÇÃO DAS PROFISSÕES DA ÁREA DA SAÚDE

Na construção histórica das diversas categorias profissionais envolvidas com a saúde, a definição de competências específicas configurava-se como elemento fundamental para sua legitimidade e legalidade. Essa lógica independia dos diferentes graus de formação, apesar da predominância dessa busca pelos profissionais de nível superior. Para essa definição, eram considerados os procedimentos e as intervenções baseadas em situações específicas, geralmente representadas por doenças ou enfermidades.

Para dar resposta a essa demanda, na década de 1960, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação⁴, os cursos de graduação se organizaram a partir do currículo mínimo, composto por disciplinas específicas previamente definidas, uniformemente distribuídas ao longo do tempo.

No currículo mínimo, a abordagem inicial relacionava-se com o denominado “ciclo básico” desenvolvido na lógica de disciplinas (anatomia, histologia, bioquímica, embriologia, microbiologia, entre outras). A disciplina refere-se a uma área específica de determinado conhecimento, com a finalidade de aprofundar elementos diretamente relativos a ela. Na lógica do currículo mínimo, cada disciplina se ocupava de forma isolada de seu referencial teórico, não permitindo integração entre os conhecimentos⁵. Fruto disso, ainda hoje se observa a incapacidade do ciclo básico em constituir um conteúdo adequado ao aprendizado, uma vez que não faz conexão com o ciclo profissionalizante dos cursos, proporcionando uma verdadeira fragmentação do conhecimento. As disciplinas do ciclo

básico, atualmente organizadas nessa lógica em vários cursos da área da saúde, permanecem isoladas e transmitem conhecimento muito específico e descontextualizado, levando o aluno à simples memorização do conteúdo, e não ao aprendizado^{6,7}.

Cumprido esse trajeto relacionado com o ciclo básico, os cursos se organizavam a partir de disciplinas específicas, focadas em procedimentos referentes ao diagnóstico e ao tratamento das principais enfermidades relativas à área profissional. Nessa perspectiva, tinham grande influência no ensino, os laboratórios para simulação das atividades práticas, posteriormente desenvolvidas em clínicas, ambulatórios ou hospitais.

O currículo mínimo passa a ser fortemente questionado a partir de propostas que buscam compreender a saúde para além de uma área específica de conhecimento. Com a Conferência de Alma-Ata, em 1978⁸, consolida-se a discussão sobre a saúde como direito humano fundamental, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. Também coloca o desenvolvimento adequado de medidas sociais e sanitárias como papel central dos governos, permitindo a todos os povos atingirem um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Aprofundando essas ideias, foram organizadas várias conferências internacionais focadas na proposta da promoção de saúde, a qual pretende se constituir em um modo de significar saúde e doença em uma perspectiva de ruptura com o modelo biomédico⁹.

[...] É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo⁹⁽³⁵⁶⁾

Esses princípios são apropriados pela Lei Orgânica da Saúde¹⁰, que reforça a determinação social do processo saúde-doença, enfatizando a necessidade de envolvimento intersetorial para solução de problemas complexos que extrapolam o setor saúde e enfatiza a importância do controle social. Além desses desafios, a Lei nº 8.080 também salienta, como papel do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação de recursos humanos em saúde. Com isso, e com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹¹, o Ministério da Educação propôs, em meados de 2002, Diretrizes Curriculares Nacionais para grande parte dos cursos de graduação da área da saúde, definindo como competência específica a formação de profissionais de saúde voltados para o SUS.

Para pensar em princípios básicos do SUS, além dos profissionais com graduação, é fundamental compreender o processo de incorporação de pessoal auxiliar nos serviços de saúde.

Assim, enquanto na educação superior, na década de 1960, preconizava-se o currículo mínimo, a formação de profissionais técnicos na área da saúde sequer era con-

siderada, uma vez que a legislação da época previa essa condição apenas para cursos das áreas industrial, agrícola e comercial⁴.

Em função desse quadro, para otimizar o trabalho dos profissionais de nível superior, eram contratados trabalhadores classificados como atendentes ou auxiliares no setor saúde. Atendente era o responsável pelo desenvolvimento de atividades elementares, não diretamente relacionadas com os procedimentos clínicos, não sendo exigido qualquer tipo de escolarização. Já os auxiliares referiam-se a um grupo que tinha concluído o ensino fundamental, desempenhando ações mais complexas, mas sem responsabilidade pelo procedimento propriamente dito. Diferentemente dos profissionais de nível superior, o locus de formação dos atendentes e auxiliares era o próprio serviço de saúde, na maioria das vezes, não estruturado para essa formação.

Considerando essa inadequação, em 1981, em função do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam principalmente à extensão de cobertura, surgiu o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde¹².

O Projeto Larga Escala, na compreensão dos autores¹³⁽⁶²¹⁾,

[...] não se configurou como política pública e sim como estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou ideia visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor.

Antecipando-se mais de 20 anos às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, o Projeto Larga Escala apresentava princípios teóricos em sua concepção que previam a problematização da realidade como recurso essencial para o aprendizado no ambiente dos serviços de saúde. Para isso, propunha a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço, tendo como instrutores profissionais de nível superior capacitados para tal fim, sem afastar o servidor de suas atividades, promovendo uma proposta de educação continuada¹⁴.

A partir desse processo e das capacitações pedagógicas realizadas no âmbito do Larga Escala, foi possível sensibilizar profissionais de saúde das mais diversas inserções ao exercício de repensar o processo pedagógico tradicionalmente desenvolvido na academia e reproduzido nos serviços.

Da academia aos serviços de saúde

A articulação entre o SUS e as instituições formadoras é fundamental para que se possa alterar efetivamente o processo formativo, articulando as práticas de saúde a partir de estratégias pedagógicas coerentes com essa necessidade. Para isso, é fundamental que a

formação dos diversos profissionais da área da saúde atenda aos interesses da sociedade de forma a estruturar a universalidade em uma rede de ações e cuidados a partir da articulação de problemas epidemiológicos, clínicos, da organização da gestão¹⁵, processos essenciais para pensar na segurança do paciente na perspectiva de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, as metas para Segurança do Paciente baseadas nas metas internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) são coordenadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, com foco direcionado a protocolos básicos priorizando a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais¹⁶.

Para que esse percurso seja realizado, é importante que alguns princípios, essenciais na perspectiva da ordenação da formação a ser protagonizado pelo SUS, sejam observados.

Educação Permanente em Saúde

O pressuposto da Educação Permanente em Saúde (EPS) é o de desenvolver processos educativos imersos no SUS, considerando o trabalho a ser desenvolvido dentro dele, independentemente do nível de atenção¹⁶. Esses lugares de produção de cuidado devem se configurar como cenário de intensa produção pedagógica centrada na integralidade, corresponsabilidade e resolutividade a partir da articulação entre profissionais de saúde e usuários¹⁷. Em sua perspectiva pedagógica, a EPS tem seu enfoque na educação problematizadora, que vincula a produção de conhecimento aos problemas concretos do cotidiano dos serviços de saúde, realizado por profissionais de saúde, gestores e usuários¹⁸.

Trata-se, pois, de uma ruptura com a formação tradicional centrada no conteúdo e no procedimento especializado, ainda hoje presente em vários cursos de graduação e técnicos, para uma proposta de ambientação do professor e dos alunos ao conhecimento da realidade que o circunda, transformando-os em atores estratégicos para solução de problemas. Dessa forma, é papel primordial da EPS desenvolver mecanismos para estimular todos os envolvidos com esse processo educativo.

Converge-se para o preconizado por Paulo Freire¹⁹⁽¹⁴⁾ na possibilidade de desenvolvimento da reflexão crítica sobre a prática: “A educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. Existem graus de educação, mas estes não são absolutos”.

A EPS não pode ser aprisionada a processos tradicionais de formação, nos quais a certificação representa, muitas vezes, o elemento mais procurado pelo aluno. Ela deve ser compreendida como um espaço de ruptura desses padrões, passando a ser focado na parceria entre as instituições de educação e o mundo do trabalho e formação representado pelo SUS.

Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

A interdisciplinaridade parte do pressuposto que as disciplinas, isoladamente, não conseguem dar resposta a problemas concretos que exigem articulação de diferentes campos de conhecimento.

A formação interdisciplinar em saúde parte do aprofundamento da discussão sobre os determinantes da saúde, incluindo os vários conhecimentos e vivências necessários para isso, distanciando-se dos procedimentos, técnicas e teorias circunscritos aos campos disciplinares desenvolvidos em cada profissão²⁰. Para isso, é importante que as instituições de educação compreendam a necessidade de diálogo crítico entre os vários atores envolvidos (estudantes, docentes, profissionais de saúde e usuários), momento no qual se aprende a essência do trabalho em equipe para pensar coletivamente na transformação da realidade de um determinado território²⁰.

O aprendizado a partir da interdisciplinaridade permite o desenvolvimento do trabalho interprofissional, qual seja: a articulação permanente entre os vários profissionais que compartilham seu conhecimento e o colocam a serviço da solução de problemas. Para isso, é fundamental que, a partir da reflexão crítica de todos os atores envolvidos, o discurso teórico seja de tal modo concreto, que quase se confunde com a prática²¹. A partir desse referencial, compreende-se que quanto mais se trabalha individualmente, mais há necessidade de se apropriar de saberes fora de sua área, ao mesmo tempo que quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros²².

É importante ressaltar que o trabalho interprofissional se configura como um dos maiores desafios atuais na perspectiva de quebrar a cultura de formação disciplinar, ainda hoje vigente em grande parte das instituições de educação. Para isso, é fundamental que se aprofunde a lógica da educação permanente, materializada a partir do estímulo de gestores para consolidação dessa prática, assim como uma postura crítica do profissional de saúde para romper com sua formação tradicional, permitindo observar os avanços possíveis a partir de práticas interprofissionais colaborativas²³.

Intersetorialidade

Os princípios básicos da intersetorialidade convergem para a perspectiva de desenvolvimento da ação interprofissional para além dos profissionais de saúde, incluindo

os mais diversos setores de atividades humanas que tenham relação com a melhoria da qualidade de vida da população.

Deve ser compreendida como estratégia de melhoria da eficácia, eficiência e efetividade da gestão pública ao propor confluir interesses comuns a partir de campos de conhecimento e atuação distintos, para solução de problemas complexos, evitando a duplicidade de ações”²⁴.

Um conceito de intersectorialidade proposto por Akerman et al.²⁵⁽⁴²⁹⁴⁾ a define como:

[...] modo de gestão [o que] desenvolvido por meio de processo sistemático de [como] articulação, planejamento e cooperação entre os distintos [com quem] setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre [para que] os determinantes sociais.

Apesar da clara evidência da necessidade de ações intersectoriais ao se propor um modelo de atenção centrado na promoção de saúde, é importante ressaltar que seu desenvolvimento apresenta várias dificuldades e limitações. Para sua incorporação, há necessidade de mudanças nos processos de gestão tradicionalmente centrados em setores específicos, muitas vezes com forte viés dos acordos políticos configurados pelos cargos no âmbito da gestão pública, assim como interesses pontuais por disputa de poder.

Tal tema é pouco discutido pelas instituições de educação, uma vez que a formação tradicional foca suas ações nas competências específicas das diferentes profissionais. Ou seja, se a interprofissionalidade configura-se como enorme desafio, a intersectorialidade sequer encontra-se em debate no âmbito acadêmico.

Entretanto, é fundamental que essa concepção seja cada vez mais enfatizada e incorporada às discussões nos distintos campos, permitindo que atividades complexas, como as relacionadas com as ações de saúde, possam extrapolar esse campo específico de prática e conhecimento.

Preceptoría

A preceptoría é uma das mais poderosas estratégias na articulação das instituições de educação com os serviços de saúde ao contribuir com a efetiva mediação entre estudantes e o mundo do trabalho. O preceptor, profissional vinculado ao serviço de saúde, é essencial na condução do processo pedagógico na integração ensino-serviço por conhecer a realidade local e ter a dimensão do quanto a parceria pode contribuir para avanços do sistema de saúde. Nesse sentido, o docente da instituição de educação desempenha papel fundamental ao proporcionar tranquilidade e apoio pedagógico ao preceptor no desenvolvimento de suas atividades, nem sempre afeitas à sua atividade na condição de preceptor.

Considerando esses elementos, a preceptoria deve ser compreendida como espaço privilegiado de construção de conhecimento de todos os envolvidos, permitindo reflexão sobre a prática realizada no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando questionamento permanente sobre as ações desenvolvidas, assim como sua recondução, seja na perspectiva pedagógica, seja na perspectiva clínica²⁰.

Para que o profissional de saúde possa desenvolver suas habilidades complexas na condição de preceptor e proporcionar aprendizagem do aluno, é fundamental sua inserção em processo de educação permanente, uma vez que, para desempenhar o papel de agente ativo na construção do conhecimento, competências dessa natureza devem fazer parte de seu cotidiano²⁶. Os serviços de saúde caracterizam-se como cenário privilegiado de construção de conhecimento, considerando os problemas concretos vivenciados pela equipe de saúde e pela população na perspectiva da busca de soluções. A interação entre estudantes, docentes e preceptores permite encarar esse espaço como campo para desenvolvimento do pensamento crítico, análise de situação e formulação de decisões criativas¹⁵.

Mesmo sinalizando dificuldades na relação entre as instituições de educação e os serviços públicos de saúde, como na compatibilização de agendas, no despreparo de alguns preceptores ou desinteresse de parte dos docentes²⁷, a preceptoria é um mecanismo fundamental para atingir plenamente o princípio do SUS como ordenador de recursos humanos ao colocar o serviço público e seus atores como essenciais na formação acadêmica.

CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO PROBLEMATIZADORA EM SAÚDE

Considerando os princípios elencados acima, é fundamental promover a discussão relacionada com as estratégias pedagógicas mais adequadas para aprendizagem efetiva na área da saúde. Todos os caminhos sinalizados levam à conclusão de que o mais adequado para isso se refere à adoção de Metodologias Ativas de Aprendizagem no processo formativo.

Compreende-se por Metodologia Ativa de Aprendizagem todo processo educativo que se orienta a partir de problemas que provoquem a curiosidade do aluno e o leve a buscar a melhor solução para esse problema. Esse processo desenvolve-se a partir de um processo reflexivo de apreensão do objeto, busca de informações em referenciais científicos ou nas suas vivências, articulação com seus conhecimentos prévios, levando à formulação de respostas não necessariamente iguais para os mesmos problemas.

Diz-se, portanto, que, nessa situação, o aluno estará ativo em seu processo formativo, uma vez que precisará se mobilizar para construir seu conhecimento a partir de sua reflexão crítica. É importante observar que a ruptura da dependência do conhecimento do professor se dá pela busca da autonomia que permitirá liberdade ao aluno em seu processo formativo ao longo de sua vida. Também marcante nas metodologias ativas é a preferência pelo trabalho em grupo, responsável pela troca constante de saberes, pela cooperação e pela potencialidade nas construções coletivas como elementos fortalecedores das relações sociais e da construção do novo conhecimento.

É fundamental, entretanto, enfatizar o papel fundamental do professor nesse processo, nem sempre de fácil compreensão para o aluno (e, na maioria das vezes, para o próprio professor), no estímulo à busca necessária para esse percurso, estratégia absolutamente distante da educação formal tradicional. Entende-se que, para isso, é necessário um amplo debate com os professores uma vez que a lógica de detentor do conhecimento e único responsável pela formação do aluno não é o que conduz esse processo de formação. Todavia, ao compreender que ele mesmo também pode aprender muito no processo e que sua experiência pode contribuir para esse crescimento do aluno, deve recolocá-lo no protagonismo do processo educativo, desempenhando a partir daí um novo papel.

Existem diferentes estratégias pedagógicas que se caracterizam como Metodologias Ativas de Aprendizagem. Conforme já sinalizado, todas partem de um problema para seu desenvolvimento. Contudo, cada uma apresenta particularidades que permitem, a partir da característica da ação educativa a ser desenvolvida, melhor aplicação à situação a ser trabalhada. Resumidamente, entre essas estratégias destacam-se:

Metodologia da Problematização

A Metodologia da Problematização tem como elemento fundante o desenvolvimento do processo de aprendizagem a partir de problemas concretos, presentes na realidade dos serviços de saúde ou da comunidade. Além da perspectiva do aprendiz colocado na proposta metodológica, caracteriza-se como opção pedagógica para transformação da realidade observada, a partir das propostas sinalizadas ao longo da atividade educativa. Para isso, propõe que o aluno se aproprie concretamente do problema identificando não somente suas características gerais, mas compreendendo-o em sua totalidade; identifique as variáveis mais determinantes da situação (pontos-chave); teorize sobre essas variáveis, permitindo que use seu raciocínio lógico na formulação de uma hipótese de solução para o problema²⁸.

Por lidar com problema real, na etapa final, aplicará essa hipótese à realidade e avaliará sua pertinência na solução do problema.

Problem-Based Learning (PBL) – Aprendizagem Baseada em Problemas

Apesar de uma arquitetura metodológica diferenciada, que prevê a elaboração das atividades educativas em sete passos sequenciais, a grande diferença entre o PBL e a Metodologia da Problematização centra-se na configuração do problema a ser utilizado como referência para o aprendizado.

No PBL, o problema é totalmente estruturado, formulado a partir das competências que se espera que o aluno possa desenvolver para efetivar seu aprendizado. Ou seja, o problema é formulado com foco no objetivo de aprendizagem a ser alcançado pelo aluno. Tem como grande vantagem a perspectiva de previsibilidade geralmente requisitada nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação²⁹. Possivelmente por isso, é atualmente a metodologia ativa mais incutida em cursos da área da saúde que se propõem a inovar sua proposta pedagógica, viabilizando a construção de currículo integrado e aprendizado interdisciplinar.

Pedagogia baseada em projetos

Como toda metodologia ativa de aprendizagem, a pedagogia baseada em projetos busca centrar seu processo de aprendizado no problema. De forma semelhante à metodologia da problematização, busca-se conhecer problemas reais vinculados aos serviços de saúde ou à comunidade. O diferencial é a estratégia de propor ao aluno a construção de um projeto (semelhante ao processo de um projeto de pesquisa) que pense globalmente na solução do problema.

Nesse processo, são trabalhadas questões interdisciplinares, estimula-se a tomada de decisões, incentiva-se o trabalho em equipe, possibilitando o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico e reflexivo³⁰. A criatividade e a flexibilidade compõem elementos estruturantes dessa proposta ao estimular os alunos a construir um novo conhecimento que pode servir como alternativa para solução de problemas persistentes. Também é importante enfatizar que é fundamental consultar o referencial bibliográfico de estudos anteriores para permitir propostas coerentes com o estado da arte do tema em questão.

Team-Based Learning (TBL) – Aprendizagem Baseada em Equipes

A Aprendizagem Baseada em Equipes tem sua fundamentação teórica centrada no construtivismo, valorizando a responsabilidade individual na perspectiva de sua con-

tribuição na construção coletiva do conhecimento, ou seja, sua responsabilização sobre os resultados a serem desenvolvidos pela equipe.

Central na proposta pedagógica é a composição de equipes (cinco a sete membros) marcada pela diversidade dos membros em busca de sua coesão. Também é essencial a preparação prévia das atividades que serão desenvolvidas pelo grupo, sempre tendo como referência problemas que servirão para fortalecer o trabalho colaborativo na busca de suas soluções. Nessa etapa crítica, os estudantes são responsáveis por identificar o problema a ser aprofundado a partir de leituras prévias, realização de experimento, realização de entrevista, entre outras atividades, visando contribuir com sua equipe no estudo a ser realizado em sequência³¹.

Além de a estratégia pedagógica ter como fundamento a solução de problemas como perspectiva concreta de aprendizado, o processo de trabalho proposto, centrado na equipe, configura-se como diferencial importante no contexto das Unidades de Saúde, considerando-se o princípio da interprofissionalidade.

Sala de aula invertida

A sala de aula invertida parte da premissa que o aluno deve ter uma série de conteúdos e conhecimentos prévios às atividades a serem desenvolvidas em sala de aula, definidos pelo professor. É importante ressaltar que não se trata de mera aquisição de novos conhecimentos, uma vez que o material deve permitir autonomia do aluno para seu aprofundamento, com condições de subsidiar efetivamente as atividades que irá desenvolver em “sala de aula” posteriormente.

Em seguida a essa fase, que deve ser planejada para permitir tempo adequado ao aluno para acessar e explorar o material fornecido, é realizada a atividade no espaço de aprendizagem mediado pelo professor, o qual pode ser, inclusive, a sala de aula. Esse espaço muda sua composição historicamente construído como local em que o docente transmite seus conhecimentos, para caracterizar-se no desenvolvimento nos níveis mais elevados do trabalho cognitivo: aplicação, análise, síntese, significação e avaliação, com apoio de seus pares e do professor³².

Como é essencial nas metodologias ativas, o momento em sala de aula, no serviço de saúde, no campo ou em laboratório é centrado na solução de problemas, coerentes com o material didático acessado previamente pelos alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios no âmbito do SUS continua sendo sua responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos. Tal preceito contraria interes-

ses representados por distintos nichos dentro da organização capitalista. Dentre estes, destacam-se as empresas privadas da área da saúde preocupadas na comercialização de produtos focados no procedimento clínico, profissionais de saúde cada vez mais concentrados nas especialidades e instituições de educação pouco afeitas às articulações fora de seus muros.

Entretanto, avanços foram conquistados para pensar a articulação das instituições de educação com os serviços e ações do SUS, voltados especialmente para a conquista da qualidade de vida. Esse avanço deve articular todos aqueles que acreditam na perspectiva da universalização da atenção à saúde de qualidade, com integralidade das ações, equidade no acesso e controle social como pilar de sua sustentação.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(suppl):203-11.
3. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União*. 11 jul. 2013; Seção 1:1.
4. Brasil. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*. 27 dez. 1961; Seção 1;11429.
5. Noro LRA, Farias-Santos BCS, Sette-de-Souza PH, Pinheiro IAG, Borges REA, Cruz RKS, et al. Revisiting the Basic Cycle: prospects by undergraduates' students of a Brazilian Dentistry school. *Pesqui Bras Odontopediatria e Clín Integr*. 2019;19:e3901.
6. Moura DTD, Foltran RS, Fraiz IC, Novak EM. Articulação entre os ciclos básico e profissionalizante: percepção dos alunos da UFPR. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(1):224-34.
7. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica do Brasil: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica; 2009.
8. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):e00012219.
9. Heidmann ITSB, Almeida MCP, BoehsAE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória

histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):352-8.

10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 set. 1990; Seção 1:1.

11. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Oficial da União.* 23 dez. 1996; Seção 1:27833.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1982.

13. Bassinello GAH, Bagnato MHS. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):620-26.

14. Santos I, Souza AA. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde Debate.* 1989;24:61-4.

15. Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoría em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Docência Ens Sup.* 2020;10:e013483.

16. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(1):170-85.

17. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2007;11(23):427-38.

18. Ceccim RB, Ferla A. Educação permanente em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 162-8.

19. Freire P. *Educação e mudança.* 42. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2012. 46 p.

20. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. *Interface.* 2018;22(67):1257-66.

21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 60. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2019.

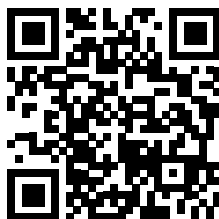
22. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1739-49.

23. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GES. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde.* 2018;(16):1141-62.

24. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4361-70.
25. Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersectorialidade? Intersectorialidades! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4291-300.
26. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface*. 2015;19(suppl.1):779-91.
27. Sales PRS, Marin MJS, Silva Filho CR. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(3):675-93.
28. Cortes LF, Padoin SMM, Berbel NAN. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):471-6.
29. Barell J. *Problem-Based Learning. An Inquiry Approach*. Thousand Oaks: Corwin Press; 2007.
30. Bacich L, Moran J, organizadores. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática*. Porto Alegre: Penso; 2018.
31. Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):293-300.
32. Valente JA. Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. *Ec Rev*. 2014;(spe4):79-97.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
PRODUZINDO PESQUISA PARA COMPREENSÃO
DAS LACUNAS NA ASSISTÊNCIA

PESQUISA EM SEGURANÇA
DO PACIENTE: PRODUZINDO
EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO
SEGURO

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva¹

Juliana Santana de Freitas²

Maiana Regina Gomes de Sousa³

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>. E-mail: anaelisa@terra.com.br.

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Ensino. Hospital Israelita Albert Einstein. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9839-8672>. E-mail: juliana.defreitas@einstein.br

3. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Analista de Qualidade do Hospital Sírio Libanês. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2191-9131>. E-mail: maianaregina@gmail.com

Resumo

A pesquisa científica em segurança do paciente é de vital importância para compreensão dos riscos e incidentes associados ao cuidado, assim como para o desenvolvimento de intervenções eficazes para a redução de danos aos pacientes. Este artigo objetivou compreender as recomendações existentes e verificar o papel das universidades brasileiras na promoção de pesquisa em segurança do paciente. Análises de diretrizes, artigos e documentos nacionais e internacionais foram realizadas, assim como investigação no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq. Os documentos analisados apontaram para o desafio de transformar o conhecimento científico em soluções com impacto na melhoria das práticas em saúde e políticas públicas. É necessário aumento do financiamento em pesquisa, desenvolvimento de competências em segurança do paciente para pesquisadores, definição de diretrizes e áreas prioritárias de estudo. No Brasil, no período entre 2010 e 2021, foi identificado aumento no número de grupos de pesquisa com o termo “segurança do paciente” em seu nome, assim como de linhas de pesquisa sobre segurança do paciente. Conclui-se que é fundamental o investimento em centros de pesquisa para a condução de estudos integrados e multidisciplinares de alta qualidade, que possibilitem avanço na construção de evidências para o cuidado seguro nos diferentes contextos assistenciais.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Pesquisa. Financiamento da pesquisa. Pesquisas sobre serviços de saúde. Recursos para a Pesquisa.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um problema de saúde pública global, com milhões de pacientes sofrendo danos todos os anos em decorrência de cuidados inseguros. Esse problema afeta países em todos os níveis de desenvolvimento; contudo, os fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos diferem segundo cenário, cultura local e recursos disponíveis^{1,2}.

Pesquisas estimam que a taxa de eventos adversos em países de média a alta renda seja de, aproximadamente, 10%, o que significa que 1 em cada 10 pacientes admitidos em hospitais pode sofrer um evento adverso³. Acredita-se que nos países em desenvolvimento essa taxa seja ainda maior.

Infecções relacionadas com a assistência à saúde, diagnósticos incorretos, atrasos no tratamento, lesões devido ao uso inadequado de dispositivos médicos e erros de medicação são exemplos de eventos adversos comuns e que ocasionam danos evitáveis

aos pacientes. Reduzir a incidência desses eventos e seus danos é um desafio para todos os profissionais de saúde, e há muito a ser aprendido e compartilhado entre nações desenvolvidas, países em desenvolvimento e países em transição¹.

A consciência de que sistemas falham e permitem que erros se propaguem, atinjam os pacientes e causem eventos adversos possibilita que gestores de instituições de saúde e profissionais envolvidos no cuidado adequem suas estruturas, revejam os processos de trabalho, construam e reforcem barreiras de defesa, reduzindo as falhas latentes que estão presentes nos ambientes de cuidado e que os tornam frágeis e suscetíveis a erros⁴.

Nesse contexto, a realização de investigações torna-se imperativa, a fim de fornecer evidências sobre os fatores causais dos erros, soluções eficazes para sua prevenção, e como estas podem ser utilizadas dentro da diversidade e complexidade assistencial existente no mundo. Ressalta-se que a condução de pesquisas dentro da área da segurança do paciente deve promover a tradução dos resultados em soluções e intervenções reais, melhores práticas, cuidados mais seguros, contribuindo para a construção de políticas institucionais e públicas.

Este artigo objetivou compreender as recomendações existentes para promoção da pesquisa em segurança do paciente, identificando os caminhos percorridos no mundo e no Brasil, e verificar o papel das universidades brasileiras no desenvolvimento desse tema.

MÉTODOS

O presente texto descreve os movimentos realizados por importantes órgãos internacionais e nacionais para a promoção da pesquisa em segurança do paciente.

Destacamos que este estudo não tem a intenção de realizar uma revisão de literatura, mas, sim, de compreender as principais diretrizes para a pesquisa em segurança do paciente descritas nos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, nos artigos científicos publicados com dados da construção desses documentos, assim como materiais oficiais do Ministério da Saúde do Brasil.

Buscamos também verificar o papel das universidades brasileiras no desenvolvimento das pesquisas em segurança do paciente. Para tanto, foi realizada uma pesquisa do tipo documental, de natureza quantitativa, no *site* do Diretório dos Grupos de Pesquisa (DGP) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>) que reúne informações sobre os grupos de pesquisa vinculados a instituições de ensino e pesquisa do Brasil. O levantamento dos dados foi realizado no dia 25 de junho de 2021, por meio de busca de grupos no *site* do DGP, em duas etapas descritas a seguir.

Na primeira etapa, o termo (exato) “segurança do paciente” foi utilizado para busca no campo específico “Nome do Grupo”. Na segunda etapa, o termo “segurança do paciente” foi utilizado para busca no campo específico “Nome da linha de pesquisa”. Ambas as pesquisas foram realizadas considerando o censo do DGP de 2010 – antes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); censo de 2014 – imediatamente após o PNSP, e base corrente (2021). Nas duas etapas, foram excluídos os grupos que não estavam certificados pela instituição, cujo ano de formação era superior ao de busca, que não estavam atualizados, que ainda estavam em preenchimento ou que foram excluídos pela plataforma.

Na primeira etapa, no censo de 2010, foram identificados 22 grupos de pesquisa, dos quais 18 foram excluídos, restando 4 grupos. No censo de 2014, também foram identificados 22 grupos, mas excluídos 13, restando 9. Na base corrente (2021), foram identificados 16 grupos.

Na segunda etapa, no censo de 2010, foram identificados 71 grupos de pesquisa, dos quais 53 foram excluídos, restando 18 grupos. No censo de 2014, foram identificados 71 grupos, excluídos 44, restando 27. Na base corrente (2021), foram identificados 56 grupos, excluídos 2, restando 54 grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Promoção da pesquisa para a segurança do paciente

A OMS lançou, em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) com o objetivo de desenvolver e recomendar ações de melhoria da segurança do paciente ao redor do mundo, socializando conhecimentos, intervenções e soluções encontradas, ampliando a conscientização e facilitando o desenvolvimento de políticas e práticas seguras⁵. A pesquisa em segurança do paciente é descrita como uma das ações prioritárias da OMS, que recomenda a realização de projetos de pesquisa qualitativos e quantitativos por todos os Estados-Membros, que possam gerar evidências capazes de serem usadas de forma colaborativa para tornar a assistência à saúde mais segura e reduzir os danos ao paciente em escala global⁶.

Surge, então, um novo campo de pesquisa em serviços de saúde, capaz de criar uma base de evidências sobre a magnitude do problema de segurança do paciente, os principais fatores relacionados com a ocorrência dos eventos adversos, soluções eficazes e eficientes para construção de sistemas de saúde mais seguros, além do delineamento de prioridades de pesquisa a serem desenvolvidas em diferentes contextos e ambientes^{1,7}.

Em 2008, a OMS publicou o relatório *Resumo das evidências sobre a segurança do paciente: implicações para a pesquisa (Summary of the evidence on patient safety: implications for research)*², fruto do trabalho de um grupo de especialistas no delineamento da direção futura da pesquisa em segurança do paciente em todo o mundo⁸. O relatório apresentou resultados de pesquisas sobre segurança do paciente existentes à época, cuja maioria era proveniente de países desenvolvidos, e nas quais a assistência médica insegura já despontava como uma das principais fontes de morbidade e mortalidade das pessoas em nível mundial. O documento define 23 áreas prioritárias para pesquisas em segurança do paciente, com base nos componentes da qualidade propostos por Donabedian: estrutura, processo e resultados⁹. Ao definir as prioridades de pesquisa, a OMS possibilitou a colaboração e o compartilhamento de resultados para além das fronteiras geográficas, obtendo o máximo benefício possível, especialmente quando os recursos para desenvolvimento de pesquisas são limitados¹.

Pesquisas em segurança do paciente permitem verificar tipo, frequência e condições clínicas nas quais os eventos adversos ocorrem. Nesse contexto, a OMS sugere pesquisas para redução de danos decorrentes de: infecções relacionadas à assistência à saúde; eventos adversos a medicamentos; eventos adversos cirúrgicos e em anestésias; eventos adversos com dispositivos médicos; práticas inseguras de injeção e produtos sanguíneos inseguros. Outros tópicos de pesquisa nessa área compreendem: determinantes organizacionais e falhas latentes; acreditação e regulamentação; cultura de segurança; treinamento, educação e recursos humanos; estresse e fadiga; erros de diagnóstico; falta de envolvimento dos pacientes na segurança do paciente etc⁶. A OMS propõe um ciclo contínuo de pesquisas sobre segurança do paciente que envolve: 1) medir a magnitude e o tipo de diferentes eventos adversos que causam danos ao paciente, 2) compreender as causas subjacentes dos danos ao paciente, 3) identificar soluções para tornar o atendimento de saúde mais seguro e reduzir os danos aos pacientes; e 4) avaliar a eficácia e o impacto das soluções em ambientes da vida real^{6,10}.

No Brasil, o PNSP, implantado em 2013 com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, está organizado em quatro eixos, um dos quais trata do incremento à pesquisa em segurança do paciente. Ao Comitê de Implementação do PNSP, entre outras coisas, compete recomendar estudos e pesquisas relacionados com a segurança do paciente, de modo a ampliar a produção e a difusão de conhecimento nessa área¹¹.

Em 2018, o Ministério da Saúde publicou documento intitulado *Agenda de Prioridades de Pesquisa*, no qual quatro tópicos de segurança do paciente aparecem como linhas de pesquisa prioritárias do “Eixo 9 – Programas e políticas em saúde”, a saber¹²:

- Avaliação dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde, relacionados à Segurança do Paciente, e seus impactos na saúde pública;
- Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) no SUS;
- Avaliação econômica e da segurança do paciente, considerando os desperdícios nos serviços de saúde;
- Análise da relação entre o desempenho da gestão hospitalar local (estados e municípios) e a segurança do paciente.

A importância da realização de pesquisa em segurança do paciente é irrefutável; porém, faz-se necessária a capacitação dos pesquisadores possibilitando a ampliação do número de pessoas aptas a realizá-las.

A construção da capacidade para realização de pesquisas científicas envolve um processo complexo e de longo prazo. Algumas características ou habilidades são essenciais para o desenvolvimento de um pesquisador competente em segurança do paciente, como: conhecimento de métodos de pesquisa; integração de pesquisa e prática; habilidades de tradução de conhecimento; liderança e comunicação; competência cultural; compreensão do pensamento sistêmico; envolvimento dos pacientes; e sensibilidade ética¹³.

Competências básicas para a pesquisa em segurança do paciente já foram estabelecidas e fornecem uma estrutura para definição de componentes curriculares e para educação e treinamento de pesquisadores em segurança do paciente em todo o mundo¹³. Essas competências estão agrupadas em três grandes categorias: 1) Compreensão da ciência da segurança do paciente; 2) Condução e gerenciamento de projetos de pesquisa; e 3) Garantia de que os resultados da pesquisa sejam transformados em ação para mudanças de políticas, melhoria da segurança do atendimento ao paciente e dos resultados assistenciais¹³.

As competências básicas para a pesquisa em segurança do paciente estão elencadas no Quadro 1.

Quadro 1. Competências Básicas para a Pesquisa em Segurança do Paciente

Competência 1 – Compreensão da ciência da segurança do paciente – Descrever os conceitos fundamentais da ciência da segurança do paciente, em suas especificidades contexto social, cultural e econômico.
<p>1.1 Definições básicas e conceitos fundamentais, incluindo fatores humanos e teoria organizacional</p> <p>1.2 O peso do cuidado inseguro</p> <p>1.3 A importância de uma cultura de segurança</p> <p>1.4 A importância de uma comunicação e colaboração eficazes nas equipes de atendimento</p> <p>1.5 O uso de estratégias baseadas em evidências para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados</p> <p>1.6 A identificação e gestão de perigos e riscos</p> <p>1.7 A importância de criar ambientes para cuidados seguros</p> <p>1.8 A importância de educar e capacitar pacientes para serem parceiros para um cuidado mais seguro</p>
Competência 2 – Condução e gerenciamento de projetos de pesquisa – Projetar e conduzir pesquisas sobre segurança do paciente.
<p>2.1 Pesquisar, avaliar e sintetizar as evidências de pesquisa existentes</p> <p>2.2 Envolver pacientes e cuidadores no processo de pesquisa, começando com a definição dos objetivos da pesquisa</p> <p>2.3 Identificar questões de pesquisa que abordam importantes lacunas de conhecimento</p> <p>2.4 Selecionar o desenho de estudo qualitativo ou quantitativo apropriado para responder à pergunta de pesquisa</p> <p>2.5 Realizar pesquisas usando uma abordagem sistemática, metodologias válidas e tecnologia da informação</p> <p>2.6 Empregar técnicas de medição e análise de dados válidas e confiáveis</p> <p>2.7 Promover equipes de pesquisa interdisciplinares e ambientes de apoio à pesquisa</p> <p>2.8 Escrever uma proposta de concessão</p> <p>2.9 Obter financiamento para pesquisa</p> <p>2.10 Gerenciar projetos de pesquisa</p> <p>2.11 Escrever os resultados da pesquisa e divulgar as principais mensagens</p> <p>2.12 Avaliar o impacto das intervenções, bem como os requisitos de viabilidade e recursos</p> <p>2.13 Identificar e avaliar indicadores de segurança de pacientes para uso em monitoramento e vigilância</p> <p>2.14 Garantir profissionalismo e conduta ética na pesquisa</p>

Competência 3 – Garantia de aplicação dos resultados da pesquisa em ações de melhoria da segurança do paciente – Fazer parte da transformação das evidências da pesquisa em ações de segurança do paciente.

- 3.1 Avaliar e adaptar evidências de pesquisa a contextos sociais, culturais e econômicos específicos
- 3.2 Usar evidências de pesquisa para defender a segurança do paciente
- 3.3 Definir metas e prioridades para tornar os cuidados de saúde mais seguros
- 3.4 Traduzir evidências de pesquisa em políticas e práticas que reduzam os danos
- 3.5 Parceria com as principais partes interessadas na superação de barreiras à mudança
- 3.6 Promover padrões e marcos legais para melhorar a segurança
- 3.7 Institucionalizar mudanças para construir sistemas de apoio para cuidados mais seguros
- 3.8 Aplicar informações financeiras para tradução de conhecimento
- 3.9 Promover habilidades de liderança, ensino e segurança

Fonte: OMS¹³.

Acreditamos que o fato de o PNSP ter em um de seus eixos a recomendação para inclusão do tema segurança do paciente no ensino, inclusive nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, pode ser um fator impulsionador para o aumento de pesquisadores com competências em segurança do paciente¹¹.

Equipes de pesquisa em segurança do paciente devem ter caráter multidisciplinar, favorecendo com que os pesquisadores integrem suas diferentes competências na construção de evidências para questões específicas, em prol de um mesmo objetivo, assegurando mais qualidade e segurança assistencial.

O ciclo de pesquisa em segurança do paciente da OMS¹⁴ contempla os seguintes aspectos a serem investigados: 1) Mensurar o dano, quantificando e caracterizando os pacientes e os tipos de eventos adversos, e permitindo sensibilização para o fenômeno e para definição de prioridades; 2) Compreender as principais causas para a ocorrência de eventos adversos; 3) Identificar e determinar soluções eficazes para tornar o cuidado mais seguro; 4) Avaliar a eficácia das soluções nos contextos assistenciais; 5) Traduzir as evidências científicas para a prática, tornando os cuidados mais seguros.

Quando da definição do tipo de pesquisa sobre segurança do paciente a ser desenvolvida, devem-se considerar a complexidade e amplitude do tema e o compromisso de fornecer informações para a gestão dos sistemas de saúde e formuladores de políticas sobre as causas que levam ao cuidado inseguro e como fazer para desenvolver práticas seguras que promovam a redução dos danos aos pacientes⁶.

PRINCIPAIS ÁREAS DE APLICAÇÃO E PRINCIPAIS INTERESSADOS EM PESQUISAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

A ocorrência de eventos adversos em ambientes de assistência promove uma variedade de consequências para todos os envolvidos. As instituições de saúde podem ter sua imagem institucional comprometida, desconfiança de sua clientela, custos elevados e aumento nos gastos com as ações corretivas e legais. Assim, ambientes de assistência à saúde, em todos os contextos e níveis, devem ser consumidores e produtores de ciência da segurança do paciente para adoção de soluções e intervenções eficazes que os auxiliem na mudança das práticas, rotinas e protocolos e no fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Os profissionais de saúde são formados dentro de princípios éticos e morais para fazer o bem e nunca causar dano aos pacientes. Sendo assim, na ocorrência de erros, eles não estão preparados para lidar com as suas consequências, que podem ser de ordem administrativa, com punições verbais, escritas, demissões; processos civis, legais e éticos, além de sentimentos desagradáveis, como vergonha, incapacidade, culpa, e a dúvida sobre sua competência técnica e científica¹⁵.

Os profissionais têm sido considerados as segundas vítimas de sistemas de saúde fragilizados. Dessa forma, devem ser também grandes interessados pelos resultados das pesquisas em segurança do paciente, uma vez que as medidas de prevenção da ocorrência de eventos adversos, alcançadas pelo desenvolvimento de soluções, intervenções, tecnologias, poderão protegê-los de vivenciar situações inesperadas que podem até impedi-los do exercício legal da profissão, bem como causar danos emocionais e traumas psicológicos prejudiciais à sua vida.

Acreditamos que os pacientes são os principais interessados pelos resultados das pesquisas em segurança do paciente, considerando que os erros assistenciais colocam em risco a sua integridade física, psicológica, social e financeira. A adoção de medidas comprovadamente eficazes, para a redução da possibilidade da ocorrência de eventos adversos, durante a utilização do sistema de saúde, trará mais confiança e segurança aos usuários.

Os resultados de pesquisas também impactam na educação, em todos os níveis do ensino de profissionais que atuam na assistência à saúde, seja no nível técnico, graduação ou pós-graduação, embasando a construção dos componentes curriculares em evidências científicas atualizadas, possibilitando a formação e a qualificação de profissionais que atuam na assistência à saúde com cultura de segurança e competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para desempenho de um cuidado mais seguro.

O PAPEL DAS UNIVERSIDADES, HOSPITAIS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

A maioria das pesquisas é realizada em países desenvolvidos em decorrência da existência de infraestrutura, financiamentos e pesquisadores altamente capacitados para o desenvolvimento de estudos robustos que contribuam para a mudança da prática. Essa não é uma realidade em países em desenvolvimento e em transição como o Brasil, no qual nos confrontamos com sérias limitações da ordem de infraestrutura e investimento.

Apesar das limitações, como resultado dos movimentos globais direcionados à segurança do paciente, pesquisadores brasileiros vêm desenvolvendo pesquisas científicas para identificação e compreensão dos erros e eventos adversos, adoção de medidas corretivas e proativas, análise das falhas sistêmicas e dos fatores causais, desenvolvimento de estratégias que garantam a prática segura, melhorando a qualidade da assistência e, conseqüentemente, fornecendo maior segurança ao paciente⁴.

As pesquisas em segurança do paciente podem ser realizadas em ambientes assistenciais, por profissionais que atuam na prestação de cuidados; em ambientes acadêmicos, por professores universitários e alunos de iniciação científica, mestrado ou doutorado em pesquisa; ou em contextos governamentais, por gestores e pessoal responsável por elaborar políticas.

Nos contextos assistenciais, a maioria das pesquisas tem sido realizada em ambientes hospitalares^{8,11}. Entretanto, é essencial a realização de pesquisas em segurança do paciente em outros espaços de cuidado, como atenção primária à saúde, atenção pré-hospitalar, atenção domiciliar, internação de longo prazo e saúde mental¹.

As pesquisas brasileiras têm sido realizadas, em sua maioria, em ambientes acadêmicos. Um estudo apontou que mais de 60% do conhecimento científico produzido no Brasil, entre 2013 e 2018, foi proveniente de 15 universidades públicas, sendo 3 universidades estaduais paulistas, seguidas de 11 universidades federais e 1 universidade estadual do Rio de Janeiro¹⁶.

O número de grupos de pesquisa brasileiros cadastrados no CNPq investindo na temática aumentou significativamente nos últimos anos. De 2010 a 2021, houve um aumento de 300% no número de grupos de pesquisa com o termo “segurança do paciente” inserido em seu nome.

Em 2021, dos 16 grupos de pesquisa cadastrados contendo em seu nome o termo “segurança do paciente”, 12 (75%) pertencem a pesquisadores líderes das áreas de enfermagem; 2 (12,50%), da farmácia; 1 (6,25%), da medicina; e 1 (6,25%), da

saúde coletiva. Em relação às instituições às quais esses grupos estão vinculados, 11 (68,75%) pertencem às universidades públicas federais; 3 (18,75%), às universidades públicas estaduais; e 2 (12,50%), às faculdades privadas.

No que tange às linhas de pesquisa sobre segurança do paciente, verificou-se um aumento de 200%, no período de 2010 a 2021, no número de grupos de pesquisa cadastrados no CNPq.

Em 2021, dos 54 grupos que possuíam ao menos uma linha de pesquisa em segurança do paciente, 37 (68,52%) eram coordenados por pesquisadores líderes das áreas de enfermagem; 7 (12,96%), da saúde coletiva, sendo 4 (7,41%) da medicina, 2 (3,70%) da farmácia, 1 (1,85%) da nutrição, 1 (1,85%) da engenharia, 1 (1,85%) da linguística, 1 (1,85%) da administração. Em relação às instituições às quais esses grupos estão vinculados, 39 (72,22%) são de universidades federais; 7 (12,96%), de universidades públicas estaduais; 5 (9,26%), de faculdades privadas; e 3 (5,55%), de universidades regionais.

DESAFIOS

O grande desafio da pesquisa em segurança do paciente é transformar o conhecimento adquirido em soluções para o mundo real, com impacto nas políticas públicas e melhorias da prática em saúde nos diversos países.

Entre os desafios a serem enfrentados pela pesquisa em segurança do paciente no Brasil, estão a formação de pesquisadores especialistas na área e a definição de diretrizes e áreas prioritárias de pesquisa, alinhadas às demandas e perfis locais.

Investimentos e financiamentos para realização de pesquisas em segurança do paciente também constituem enorme desafio e deveriam ser feitos na mesma intensidade que aqueles destinados às pesquisas básicas e de desenvolvimento de tecnologias em saúde, pois, para que o medicamento altamente eficaz seja utilizado no tratamento de uma doença, deve haver um sistema de saúde bem planejado, estruturado, com processos bem desenhados, para que os resultados obtidos sejam de qualidade, seguros e positivos para todos os envolvidos.

Cabe ressaltar que, nos últimos anos, a pesquisa científica no Brasil tem sofrido expressivos cortes de recursos que, certamente, vão impactar negativamente no desenvolvimento do País em termos de ciência e tecnologia, e a segurança do paciente não ficará incólume.

Outro desafio imposto está em minimizar a reconhecida distância que existe entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática (*know-do gap*)⁴. As pesquisas, em geral, não oferecem um resultado em curto prazo, mas, em médio e longo prazos, reforçam ou corrigem rumos das políticas de segurança¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em segurança do paciente é ferramenta fundamental para o cuidado seguro, almejado por instituições, profissionais e, principalmente, pelos pacientes.

Definir diretrizes, elencar prioridades, capacitar pesquisadores em segurança do paciente e ampliar a oferta de financiamento são algumas das estratégias necessárias para o avanço e o fortalecimento dessa importante área de pesquisa.

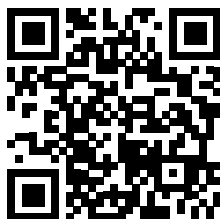
Referências

1. World Health Organization. Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Sep 22]. 12 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2021 Sep 22]. 136 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596541>
3. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, vol 96. Paris: OECD Publishing; 2017.
4. Silva A. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Rev Eletr Enf. 2010;12(3):422. doi: 10.5216/ree.v12i3.11885
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009 [internet]. 2008 [cited 2021 Sep 22]. 80 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
6. World Health Organization. WHO Patient Safety. WHO Patient Safety Research: better knowledge for safer care [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Sep 22]. 16 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70145>
7. Leape L. Going Global: The World Health Organization. In: Leape L, editor. Making Healthcare Safe. The Story of the Patient Safety Movement. Cham: Springer; 2021. p. 215-29.
8. Bates D, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha A. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Global priorities for patient safety research. BMJ. 2009;338(b1775). doi: 10.1136/bmj.b1775

9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966;44:166-206. doi: [10.2307/3348969](https://doi.org/10.2307/3348969)
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Summary of Patient Safety Research Opportunities [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2020 [cited 2021 Jun 27]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/news-events/summit-research-2020/questions.html>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2021 set 22]. 26 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
13. World Health Organization. Better knowledge for safer care. Development of the Core Competencies for Patient Safety Research [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2021 Sep 22]. 27 p. Available from: https://www.who.int/patientsafety/research/strengthening_capacity/ps_research_competit_development_27_2010.pdf?ua=1
14. World Health Organization. Patient safety research course [internet]. 2009 [cited 2021 Jun 27]. Available from : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/guidance/patient-safety-research-course>
15. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):483-8. doi: 10.1590/S0103-21002007000400016
16. Web of Science Group. Research in Brazil: Funding excellence. Analysis prepared on behalf of CAPES by the Web of Science Group [Internet]. Clarivate Analytics; 2019 [cited 2021 Sep 22]. 42 p. Available from: https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2019/09/ClarivateReport_2013-2018.pdf

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
PRODUZINDO PESQUISA PARA COMPREENSÃO
DAS LACUNAS NA ASSISTÊNCIA

SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA
QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Almerinda Luedy¹

Vera Peixoto²

1. Enfermeira/UFBA, Doutora em Medicina e Saúde/UFBA, Mestra em Administração em Enfermagem/UFBA. Especialista em Qualidade Internacional e Segurança do Paciente/Fiocruz. Professora do Centro Universitário Jorge Amado/Unijorge. Coordenadora da Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente/FACIP. Diretora do Instituto de Ensino de Salvador (IES). CV: <http://lattes.cnpq.br/1967940241361078>. E-mail: almerindaluedy@gmail.com

2. Enfermeira Sanitarista/UFBA/Fiocruz, Advogada – especialista em Direito Público/UFBA. Mestre e Doutora em Administração/UFBA. Pós-doutorado em Direito Internacional da Saúde/Universidade de Nice Sophia Antipolis/França. Vice-coordenadora da Rede InovarH/BA. Professora Titular da Escola de Administração/UFBA. Coordenadora do Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde. CV: <http://lattes.cnpq.br/6246452015418585>. E-mail: verapeixoto09@gmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi discutir a Segurança do Paciente nas Redes de Atenção à Saúde, nas perspectivas da produção e da disseminação do conhecimento no Brasil. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura entre 2004 e 2021. É responsabilidade dos Sistemas de Saúde e das Instituições de Ensino, Saúde, Ciência, Tecnologia e Inovação criar mecanismos, desenvolver tecnologias, inovações e difundir os resultados de pesquisas para prevenir e evitar que erros e eventos adversos atinjam usuários, familiares, trabalhadores da saúde e afins. Conclui-se que são incipientes e fragmentadas as pesquisas sobre a temática, pois não abrangem a transdisciplinaridade que ela exige; que é necessário implantar uma agenda de monitoramento e avaliação da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente; elaborar e implementar os Planos de Segurança do Paciente em níveis estaduais e municipais. As prioridades de pesquisa sobre Segurança do Paciente necessitam envolver instituições de ensino, saúde e fomento à pesquisa, pesquisadores, serviços de saúde, gestores das diferentes esferas, representantes de Conselhos de usuários e de profissionais de saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Política de pesquisa em saúde. Administração em saúde pública. Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir das últimas décadas do século XX, a segurança do paciente vem se tornado prioridade nos serviços de atenção à saúde, refletindo na investigação e no desenvolvimento de evidências científicas. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pautou essa agenda, sendo criada, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*)^{1,2}, com diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar, internacionalmente, práticas assistenciais seguras e incentivar o fomento de pesquisas com melhores práticas voltadas à segurança nos serviços de saúde.

Nesse contexto, torna-se imprescindível priorizar o tema na agenda de pesquisas e na Política de Saúde; fomentar a participação da sociedade, facilitando a informação e o conhecimento de pacientes e famílias; gerar informação e tomada de decisões baseadas em evidências, mediante realização e difusão de estudos de avaliação e de investigação; desenvolver, adaptar e apoiar soluções de melhoria da qualidade, difundindo modelos e ferramentas direcionadas à segurança do paciente, conforme preconiza a Organização Panamericana da Saúde (Opas).

Apesar de o tema ser historicamente discutido na área da saúde, desde Hipócrates, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros³, há o reconhecimento, por estudiosos no tema de que o relatório americano, intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado em 1999, com dados alarmantes sobre Eventos Adversos (EA) em serviços de saúde⁴, foi um marco para as discussões sobre os riscos e os incidentes assistenciais ocorridos durante a prestação dos cuidados aos pacientes, como um problema de saúde pública.

Nessa perspectiva, pesquisas e campanhas têm sido realizadas nos Serviços de Saúde para detectar e reduzir os EA, os erros, as práticas inseguras e os custos associados; e elaboradas estratégias, disponibilizadas alternativas, procedimentos e práticas seguras, sustentadas em autoavaliações, estudos e evidências nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Isso deu início a um novo movimento nos serviços de saúde.

Assim, parte-se do pressuposto que, se errar é humano, torna-se responsabilidade dos Sistemas de Saúde, Instituições de Ensino, Saúde, Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) criar mecanismos, desenvolver tecnologias, inovações e difundir os resultados de pesquisas para prevenir e evitar que o erro e os EA atinjam usuários, familiares, trabalhadores da saúde e afins. Assim, a Segurança do Paciente é, reconhecidamente, parte das Políticas de Saúde, Educação e CT&I, abrangendo um campo transversal de saberes em desenvolvimento.

O objetivo deste estudo é discutir a Segurança do Paciente nas RAS, nas perspectivas da produção e da disseminação do conhecimento no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que sintetiza e discute os resultados das publicações sobre o tema, na perspectiva de identificar possíveis lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo, indicar a necessidade de futuras pesquisas, revelar as questões centrais da área em estudo, apresentar marcos conceituais ou teóricos, assim como mostrar o estado da arte da produção científica. Além disso, é uma ferramenta de aplicabilidade prática.

A coleta de dados foi realizada em maio e junho de 2021, nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – PubMed/Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, bem como nas publicações na Biblioteca Virtual do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: produções científicas disponíveis em textos completos sobre a segurança do paciente; produções científicas disponíveis como

artigos originais; produções científicas disponíveis gratuitamente; produções científicas sobre segurança do paciente em hospitais universitários do País e produções científicas disponíveis em português, inglês e espanhol.

Foram consideradas as publicações realizadas no período de 2004 (ano da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela OMS) a maio de 2021.

Foram excluídos os artigos cujos objetos de estudo não se adequaram ao escopo da pesquisa, as publicações com acessos pagos, indisponíveis *on-line* e estudos duplicados.

Foram encontrados 116 artigos que atenderam aos critérios de inclusão citados. Após leitura e análise, 35 publicações estavam dissonantes com o tema, 37 eram duplicatas e 20 estudos não estavam disponíveis na íntegra, o que resultou em 24 artigos para análise nesta revisão, ou 21% do universo inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As relações que envolvem os Serviços de Saúde, Instituições de Ensino e Pesquisa e o Complexo Econômico Industrial da Saúde, que tem o hospital como a organização epicentro da concentração de tecnologias, saberes e poderes, têm como principal interessado o paciente e seus familiares, razão da existência de todo este aparato institucional. Assim, neste tópico, trata-se a Segurança do Paciente nas seguintes perspectivas:

- a) dos Serviços de Saúde, na qual se incluem os usuários;
- b) das Instituições de Ensino (universidades públicas e hospitais universitários);
- c) da Integração das pesquisas com os serviços de saúde.

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: um campo em construção

Como questão de Saúde Pública, a Segurança do Paciente está na agenda de Pesquisa e de Ensino como eixo integrador das ações realizadas pelos Serviços de Saúde no Brasil e em diversos países.

Salienta-se que a Segurança do Paciente envolve uma cadeia de valor constituída por gestores de todas as esferas de governo, Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde, financiadores da pesquisa e da atenção à saúde, desenvolvedores de tecnologias para Serviços de Saúde, indústria farmacêutica, sociedade, com destaque especial para os usuários e famílias e, sobretudo, os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde Suplementar.

Para que os gestores do SUS promovam a Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde, são dimensões necessárias: uma rede de suprimentos que garanta

a qualidade e a quantidade de insumos no tempo e local certos e com preços razoáveis; profissionais capacitados e em quantidade necessária ao perfil epidemiológico da população; ambiente de trabalho que assegure a prestação de serviços e o desenvolvimento de práticas seguras, baseada na integração das RAS, processos de trabalho claramente definidos, modelo de atenção que garanta os princípios do SUS, disponibilidade e interoperabilidade de Tecnologias de Informação e Comunicação; financiamento suficiente, programa de educação profissional permanente e realização de pesquisas⁵.

A Segurança do Paciente, como componente-chave da qualidade do cuidado de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os pacientes e seus familiares, que têm o direito ao acesso a serviços de qualidade, como para os profissionais de saúde, cuja “missão” principal é prestar cuidados de elevada efetividade, eficiência e baseados nas melhores evidências disponíveis.

Para tanto, é necessário investimentos em estudos científicos para promover a adoção de achados de pesquisas e outras práticas baseadas em evidências em todo o ciclo de cuidados ao longo da vida. Isso ajuda a melhoria da qualidade e da efetividade dos serviços de saúde, podendo reduzir custos econômicos e sociais do SUS, assim como os decorrentes processos judiciais.

A partir da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁶, os serviços de saúde, em particular, produziram conhecimento acerca de questões básicas, e não menos relevantes, sobre diagnósticos situacionais para identificação de riscos e de EA, práticas seguras, como a implantação dos protocolos de segurança do paciente e estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Estudo realizado a partir da revisão dos Boletins de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2015 a 2019, indica que houve aumento no número de NSP em 416%, porém, representa menos de 50% dos estabelecimentos hospitalares existentes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷. As notificações aumentaram em mais de 900%, mas isso não significa uma piora na segurança do paciente; contudo, indica que se faz necessário qualificar as informações previamente ao envio à Anvisa, dado que há subnotificação em relação ao local em que o incidente ocorreu, turno de ocorrência, os tipos de incidentes notificados, muitos dos quais, até o final de 2020, estavam incluídos na subcategoria “notificações diversas”. Isso dificulta a análise e a adoção de medidas preventivas mais eficazes.

Ainda de acordo com Andrade et al.⁷⁽⁴¹⁾:

Uma boa perspectiva de que um programa de segurança do paciente está sendo efetivo é a comparação da proporção de eventos com e sem danos. [...] é possível observar o aumento considerável de notificações, com aumento também da proporção de eventos com danos moderados, mas redução da proporção de danos graves e óbitos, indicando que as ações realizadas pelos NSP e pelos demais níveis – municipais, estaduais e especialmente federal, que coordenam o PNSP – possam de fato estar contribuindo para a minimização de danos.

Os autores inferem ainda que a implementação de protocolos de segurança do paciente pode indicar a redução dos EA graves e óbitos em decorrência de incidentes assistenciais, e reforçam que ações relacionadas com a gestão de riscos nos serviços de saúde no País têm contribuído para um menor dano aos usuários do sistema de saúde nos últimos anos⁷.

A fração da mortalidade atribuível aos EA graves que é prevenível, entre os pacientes com óbito determinado por estes eventos, foi de 30,5% e 36,1% no SUS e na saúde suplementar respectivamente⁸. Isso indica que, apesar de o desempenho da saúde suplementar ser superior ao do SUS em termos de segurança do paciente, os resultados apresentados quanto à mortalidade atribuível aos EA graves são mais elevados⁹. Evidências sobre EA assistenciais revelam que 50% dos danos podem ser prevenidos, com a utilização de abordagens sistemáticas quanto à segurança do paciente¹⁰.

No Brasil, a notificação é feita por incidente, e não por indivíduo, o que limita a comparação com os resultados de estudos internacionais baseados em prontuários, incluindo pesquisas com EA múltiplos sofridos pelo mesmo paciente durante a internação. O empenho nacional, de todas as áreas de atenção à saúde, em gerenciar dados sobre EA que levaram a óbito, tornando o cuidado mais seguro, é recomendado¹¹.

Na análise dos artigos, foram encontradas pesquisas com dados primários e secundários, métodos quantitativos e qualitativos, observacionais e descritivos, relatos de experiências, revisões e meta-análises. Nota-se que o campo para pesquisa nessa área é incipiente e vasto, até porque a segurança do paciente está diretamente relacionada com a segurança do trabalhador, do ambiente, da tecnologia, da informação, dos insumos, da imagem organizacional, dos processos, dos dados, da gestão de leitos, além de todas as atividades assistenciais.

Essas questões estão correlacionadas, e estudos em áreas como segurança psicológica, segurança do trabalho, fatores humanos, gestão com pessoas, liderança, comunicação, *disclosure*, segunda e terceira vítimas, resiliência, riscos não clínicos, entre tantos outros, podem impactar em práticas de qualidade e segurança institucional, visto que o tema é transversal e perpassa todos os níveis de atenção, dos setores e serviços de saúde e correlatos. A perspectiva é positiva, mas com lacunas a serem preenchidas na produção do conhecimento sobre qualidade do cuidado e segurança nos serviços de saúde.

Observa-se que a maioria das pesquisas sobre segurança do paciente tem sido desenvolvida em hospitais. A justificativa está associada ao cenário complexo, no qual se realizam procedimentos de risco, de alta complexidade e com pacientes que, muitas vezes, requerem cuidados intensivos. O estudo realizado em hospitais-escola do Rio de Janeiro revelou uma taxa de incidência (global) de 7,6% de EA, com 66,7% desses considerados preveníveis¹². Esse estudo é um marco sobre o tema no País, sendo referência até os dias atuais.

Apesar de ser consenso na literatura que erros assistenciais acontecem, que são multifatoriais e que os serviços de saúde devem prover recursos para minimizá-los, não extingue a responsabilidade dos demais níveis de atenção, a exemplo da Atenção Primária à Saúde (APS).

Estudo mostra que erros assistenciais na atenção primária e ambulatorial são comuns e que os danos, geralmente, resultam em hospitalizações. Estima-se que os custos diretos dos danos sejam em torno de 2,5% do gasto total com saúde, o que, anualmente, pode ser responsável por mais de 6% dos dias de leito hospitalar e por mais de 7 milhões de admissões¹³, o que reforça a necessidade de investimentos em pesquisas sobre a temática. Essa é uma área que, embora necessária, tem sido negligenciada, não só no que se refere ao erro, mas em saúde de modo abrangente.

A revisão sistemática sobre o tema na APS¹⁴ e o livro publicado em 2020, intitulado *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática*¹⁵, são publicações relevantes nesse tipo de atenção no País.

Deve-se registrar, contudo, que há uma escassez de estudos nessa área e em áreas como obstetrícia, urgência, emergência, pediatria, neonatologia, odontologia, serviços especializados como diálise, hemodiálise e imagem, além de estudos sobre comunicação em saúde¹⁶.

A Segurança do Paciente é, assim, uma questão de saúde pública; logo, está sob a responsabilidade de todos e em todas as instâncias, na assistência, na gestão, na pesquisa e no ensino.

Pesquisas sobre Segurança do Paciente na perspectiva das Instituições de Ensino (universidades públicas e hospitais universitários).

Nos hospitais, à escala global, o risco de morte por erro, ocorrido durante o internamento/internação, é de 1 para 300 internamentos/internações, e o risco de EA, de qualquer tipo, atinge cerca de 10 em cada 100 pacientes¹⁷. Tal constatação demonstra a existência de lacunas na assistência no que se refere à institucionalização da cultura de Segurança do Paciente, considerando-se a cultura justa, a cultura de notificação, a cultura do aprendizado e da informação e colaboração.

É consenso na literatura que a cultura de segurança do paciente é um conjunto de ações e intervenções, norteadas por valores e princípios da gestão em saúde, da liderança, do trabalho em equipe, da comunicação efetiva, substituindo a culpa e a punição dos erros assistenciais pela oportunidade de aprendizado permanente e melhoria da qualidade assistencial¹⁸.

Assim, fortalecer a cultura de segurança em hospitais surge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado. Fortalecer a cultura de segurança do paciente perpassa pela valorização do trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes em proporcionar cuidados seguros, pela postura proativa dos líderes ante a ocorrência de erros, respaldada pela comunicação efetiva entre os profissionais e o encorajamento da notificação de incidentes assistenciais, pelo aprendizado coletivo a partir dos riscos, erros e EA ocorridos¹⁹. Nesse contexto, estudo com o objetivo de realizar a adaptação transcultural do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em hospitais – para a língua portuguesa e contexto brasileiro tem contribuído para diagnóstico, avaliação, monitoramento, comparação e verificação das intervenções para a segurança do paciente implementadas nos hospitais brasileiros¹⁹.

Linhas de pesquisa sobre diversos aspectos relacionados com a Segurança do Paciente têm aumentado, de forma significativa, nos programas de pós-graduação, principalmente nas universidades públicas federais do País. Produções científicas em forma de relatos de experiências e revisões de literatura têm sido divulgadas em diversas bases de dados da área.

Pesquisa realizada em maio de 2021 nos sites das universidades federais revelou que 56% destas possuem linhas de pesquisas em Segurança do Paciente, majoritariamente vinculadas aos cursos de enfermagem, o que indica o envolvimento do(a) enfermeiro(a)s com as questões voltadas à segurança do paciente, conforme está, inclusive, preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do referido curso.

Vale salientar que desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional; promover o pensamento científico e crítico, apoiar a produção de novos conhecimentos e integrar grupos de pesquisa são competências preconizadas nas DCN dos Cursos de Graduação em Saúde.

Corroborando as metas internacionais e os protocolos básicos nacionais de segurança do paciente, observa-se o alinhamento nas publicações. Nos hospitais universitários do País, foram encontrados, de 2004 a 2021, artigos referentes ao tema em 79% deles. Os temas pesquisados foram relativos à(ao): identificação do paciente; análise do

perfil dos EA; identificação de riscos e práticas na utilização de medicamentos potencialmente perigosos; erros de medicação; prevenção de quedas; prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras); conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente; implementação do *checklist* de cirurgia segura, segurança do paciente no contexto das flebites notificadas; implantação do NSP; estratégias e barreiras relacionadas com segurança do paciente, cultura de segurança do paciente e acreditação hospitalar.

Assim, serviços de saúde mais estruturados, com os profissionais de saúde mais qualificados e envolvidos, lideranças mais motivadas e participativas e uma maturidade institucional referente aos processos de segurança do paciente, as produções passam para um nível mais complexo, como, além dos temas citados, trabalhos voltados para a segurança do trabalhador, notificação de incidentes assistenciais, indicadores de EA, segurança no uso dos equipamentos, monitoramento de alarmes, promoção de ambiente seguro, repercussões das interrupções no processo de trabalho para a segurança do paciente, sobrecarga de trabalho, superlotação, dimensionamento de pessoal de enfermagem e as competências da liderança para prover práticas seguras.

Integração das Pesquisas com os Serviços de Saúde

O Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) objetiva descentralizar o fomento à pesquisa em saúde nos estados, promovendo o desenvolvimento científico e tecnológico, visando ao atendimento das peculiaridades e especificidades de cada estado da federação. A definição da agenda de pesquisa ocorre com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de pesquisadores das universidades. As SES devem estabelecer estratégias de incorporação dos resultados das pesquisas no sistema e serviços de saúde, contudo, por fatores diversos, isso nem sempre ocorre de forma linear.

A produção do conhecimento em segurança do paciente necessita ser intensificada, também, nos serviços de saúde, envolvendo trabalhadores, usuários e seus familiares, mesmo que nem sempre conte com metodologias científicas robustas, mas como forma de aproximar a prática (quem executa) da teoria (quem produz o conhecimento), caminho reverso, de troca de saberes, troca de práticas entre os pesquisadores e os técnicos em saúde. Entender o que está se fazendo, como e por que não está dando certo também é crucial. É recomendável observar e compreender o que outros serviços de saúde, com características semelhantes, têm feito.

Abordagens metodológicas que permitam compreender o *modus operandi* da implantação dos processos e práticas seguras nos serviços de saúde só produzirão efeitos se forem agregadas aos estudos realizados.

Assim, práticas exitosas podem ser compartilhadas com as RAS e fornecer soluções tangíveis para as questões relacionadas com a segurança nos serviços de saúde. Como consequência, as boas práticas podem se tornar um modelo a ser seguido. Algumas organizações estão trabalhando na criação de modelos de melhores práticas, selecionando técnicas ou metodologias confiáveis e testando escalas. The British Medical Journal (BMJ), por exemplo, financia um serviço que coleta as informações mais recentes baseadas em evidências para apoiar decisões profissionais e reúne regularmente evidências atualizadas de pesquisa e o conhecimento de especialistas internacionais. De acordo com o BMJ, sua ferramenta de melhores práticas é “uma ferramenta de suporte que oferece uma abordagem passo a passo para ajudar a gerenciar o diagnóstico do paciente, prognóstico, tratamento e prevenção”¹⁷⁽⁶⁾. Instituições brasileiras utilizam documentos normativos como ferramentas de apoio gerencial, assistencial e de ensino voltados às práticas seguras, como os protocolos, os procedimentos operacionais padrão e as diretrizes clínicas.

Modelos derivados empiricamente são necessários para informar as estratégias e as decisões tomadas para a implementação específica das metas de segurança, com base nas características clínicas, no contexto organizacional ou social e atitudes e crenças relevantes de provedores e pacientes¹⁷.

Nesse contexto, o ambiente, sua capacidade em implementar as boas práticas e a atuação do gerente de risco do serviço de saúde podem favorecer ou não a troca de experiências. É consenso na literatura que os melhores resultados estão relacionados com os serviços de saúde, nos quais lideranças da alta administração valorizam as questões sobre segurança e a qualidade do cuidado²⁰.

A produção e a difusão do conhecimento em segurança do paciente precisam ser estimuladas pelos órgãos de fomento, pelas universidades, pelos serviços de saúde, em particular os hospitais universitários por serem campo de formação de profissionais de saúde, como medida de apoio às tomadas de decisão institucional, promover práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e promover um ambiente seguro aos pacientes e aos trabalhadores de saúde e afins.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho discutiu a Segurança do Paciente nas RAS, nas perspectivas da produção e da disseminação do conhecimento no Brasil. Pelo apresentado, confirma-se o pressuposto inicial que é responsabilidade dos Sistemas de Saúde, Instituições de Ensino, Saúde, CT&I e órgãos de fomento criar mecanismos, desenvolver tecnologias, inovações e difundir os resultados de pesquisas para prevenir e evitar que erros e EA

atinjam usuários, familiares, trabalhadores da saúde e afins, fragilizando a imagem das organizações prestadoras de serviços de saúde.

Conclui-se pela necessidade de implantar uma Agenda de Pesquisa que contemple o monitoramento e a avaliação da Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o acompanhamento da elaboração e a implementação dos Planos de Segurança do Paciente em níveis estaduais e municipais.

Nesse sentido, apresentam-se algumas questões que podem contribuir para elaborar uma Agenda de Pesquisa sobre Segurança do Paciente: em que medida os profissionais sabem que erraram? Como envolver o paciente e a família a se engajarem na prevenção do erro? Como institucionalizar a identificação das causas dos erros nos serviços de saúde? Como estimular a inserção da Segurança do Paciente na grade curricular dos cursos graduação e pós-graduação das áreas da saúde e fomentar pesquisas sobre a temática? Como melhorar a comunicação nos serviços de saúde? Como priorizar a disseminação dos resultados das pesquisas sobre segurança do paciente nos serviços de saúde, em periódicos de impacto nacional e internacional?

A definição das prioridades de pesquisa sobre Segurança do Paciente necessita envolver os conselhos de secretários de saúde nas diferentes esferas, legisladores, conselhos de usuários e de profissionais da saúde, pesquisadores, universidades, órgãos de fomento à pesquisa, além do complexo econômico-industrial da saúde. Investir em novas pesquisas sobre segurança do paciente é um caminho promissor para a redução de erros, EA, redução de custos e melhoria da qualidade do cuidado prestado à população. Trata-se de um desafio coletivo e urgente para alinhar esforços e melhorar a atenção à saúde prestada à população brasileira.

Referências

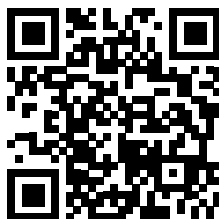
1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2004 [cited 2021 Jun 1]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
2. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. Bull World Health Organ. 2004;82(12):892.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 jun 1]. 40 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

4. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
5. Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014 [citado 2021 jun 1]. 206 p. v. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415948>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente. Diário Oficial da União. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4. .
7. Andrade AM, Rodrigues JS, Lyra BM, Costa JS, Braz MNA, Sasso MAD, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Visa em Debate*. 2020;8(4):37-46.
8. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. Propondo as prioridades nacionais. Minas Gerais: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2018.
9. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS 2019.
10. World Health Organization. 10 facts on patient safety [Internet]. WHO, updated March 2018 [cited 2021 Jun 1]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
11. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017320.
12. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
13. Aaraaen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. OECD Health Working Papers No. 106. Paris: OECD Publishing; 2018.
14. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2020 jul 16];30(9):1815-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102=311-2014000901815X&lng=en&nrmiso
15. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Dalcin TC, Daudt CG et al. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre; 2020. 220 p.

16. Aguiar FC, Mendes VLPS. Acreditação hospitalar: a importância da comunicação e da informação para a segurança do paciente. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016;40(supl 1):202-16.
17. Ricciardi W, Cascini F. Guidelines and Safety Practices for Improving Patient Safety. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Cham: Springer; 2021. p. 3-18. doi: 10.1007/978-3-030-59403-9
18. Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [Internet]. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019 [citado 2021 jun 1]. 524 p. ISBN 978-85-7541-641-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>
19. Reis CL. *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
20. Tartaglia R. Brief Story of a Clinical Risk Manager. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Cham: Springer; 2021. p. 19-28. doi: 10.1007/978-3-030-59403-9

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
PRODUZINDO PESQUISA PARA COMPREENSÃO
DAS LACUNAS NA ASSISTÊNCIA

ELABORAÇÃO DE PROJETOS
DE PESQUISA SOBRE SEGURANÇA
DO PACIENTE: ESTUDOS
OBSERVACIONAIS
E DE INTERVENÇÃO

Dyego Leandro Bezerra de Souza¹

Grasiela Piuvezam²

Carla Ulhoa André³

1. Graduado em odontologia, com pós-graduação em nível de doutorado em Microbiologia, Medicina Preventiva e Sociedade pela Universidade de Zaragoza (Espanha), com período sanduíche na Internacional Agency for Research on Cancer (França) e pós-doutorado na Universidade de Vic/Universidade Central de Catalunha (Espanha). Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4702617H2>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8426-3120>. E-mail: dysouz@yahoo.com.br.

2. Graduada em odontologia, com pós-graduação em nível de doutorado em Ciências da Saúde pela UFRN e em estágio pós-doutoral na Universidade Católica San Antón de Murcia (UCAM) na Espanha. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0391780760729166>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2343-7251>. E-mail: gpiuvezam@yahoo.com.br.

3. Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Coordenadora da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do paciente (CTQCSP/Conass); Mestranda em Gestão, Educação, Trabalho e Saúde pela UFRN. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9378-2958>. E-mail: carla.andre@conass.org.br.

Resumo

A pesquisa científica é um conjunto de processos sistemáticos, críticos e empíricos em que se busca estudar um fenômeno ou um problema. O presente capítulo teve como objetivo abordar a elaboração de projetos de pesquisa para estudos observacionais e de intervenção, que são desenhos de estudo frequentemente usados para problemas relacionados com a segurança do paciente. Os estudos observacionais são muito usados em segurança do paciente para a análise situacional ou para monitorar a evolução de indicadores de saúde. Os estudos de intervenção que serão abordados no presente capítulo referem-se especialmente aos Ciclos de Melhoria, que são classificados como quase-experimentais e que se aplicam de forma efetiva à melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Estudos observacionais. Melhoria de Qualidade.

INTRODUÇÃO

A pesquisa científica é um conjunto de processos sistemáticos, críticos e empíricos em que se busca estudar um fenômeno ou um problema¹. Minayo²⁽²³⁾ considera a pesquisa como:

[...] atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável³. Os danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos, que podem ser definidos como danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados com a evolução natural da doença de base. Tais eventos podem acarretar lesões mensuráveis nos pacientes afetados ou outros tipos de desfechos, como óbito ou prolongamento do tempo de internação. E o que seria o “mínimo aceitável”? Consiste em um conjunto de ações que são viáveis de acordo com conhecimento atual do problema, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada ante o risco de não tratamento ou outro tratamento³. Nesse contexto, que tipos de pesquisas são mais utilizadas para o estudo de problemas relacionados com a segurança do paciente?

As pesquisas científicas podem ser categorizadas de diferentes formas. Segundo a sua natureza, podemos classificá-las em pesquisa básica e pesquisa aplicada. No

contexto da temática segurança do paciente, trabalha-se principalmente com a pesquisa aplicada – que tem como objetivo gerar conhecimentos para a solução de problemas específicos, envolvendo, geralmente, interesses locais⁴. No que diz respeito a sua abordagem, as pesquisas podem ser classificadas em qualitativas e quantitativas. A abordagem quantitativa é mais comumente usada nos estudos sobre a segurança do paciente, pois utilizam informações que podem ser quantificáveis. Esse tipo de pesquisa usa técnicas estatísticas para a análise dos dados coletados⁵.

O projeto de pesquisa, ou também chamado de protocolo de pesquisa, consiste em um documento elaborado pelo pesquisador ou grupo de pesquisa que deverá guiar a realização da pesquisa propriamente dita. Nesse documento, são estabelecidas as diretrizes básicas que orientarão o desenvolvimento da pesquisa. Além disso, ele jamais deve ser encarado como algo inflexível, e, sim, como um guia que muitas vezes precisará de ajustes.

Um projeto de pesquisa segue normalmente uma estrutura básica que consiste em: introdução ao tema, na qual se apresentam o problema que deverá ser estudado e as lacunas do conhecimento atual; justificativa, que aborda a relevância científica, social e econômica da proposta de pesquisa; objetivos; metodologia, em que se descrevem detalhadamente o tipo de pesquisa, a população e a amostra, a fase de coleta de dados e a análise desses dados; cronograma de trabalho; orçamento; e, por fim, referências⁵.

Com base nesses conhecimentos prévios, o presente capítulo tem como objetivo abordar a elaboração de projetos de pesquisa para estudos observacionais e de intervenção, que são desenhos de estudo frequentemente usados para problemas relacionados com a segurança do paciente.

Apesar de existirem diversos critérios de classificação das pesquisas científicas, neste capítulo, serão abordados os estudos classificados de acordo com a posição do investigador: os estudos observacionais e os estudos de intervenção. O pesquisador, em sua relação com o problema/objeto de investigação, pode assumir duas posições: passivo ou ativo. O posicionamento passivo implica observação da realidade da forma mais metódica e acurada possível, são os chamados estudos observacionais. Já no posicionamento ativo, o pesquisador interfere no problema estudado, buscando uma solução para o problema e/ou uma modificação da realidade observada no início do estudo. Para esses estudos, utilizamos a denominação de estudos de intervenção⁶.

ESTUDOS OBSERVACIONAIS

Os estudos observacionais são muito usados em segurança do paciente para a análise situacional ou para monitorar a evolução de indicadores de saúde.

Podemos citar diversos estudos como exemplo. Carlesi e colaboradores⁷ realizaram um estudo observacional do tipo transversal para identificar a relação entre a carga laboral da equipe de enfermagem e a ocorrência de incidentes de segurança do paciente relacionados com os cuidados de enfermagem em um hospital público do Chile. Appari e colaboradores⁸ analisaram se a tecnologia de informação em saúde esteve associada a melhor segurança do paciente em situações de necessidade de cuidados agudos hospitalares. Farup⁹ explorou a associação entre a cultura de segurança do paciente e eventos adversos. Entretanto, o que esses estudos têm em comum? Além de utilizarem indicadores quantificáveis para avaliar eventos relacionados com a segurança do paciente, essas publicações seguem uma sequência padrão para descrever desde o referencial teórico até as conclusões. Para isso, podemos usar listas de verificação que nos auxiliam na construção do nosso projeto de pesquisa/artigo científico.

Os projetos de pesquisa e os relatórios de estudos observacionais são, muitas vezes, inadequados, pois dificultam a avaliação de seus pontos fortes e fracos e, conseqüentemente, a aplicabilidade dos resultados. A iniciativa denominada “The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)” desenvolveu uma lista de verificação de 22 itens, com recomendações sobre o que deve ser incluído em uma descrição mais precisa e completa de estudos observacionais¹⁰. A iniciativa STROBE representa uma iniciativa internacional de colaboração entre epidemiologistas, estatísticos, pesquisadores e editores de periódicos envolvidos na condução e divulgação de estudos observacionais, com o objetivo comum de fortalecer o relato de estudos observacionais. Essa lista de verificação foi publicada simultaneamente em oito revistas científicas e pode auxiliar não apenas na construção de relatórios de pesquisa e artigos científicos como também na elaboração de projetos de pesquisa¹¹.

Na investigação sobre a segurança do paciente, cinco componentes são importantes ao escrever um projeto de pesquisa: medir o dano; compreender as causas; identificar as soluções; avaliar o impacto; transpor as evidências em cuidados mais seguros. Geralmente, os estudos observacionais se limitam a medir o dano e a compreender as causas ou levantar hipóteses sobre essas causas.

Os estudos observacionais, portanto, são úteis para a fase inicial de um ciclo de melhoria, quando ainda não se conhece a magnitude do problema a ser identificado e quando é preciso definir indicadores para descrever o problema. A frequência da ocorrência do evento será um dado importante para, posteriormente, definir o limiar a partir do qual será possível atingir um impacto positivo por meio de uma intervenção.

Contextualização do problema

Inicialmente, devemos contextualizar o problema com base no referencial teórico, bem como apresentar a justificativa para realização do estudo, em que devem aparecer as lacunas do conhecimento presente na literatura atual. Uma boa justificativa aborda aspectos sociais, científicos e econômicos como razões para a execução da pesquisa. É preciso descrever o contexto no qual a pesquisa será realizada, locais e datas relevantes, os participantes (população e amostra), o método de seleção desses participantes e os critérios de elegibilidade (critérios de inclusão e exclusão). É necessário, também, explicar como se determinou o tamanho amostral. Normalmente, é realizado um cálculo do tamanho da amostra com base em estudos prévios ou a partir de um estudo-piloto.

Definição dos indicadores/instrumentos de coleta de dados

Uma vez delineado o problema a ser estudado, é preciso definir indicadores para medir a ocorrência do evento. Recomenda-se, inicialmente, realizar uma busca na literatura para conhecer se já existem indicadores criados e comumente utilizados. Caso a busca resulte em um número limitado de indicadores para medir o problema, recomenda-se a criação de um grupo de especialistas que deverá avaliar a possível criação de indicadores que não foram utilizados anteriormente.

É necessário alertar os pesquisadores sobre a definição dos indicadores que irão compor o instrumento de coleta de dados. Uma correta avaliação da qualidade dos instrumentos de coleta de dados, muitas vezes, exige outro tipo de estudo, chamado estudos de validação ou de acurácia, que medem a capacidade de um instrumento ou de indicadores em medir o problema de forma adequada¹².

A definição dos indicadores irá compor as variáveis dependentes e independentes que serão coletadas no estudo (desfechos, exposições, preditores, confundidores e potencial modificadores de efeito). Deve-se apresentar a classificação estatística das variáveis (variáveis quantitativas – discreta ou contínua; qualitativas – nominal ou ordinal), bem como as unidades de medida e/ou categorias. A classificação correta das variáveis irá auxiliar, posteriormente, na construção do banco de dados e na análise estatística a ser realizada.

Ao descrever as variáveis, explique como será realizada a coleta dos dados e esclareça todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés. Relate como foi realizado o treinamento dos examinadores que irão realizar a coleta de dados e quantos examinadores foram necessários para a coleta. Descreva todos os métodos estatísticos que serão usados na análise dos dados, incluindo aqueles usados para controle de con-

fundimento, assim como os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes (*missing data*).

Descrição e análise dos resultados

Na descrição dos resultados de um estudo observacional sobre segurança do paciente, utilizamos, comumente, tabelas e gráficos que irão apresentar informações estatísticas úteis para o gestor. A partir dessa análise, será provável também levantar possíveis hipóteses para solucionar o problema identificado. Nessa perspectiva, uma ferramenta normalmente utilizada é o Diagrama de Ishikawa ou também chamado Diagrama Espinha de Peixe; que é uma representação gráfica simples de ser construída e de fácil entendimento¹³. Esse diagrama permite: melhorar a visibilidade dos problemas a serem enfrentados; identificar possíveis causas de forma ágil e assertiva; hierarquizar e priorizar as causas encontradas. Trata-se de um registro visual intuitivo que facilita o aperfeiçoamento dos processos de melhoria da qualidade e o envolvimento de toda a equipe na gestão da qualidade dos serviços. Por conseguinte, a análise correta e detalhada dos resultados de um estudo observacional será a base para a elaboração posterior de um ciclo de melhoria¹⁴.

ESTUDOS DE INTERVENÇÃO – CICLOS DE MELHORIA

A ciência da melhoria tem como uma das suas premissas a promoção de ações em saúde que possam produzir resultados efetivos para a oferta de uma assistência à saúde de qualidade e segura. As ações em saúde podem ser mediadas e apoiadas por meio de projetos de pesquisa; e, nesse sentido, as ações têm o potencial de serem organizadas de forma sistemática e com métodos científicos que garantam a observação e o monitoramento dos resultados, possibilitando assim reavaliações e ajustes.

De acordo com Portela¹⁵, em um projeto típico de melhoria da qualidade (incluindo aqueles baseados no PDSA), a medição e o monitoramento do alvo da mudança são uma atividade-chave, permitindo assim que projetos de melhoria da qualidade, se devidamente conduzidos, possam apresentar intrinsecamente autoavaliações e, portanto, melhoria efetiva dos problemas em saúde.

Nesse sentido, o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde¹⁶, é fundamental para compreender e eleger os problemas de saúde que serão abordados em um projeto de intervenção.

Os projetos de intervenção para a ciência da melhoria têm o potencial de garantir que os cuidados em saúde sejam capazes de maximizar o bem-estar do paciente além

de identificar o grau em que os serviços de saúde propiciam, a indivíduos ou populações, maiores chances de resultados desejáveis e consistentes com o conhecimento corrente¹⁷.

A presente seção tem o intuito de apresentar a modalidade de estudo de intervenção que é muito prevalente na ciência da melhoria denominada Ciclo de Melhoria da Qualidade. Esse tipo de estudo é classificado, de acordo com Portela¹⁵, como um estudo quase-experimental ou projeto de melhoria da qualidade. O referencial teórico para construção do presente capítulo inspirou-se em Saturno¹⁸.

Um estudo caracterizado como um Ciclo de Melhoria da Qualidade tem o objetivo, de forma sistemática e com parâmetros metodológicos claros, de definir os aspectos no serviço de saúde que apresentam potencial para melhorar e tornarem-se mais efetivos, de definir os aspectos que serão avaliados e, também, apresentar estratégias para que as ações de melhoria possam ser executadas e avaliadas (monitoradas).

A OMS¹⁹ identificou que, nos serviços de saúde, observa-se uma pressão social e econômica pela efetividade e eficiência dos serviços de saúde, que muitos problemas são causados pela baixa qualidade dos serviços (por exemplo, eventos adversos), além de constatar que entre 20% e 40% dos recursos dos sistemas de saúde são desperdiçados pela má qualidade, por isso os projetos de intervenção com vistas à melhoria da qualidade nos serviços de saúde são necessários e bem-vindos.

O desenvolvimento de um projeto de intervenção no serviço de saúde do tipo Ciclo de Melhoria da Qualidade obedece a um elenco de etapas sequenciadas e que interdependem umas das outras.

Identificação dos problemas de qualidade

Essa etapa é primordial, pois, a partir da observação dos problemas em saúde ou mesmo das oportunidades de melhoria, são identificados e caracterizados os elementos que são objeto da intervenção em saúde. Essa etapa prescinde de regras específicas para identificação dos problemas de qualidade – na verdade, o mais relevante é que os métodos escolhidos sejam adaptados aos problemas. Nesse sentido, pode-se fazer uso de ferramentas como histogramas, estratificação, Gráfico de Pareto e gráficos de controle estatístico.

No entanto, em algumas situações, o problema ou a oportunidade de melhoria não possuem dados disponíveis para a sua melhor caracterização. A solução para esse impasse é o uso de ferramentas ou métodos como fluxograma, diagrama de causas e efeitos e análise dos campos de forças.

O fluxograma permite organizar os processos com muitas tarefas sequenciais, além de auxiliar na visualização dos principais problemas que podem ocorrer. O diagrama de causas e efeitos é caracterizado por explorar com profundidade o problema e suas causas. Já a análise dos campos de forças tem como proposta agrupar de forma visual as forças que contribuem (indutoras) ou dificultam (restritivas) o processo de mudança.

Definição de critérios de qualidade

Os critérios de qualidade, de acordo com Saturno¹⁸, são instrumentos ou parâmetros utilizados para medir a qualidade. São aspectos essenciais e relevantes que estão relacionados com o problema de qualidade e que devem surgir da reflexão sobre os requisitos para que um serviço esteja de acordo com as necessidades e expectativas de seus usuários.

Os critérios de qualidade necessitam estar relacionados com os aspectos principais do problema avaliado. Devem representar uma situação passível de ser realizada no contexto do serviço e serem apoiados por profissionais e bibliografia como reconhecidamente científicos e de qualidade.

Avaliação do nível de qualidade dos serviços de saúde

A avaliação da qualidade pressupõe o uso do método científico; nesse sentido, torna-se necessário definir a amostra e como serão coletados os dados. Nesses estudos, é possível o uso de amostras pequenas que devem ser compostas por seleção aleatória, de modo a representar a população estudada. Ademais, as fontes de dados mais comuns podem ser os prontuários, a observação direta, o questionário ou a entrevista.

Em relação à análise dos dados, pode-se considerar a estatística descritiva (médias, medianas, frequências relativas e absolutas), além do uso de gráficos e tabelas para apresentação dos dados, sendo um dos exemplos mais comuns o diagrama ou Gráfico de Pareto.

Planejamento das intervenções de melhoria da qualidade

Nessa etapa, torna-se oportuno priorizar o planejamento participativo em que as decisões adotadas têm que surgir das pessoas que serão responsáveis por aplicá-las para que haja envolvimento e sucesso ao final do processo. Segundo Saturno²⁰, alguns métodos podem ser utilizados na fase de planejamento, como grupo focal, análise dos campos de força, diagrama de afinidades, entre outros.

Implantação da intervenção de melhoria

A implantação da melhoria requer o acompanhamento do processo de implantação das ações de melhoria propostas. Nesse sentido, os métodos de acompanhamento da intervenção são importantes para verificar se as atividades do projeto estão sendo cumpridas.

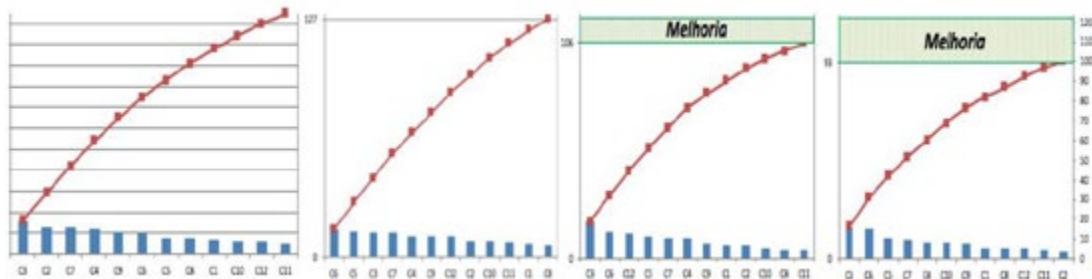
As ferramentas sugeridas por Saturno²⁰ nessa etapa são: o uso do Pôster narrativo, em que descreve todos os passos do projeto de melhoria, com espaços em branco que serão preenchidos de acordo com o andamento do projeto; o Diagrama de Gantt, que permite representar as atividades que serão realizadas em um plano de ação, para que se visualize sua relação temporal desde o princípio até o fim da execução do plano; e o Diagrama de problemas antecipados, que busca explicitar os prováveis obstáculos que podem aparecer na implementação das ações combinadas e contribui para pensar em como superar tais obstáculos quando eles surgirem.

Análise do efeito da intervenção – reavaliação

Essa etapa permite observar e verificar a melhoria conseguida por meio da intervenção proposta; portanto, busca-se manter o desenho e os critérios da avaliação inicial. Assim, recomenda-se preservar o tamanho da amostra inicial ou ampliá-lo, uma vez que amostras maiores podem ser mais sensíveis para identificação de pequenas melhorias.

Esse momento pode gerar inúmeros questionamentos nos pesquisadores, sobretudo em função da maturidade adquirida pelos participantes ao longo do processo de desenvolvimento do projeto. Na análise do efeito, utilizamos comumente o Gráfico de Pareto para apresentar os resultados do ciclo de melhoria (Figura 1).

Figura 1. Gráfico de Pareto apresentando a prevalência de não cumprimentos durante quatro avaliações em um Ciclo de Melhoria da Qualidade



Fonte: Sasso²¹.

Monitoramento

O monitoramento é uma etapa que pressupõe a medição sistemática e planejada de indicadores, com o objetivo de identificar situações que necessitem de avaliação mais profunda ou de uma nova intervenção. Auxilia na identificação de oportunidades de melhoria, na correção de desvios no percurso de uma intervenção e na garantia da manutenção da qualidade alcançada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou de forma sucinta e clara a importância da realização da pesquisa científica como estratégia de suporte para a promoção de um sistema de saúde seguro e de qualidade. Assim, o desenvolvimento de projetos de pesquisas, sejam observacionais ou de intervenção, sobre a segurança do paciente poderá auxiliar os profissionais de saúde a compreender melhor a sua realidade e propor estratégias mais efetivas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

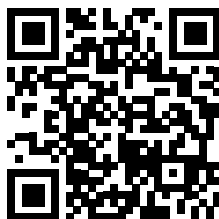
Referências

1. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 2. ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2001.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec;1993.
3. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Jul 21]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
4. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC; 2005.
5. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
6. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda.; 1994.
7. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Canales MAJ. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 21];25:e2841. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ytKY8vPW8t9mS3BxFMtg9vM/?lang=en#>
8. Appari A, Johnson E, Anthony D. Information technology and hospital patient safety: a cross-sectional study of US acute care hospitals. Am J Manag Care [Internet]. 2014 [cited 2016 May

- 5];20(11 Spec No. 17):eSP39-47. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/25811818>.
9. Farup PG. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:186.
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. PMID: 18064739.
11. Equator Network. Página web. [citado 2021 set 20]. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
12. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2021 set 20];16(7):3061-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
13. Ishikawa K. Translator: Loftus JH; Introduction to Quality Control. California: 3A Corporation; 1990. 448 p. ISBN 4-906224-61-X OCLC 61341428.
14. Dale B, van der Wiele T, van Iwaarden J. Managing Quality. 5th ed. Malden, Mass: Wiley-Blackwell; 2007. ISBN 978-1-4051-4279-3 OCLC 288977828.
15. Portela MC, Pronovost PJ, Woodcock T, Carter P, Dixon-Woods M. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual Sat* [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 20];24(5):325-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413733/>
16. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):417-25.
17. Portela MC, Lima, SML, Martins M, Travassos C. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(supl. 2):e00105815v.
18. Saturno Hernández P, organizador. Gama ZAS, tradutor. Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade e análise dos efeitos: módulo III. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
20. Saturno Hernández PJ, organizador. Gama ZAS, tradutor. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.
21. Sasso MAD. Monitoramento e avaliação na gestão da qualidade em saúde: implementação de um painel online de indicadores [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; 2018. 96p.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
PRODUZINDO PESQUISA PARA COMPREENSÃO
DAS LACUNAS NA ASSISTÊNCIA

INOVAÇÕES DA PESQUISA
EM SAÚDE DIGITAL PARA
FORTALECER A CULTURA DE
SEGURANÇA E PREENCHER
LACUNAS NA ASSISTÊNCIA

Edna Ferreira¹

Érika Souza²

Eliza Cristina Macedo³

1. *Doutoranda em Clínica Médica pela UFRJ* – <http://lattes.cnpq.br/1618409359322915> – <https://orcid.org/0000-0001-6145-2957> – assuntap11@gmail.com

2. *Mestranda em Pesquisa Clínica INI/Fiocruz – Facilitadora do Conass* – <http://lattes.cnpq.br/8854049125613879> – <https://orcid.org/0000-0002-0678-1499> – erikasouza.enf@gmail.com

3. *Eliza Cristina Macedo – Doutora em Ciências pela UNIRIO – Docente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAP/UNIRIO* – <http://lattes.cnpq.br/2871683085576383> – <https://orcid.org/0000-0001-8824-9107> – macedo.unirio@gmail.com

Resumo

A saúde digital amplia conceitos, levando ao rompimento de paradigmas relacionados com a aplicação das tecnologias de informação. O estudo teve como objetivos identificar as pesquisas em saúde digital que contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança e detectar as lacunas que podem ser preenchidas a partir dos conhecimentos produzidos pelas pesquisas em saúde digital. Caracteriza-se por uma revisão integrativa, com buscas realizadas no Portal Capes e base de dados CINAHL. Foram identificados 63 artigos e, após a triagem e elegibilidade, foram incluídos 18 artigos como amostra final. Os estudos em saúde digital contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança com discussões sobre a política e regulamentações, desenvolvimento e melhoria de sistemas, construção de redes e fortalecimento da comunicação, segurança dos sistemas e qualificação profissional. Identificam-se lacunas na infraestrutura, no desenvolvimento da competência digital, no armazenamento e utilização dos dados, no aperfeiçoamento de alertas e na necessidade de alfabetização digital. Concluímos que as pesquisas trazem questões que enfrentamos no cotidiano das ações de saúde, nos diversos pontos das RAS, consideram as lacunas assistenciais e propõem novos arranjos no enfrentamento incorporando novas tecnologias digitais em saúde que qualificam o cuidado e fortalecem a Segurança do Paciente.

Palavra-chave: Segurança do paciente. Saúde digital. Inovação.

INTRODUÇÃO

A abordagem de saúde digital implica uma mudança de paradigma, pois ela unifica todos os conceitos de aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em Saúde, incluindo e-Saúde, Saúde Móvel, Telemedicina, Telessaúde, Internet das Coisas (IoT), Inteligência Artificial (IA), Realidade Virtual (RV) Realidade Aumentada (RA), Tecnologia Cognitiva, Tecnologias Híbridas sem fio, entre outros. Assim, essa nova visão busca produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde para quem precisa, no momento que precisa.

Nessa perspectiva, o Brasil criou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)¹ para nortear as TIC de todo o sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento das complexidades do cenário atual, como: a falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados em saúde; o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet banda larga; a insuficiência de estratégias de

financiamento no campo da informação e informática em saúde; e a deficiência relativa de qualificação profissional nesse tema.

Assim, torna-se fundamental o alinhamento do Brasil às ações e às estratégias internacionais no campo das TIC em saúde, além de uma concreta adesão às diretrizes da Lei de Acesso à Informação (LAI)² e da Política de Governo Eletrônico (e-Gov), produzindo um contexto favorável, para a supressão dessas lacunas operacionais e de gestão. Nesse cenário de inovação, a participação das três instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde e do controle social são prioritárias nessa mudança paradigmática.

Assim, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, foi criada a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)³.

Fortalecendo essa política, foi criada a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.632/20⁴, alterando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 2017.

Figura 1. Contextualização esquemática da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2028



Fonte: Adaptada⁵.

A linha do tempo desses acontecimentos nos permite compreender todo o processo e suas etapas para alcançar contextos favoráveis em todas as esferas governamentais e não governamentais para implantação do plano de colaboração, implementação

da visão estratégica da saúde digital, estabelecimento e reconhecimento da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como a plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde nacional em benefício de usuários, cidadãos, paciente, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde.

As políticas que têm sido construídas desencadeiam ações que levam a mudanças que se desdobram até os pontos de atenção em que os profissionais atuam diretamente com as pessoas usuárias. Para dar visibilidade e compreender como essas ações têm modificado a prática, pesquisas têm sido realizadas, contribuindo, assim, para ampliar, fortalecer e consolidar esse conhecimento.

Nas últimas décadas, desde as primeiras publicações de artigos em periódicos e textos acadêmicos na área de informática em saúde, o corpo de pesquisa e literatura cresceu consideravelmente⁶⁽¹⁾.

Atualmente, têm sido realizados estudos e revisões sobre tecnologia em registros eletrônicos, seus subsistemas e sistemas de apoio à decisão⁶, telessaúde⁷, intervenções baseadas em tecnologia⁸, entre outros.

Discute-se que, para a implementação de técnicas de mudança de comportamento diante do uso da tecnologia, é importante compreender a interpretação que os profissionais de saúde fazem diante da tecnologia implementada; garantir que os profissionais de saúde estejam envolvidos com a intervenção tecnológica; que a intervenção seja facilmente integrada à prática clínica; e que seja avaliada pelos destinatários⁸.

Essa implementação traz consigo inúmeros desafios, o que requer o desenvolvimento de mais pesquisas que garantam que:

[...] as tecnologias forneçam intervenções baseadas em evidências e que as tecnologias de saúde sejam projetadas, desenvolvidas e testadas usando métodos de pesquisa aceitos e baseados em evidências, para que possam melhorar ou apoiar a saúde de indivíduos, famílias e população⁶⁽²⁾.

Há, portanto, uma necessidade considerável de continuar a conduzir pesquisas e mudar a cultura do gestor de saúde e do formulador de políticas⁶.

Entretanto, mais questões são geradas quando compreendemos a amplitude do conceito de saúde digital e nossa necessidade de integrar essas ações às Redes de Atenção à Saúde (RAS), visto que esta assume responsabilidades na população no território⁹. Esse contexto nos coloca ante os desafios de garantir um cuidado seguro diante da diversificada e, por vezes, complexa demanda apresentada pelas pessoas usuárias nos pontos de atenção à saúde.

A busca por cuidado seguro nesse cenário de saúde digital, nos pontos de atenção, requer a compreensão dos fatores sistêmicos e humanos que se relacionam com esse cuidado. Identificar, reconhecer, notificar e corrigir defeitos, falhas e erros que

acontecem no cotidiano das ações de cuidado contribuem para reduzir o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, fortalecendo a cultura de segurança¹⁰.

Pesquisas futuras devem continuar a ser desenvolvidas considerando as evoluções tecnológicas, visto que 0,1% a 17% dos incidentes de segurança envolvem erros induzidos pela tecnologia, corroborando, assim, a necessidade de desenvolver estratégias para garantir a qualidade e a segurança das tecnologias de saúde⁶.

Levando em conta a necessidade de reduzir a fragmentação das aplicações de tecnologia em saúde, a partir do enfrentamento das complexidades do cenário atual e com vistas à produção de um contexto favorável e seguro, para a superação das insuficiências operacionais e de gestão, emerge a pergunta: quais inovações da pesquisa em saúde digital têm contribuído para o fortalecimento da cultura de segurança preenchendo lacunas na assistência?

Compreender essa dimensão da saúde digital pode contribuir para a identificação das lacunas existentes, dando visibilidade às ações já realizadas no território e que precisam ser fortalecidas. Para discutir essa complexa temática, propõem-se como objetivos: identificar as pesquisas em saúde digital que contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança e detectar as lacunas que podem ser preenchidas a partir dos conhecimentos produzidos pelas pesquisas em saúde digital.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por uma revisão integrativa acerca das inovações de pesquisa em saúde digital que contribuem para fortalecer a cultura de segurança e preencher lacunas na assistência. Esse é um método de revisão específico que resume a literatura empírica ou teórica anterior para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenômeno ou problema de saúde¹¹. Utilizamos 6 etapas metodológicas para a construção desta revisão:

- Etapa 1: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa
- Etapa 2: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão
- Etapa 3: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados
- Etapa 4: Categorização dos estudos selecionados
- Etapa 5: Análise e interpretação dos resultados
- Etapa 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A questão da pesquisa foi definida a partir da estratégia PICO, que é proposta pela Prática Baseada em Evidências, em que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, são decompostos e, a seguir, organizados¹². Dessa forma, consideramos o acrônimo “Populacion”, “Intervention of Interest”, “Context” para formular a pergunta de pesquisa, em que definimos como População a Pesquisa

em saúde digital, como Fenômeno de interesse a cultura de segurança, e como Contexto as lacunas da assistência.

Realizamos o levantamento dos artigos nos meses de maio e junho de 2021, utilizando como estratégia de busca a consulta *on-line* no Portal Capes e na Base CINAHL. No Portal Capes, foram utilizados os descritores “Segurança do Paciente” e “Saúde Digital”, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como palavras-chave. Na Base CINAHL, utilizamos os mesmos termos em inglês: “patient safety” AND “digital health”. O operador booleano “AND” foi utilizado como estratégia no processo de cruzamento dos descritores citados. Por meio de busca manual, também foram encontrados documentos do Ministério da Saúde que foram considerados como embasamento teórico.

Selecionamos artigos publicados entre 2006 e 2021 que abordavam o tema de saúde digital e sua contribuição para o fortalecimento da cultura de segurança, disponibilizados na íntegra, com acesso livre na plataforma e que estivessem disponíveis nas bases de dados. Foram considerados os estudos com dados primários, artigos de reflexão, produção tecnológica e relatos de experiência. Foram considerados critérios de exclusão os artigos repetidos, artigos de revisão e Carta ao Leitor.

Nessa etapa, foi realizada a busca nas bases de dados com os descritores definidos, sendo realizada a identificação dos artigos e posterior avaliação dos títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra e da seleção final.

Foi utilizado o instrumento validado e adaptado de Ursi¹³ para a coleta e análise dos dados, em que se registra a identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Os processos de análise foram estruturados a partir da sumarização dos dados em um quadro contendo nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados; recomendações/conclusões.

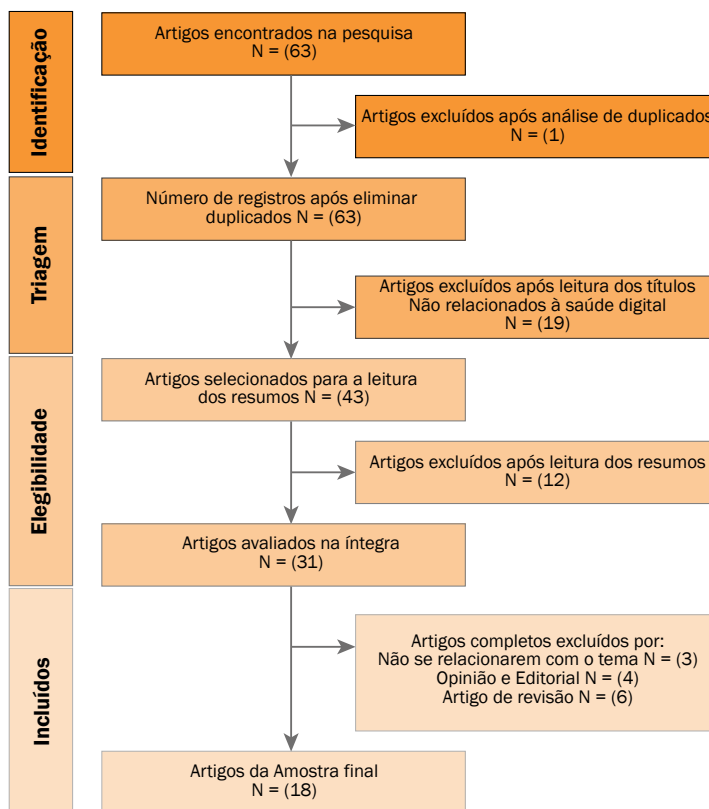
Os resultados foram apresentados descrevendo as frequências relativas e absolutas das pesquisas encontradas; e, em seguida, realizada a discussão de forma descritiva a fim de atender à proposta da revisão integrativa, que é apresentar o estado da ciência, contribuindo para o desenvolvimento de teorias que têm aplicabilidade direta à prática e à política¹⁴.

RESULTADOS

As pesquisas encontradas nesta revisão apresentam em seus resultados inovações e propostas de melhorias para o preenchimento de lacunas encontradas, qualificando a assistência e o fortalecendo à cultura de segurança do paciente.

A descrição do processo de seleção dos artigos seguiu o modelo PRISMA adaptado, descrito na figura 2.

Figura 2. Descrição do fluxo de seleção dos artigos – modelo adaptado



Fonte: adaptado de Prisma¹⁴.

Após a busca nas bases de dados, foram identificados 63 artigos, entre os quais houve uma duplicidade. Na triagem, foi realizada a leitura do título que levou à exclusão de 19 artigos que não tinham relação com o tema de saúde digital e segurança do paciente. Na etapa da elegibilidade, foi realizada a leitura dos 43 resumos, dos quais 12 artigos foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Assim, restaram 31 artigos que foram lidos na íntegra. Nessa última etapa, foram excluídos 13 artigos, e incluídos os 18 artigos da amostra final.

Síntese dos artigos analisados

Em relação aos artigos analisados, considerando o ano de publicação, encontramos a seguinte distribuição: 6% (n=1) publicados em 2016; 22% (n=4), em 2017; 17% (n=3), em 2018; 17% (n=3), em 2019; 28% (n=5), em 2020; e 11%, (n=2) em 2021.

Identificamos que 50% (n=9) foram publicados em revista de acesso *on-line*, 17% (n=3) no Brasil, 6% (n=1) no Canadá, 22% (n=4) nos Estados Unidos da América (EUA) e 6% (n=1) em Portugal.

Considerando o país de realização do estudo, foram descritos 33% (n=6) no Brasil, 28% (n=5) nos EUA, 11% (n=2) no Reino Unido, e França, Finlândia, Noruega e Suécia cada um com 6% (n=1).

Os estudos são aplicáveis à atenção hospitalar (28%, n=5), à atenção ambulatorial especializada (11%, n=2), à atenção primária (33%, n=6), à atenção domiciliar (6%, n=1), a Todos os níveis de atenção (11%, n=2), ao Órgão de Controle (6%, n=1) e ao Fornecedor de tecnologia (6%, n=1).

Em relação aos participantes dos estudos, 11% (n=2) foram instituições de saúde; 17% (n=3), profissionais de saúde; 17% (n=3), pacientes/usuários; 11% (n=2), analisaram teorias; 6% (n=1), gestores e profissionais de saúde; 6% (n=1), profissionais de saúde e pacientes/usuários; 6% (n=1), outras categorias profissionais; 6% (n=1), população geral; e 6% (n=1), trabalharam com documentação de instituição.

Os temas apresentados nos artigos foram relacionados com os sistemas, considerando sua implantação, monitoramento e processos de melhoria, sendo abordado o Registro Eletrônico de Saúde e propostas de ferramentas como o *Blockchain* para a segurança dos dados e OAIS para seu armazenamento^{15,16}. O tema Segurança da Informação se fez presente em grande parte dos artigos, mostrando sua relevância para gestores, profissionais e pacientes/usuários¹⁷⁻¹⁹. Também foram discutidas questões sobre o Ciclo de Vida dos Dados e a necessidade de Ferramentas de Governança²⁰.

Os aplicativos são apresentados sob várias perspectivas, considerando a interação de forma ampla e dinâmica entre profissionais, cuidadores, pacientes/usuários e sistema, utilizando uma variedade de possibilidades de comunicação digital, configuração de alertas e mídias para o engajamento no autocuidado, gestão da própria saúde por parte dos usuários, e promoção de saúde²¹⁻²⁵.

Embora em pequeno número, foram apresentados estudos com dispositivos inteligentes. Estes, também, são abordados nos artigos de discussão sobre questões éticas e bioéticas que ainda precisam ser amplamente discutidos^{26,27}. Mostrou-se a necessidade de fortalecimento dos processos regulatórios para a implementa-

ção de tecnologias de forma segura e a importância da identificação e registro dos incidentes e processos de *recall* de dispositivos e novas tecnologias^{19,28}.

Os artigos apontam a necessidade de implementação de políticas e regulamentações adequadas às questões de saúde digital e qualificação profissional, com propostas de desenvolvimento e melhoria dos sistemas para fortalecer a construção das redes e comunicação digital em saúde, garantindo a segurança do paciente²⁹.

Para construir esse caminho, indicam pontos de melhoria que atualmente são lacunas a serem preenchidas na assistência em saúde, dando visibilidade às deficiências de infraestrutura, desafios no armazenamento e utilização dos dados, necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas e alertas, falta de profissionais com competência específicas em saúde digital e necessidade de alfabetização digital de gestores, profissionais e paciente/usuários³⁰⁻³².

DISCUSSÃO

Contribuições das pesquisas em saúde digital para o fortalecimento da cultura de segurança

Políticas e regulamentações

Por meio da leitura dos estudos eleitos para dialogar com a temática deste artigo, foi possível compreender como as organizações de saúde, em nível mundial, estão desenvolvendo e implementando estratégias políticas de saúde digital, rompendo paradigmas para ampliar esse conceito, buscando a participação ativa de plataformas de colaboração com contribuição de atores internos e externos. Essa abordagem possibilita a construção de políticas e regulamentações que estimulam a qualificação de sistemas, dispositivos, *software* e aplicativos²⁸.

Desenvolvimento e melhoria de sistemas

Verificou-se que a aplicabilidade da saúde digital acontece principalmente por meio da criação e qualificação de prontuários, sistemas de registro de incidentes, interfaces para diálogos escritos do paciente, aplicativos para uso de orientações a cuidadores e pacientes, para consultas profissional-paciente, orientação de hábitos saudáveis e avaliação de condições de risco de pacientes de saúde mental^{17,19}.

Nesse sentido, os estudos reconhecem que os processo de desenvolvimento e melhoria dos sistemas têm estimulado o engajamento de profissionais e pacientes, fortalecendo a comunicação digital, facilitando o acesso e contribuindo para o cuidado

centrado no paciente, implicando o gerenciamento de sua saúde e colocando-o como protagonista nesse processo.

Construção de Redes e fortalecimento da comunicação

Identificou-se que as questões de segurança do paciente emergiram das falas dos sujeitos de pesquisa, sejam eles profissionais, pacientes ou provedores do sistema na implementação das estratégias de saúde digital³⁰.

Essa interação sujeito-pesquisador deu visibilidade à proficiência no manejo da segurança mediante percepções captadas, descrições e narrativas registradas nos estudos, contribuindo para o fortalecimento da Cultura da Segurança, expresso por meio de atitudes proativas e padrões de comportamento relacionados com a discussão de pontos relevantes que avançaram na qualidade do cuidado e segurança do paciente^{21,22}.

Nessa perspectiva, a tecnologia digital fortalece a formação de redes complexas, possibilitando outros arranjos nos processos de cuidados, desenvolvendo competências digitais nos profissionais de saúde que estão para além do aprendizado individual, respondendo aos desafios tecnológicos no coletivo, fortalecendo e qualificando a comunicação²³⁻²⁵.

Segurança dos sistemas

Os sistemas e as plataformas requerem uma configuração cuidadosa de seus limites. Para tanto, devem ser considerados: registro e análise de incidentes ocorridos; segurança dos sistemas; criação de alertas para situações de risco; segurança dos dados e informações; e riscos presentes na interação homem-máquina, na comunicação digital, envolvendo profissional-paciente, paciente-máquinas e a tríade cuidador-profissional-paciente^{19,20,31}. Assim, a avaliação da segurança no uso de dispositivos deve levar em conta uma visão sistêmica que considere o fator humano no momento de avaliação de possíveis erros e falhas.

Qualificação profissional

Esses achados trouxeram à tona os desafios do processo de implantação dos sistemas digitais que, por si sós, não ocasionam melhorias nem redução de riscos na identificação das lacunas existentes. Implementar soluções digitais requer comunicação em tempo hábil, qualificação para obtenção de respostas oportunas e conhecimento desses sistemas²².

Assim, é fundamental a compreensão dessas dimensões antes de introduzir um recurso digital em uma equipe de saúde¹⁷. O uso adequado dessa tecnologia oportuniza

qualidade no gerenciamento da segurança do paciente, das questões éticas e de governança das informações. Dessa forma, é fundamental potencializar o desenvolvimento de competências específicas em saúde digital por parte de profissionais de saúde²¹.

Lacunas que podem ser preenchidas a partir dos conhecimentos produzidos pelas pesquisas em saúde digital

Deficiência de Infraestrutura adequada e competência digital

A identificação das lacunas existentes possibilita aos gestores e aos profissionais enxergar a necessidade de melhoria na infraestrutura tecnológica dentro das instituições, implementar políticas de segurança, bem como realizar auditorias e qualificações¹⁵. Estabelecer estratégias para superar essas lacunas passa pela necessidade de diminuir resistências e temores, assim como investimento em estratégias que fortaleçam a saúde digital³².

Ressalta-se que a ausência de competência digital e de infraestrutura dentro das organizações, como, por exemplo, a falta de internet, pode levar a frustrações entre os profissionais de saúde, interferindo na implantação de práticas seguras de cuidar – assim como a estrutura para garantir os aspectos legais, autenticidade, confiabilidade, integridade, confidencialidade/privacidade, auditabilidade, assinatura eletrônica e devida guarda dos prontuários³².

Desafios no armazenamento e utilização dos dados, definições de acesso, privacidade e segurança dos dados

As questões relacionadas com a bioética permeiam todos os processos da saúde digital, tanto no que se refere ao armazenamento quanto à utilização dos dados disponibilizados em plataformas e App, sendo importante as definições de acesso proxy e incorporação de estratégias de segurança como o sistema *Blockchain*^{16,21,26}. Tais definições encontram argumentos éticos para garantir acesso às informações em saúde, disponibilizando as informações de acordo com a tomada de decisão e responsabilidade dos atores envolvidos, mas também trazem dilemas que exigem aprofundamento na discussão do nível de acesso que envolve profissionais, cuidadores e pacientes³⁰.

Privacidade e segurança de plataformas, portais e aplicativos são um grande tema de discussão que precisa ser ampliado, mas que é muito presente nos resultados das pesquisas, tanto pelo olhar do profissional, do cuidador, do paciente, quanto do pesquisador²⁰.

Baixa alfabetização digital e necessidade de alfabetização em saúde

Também fica claro que há uma lacuna de falta de conhecimento de ferramentas digitais. Encontramos nos estudos descrições que remetem a baixa alfabetização digital, que, em alguns momentos, exige um processo de construção de significado por meio da negociação de elementos simbólicos, construindo práticas para o uso de tecnologias mediante roteiro e processos de aprendizagem²³. A falta de conhecimento do App, plataforma ou dispositivo e a falta de entendimento da sua usabilidade também desestimulam.

Alguns autores descrevem que é necessário implementar um processo de alfabetização digital, chamado também, por alguns, como domesticação. Verificou-se ainda, em alguns locais, a necessidade de alfabetização em saúde, por parte de pacientes e cuidadores^{17,21,22}.

Outra dificuldade apresentada foi a proficiência em inglês, pois muitas plataformas, dispositivos e App disponibilizam seus conteúdos nesse idioma.

Aperfeiçoamento de alertas e design das plataformas

Processos de melhoria precisam ser pensados para incorporar a detecção e o gerenciamento de riscos dos sistemas com o aperfeiçoamento dos alertas. Melhorias também podem ser feitas com a implementação do *design* digital para interfaces de e-Saúde com pacientes²².

Outrossim, é imprescindível que profissionais, usuários e todos os utilizadores desses sistemas deem o *feedback* sobre os sistemas já utilizados e que existam medidas de regulamentação e certificação que impulsionem a melhoria e conduzam os processos para uma próxima geração de aplicativos seguros, eficazes, envolventes e clinicamente impactantes³¹.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Identificou-se que estudos mais específicos relacionados com as metas segurança internacional envolvendo medicamentos, procedimentos, cirurgias, quedas e lesão por pressão poderão ser mais bem explorados em buscas mais refinadas com descritores específicos para o tema. Percebeu-se ainda que foram escassos nesses artigos estudos sobre as diversas modalidades de telemedicina na área da saúde e estudos aplicados à área da saúde incorporando tecnologias disruptivas.

O fato de não estarem representados neste estudo foi uma restrição encontrada que se justifica pela utilização de descritores que foram limitadores para esses temas.

Entretanto, o estudo, com novos descritores e em outras bases de dados, pode ampliar e permitir um aprofundamento desses temas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas trazem questões que enfrentamos no cotidiano das ações de saúde, no processo de cuidado do usuário nos diversos pontos das RAS, consideram as lacunas assistenciais e propõem novos arranjos no enfrentamento dessa mudança de paradigma incorporando novas tecnologias digitais em saúde que qualificam o cuidado e fortalecem a segurança do paciente.

Atualmente, vivenciamos a era da saúde digital impulsionada pela demanda dos cidadãos que têm conhecimentos sobre o seu processo de adoecimento e de sua saúde e que apresentam expectativas de que os serviços de saúde respondam às suas necessidades, incorporando as tecnologias digitais no fluxos de trabalho, de forma a considerar sua historicidade, protagonizando suas existências, seus modos de viver a vida em vez do controle prescritivo dos padrões de conveniência dos provedores de serviços de saúde.

Nesse sentido, sugere-se que as pesquisas em saúde digital possibilitem o aprofundamento de temas complexos por meio de respostas simples que considerem o singular e o coletivo, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança nas realidades locais e nas estratégias governamentais.

Processos de inovação podem ser incorporados considerando novas abordagens, como, por exemplo, o *design thinking* que traz um conjunto de processos que visam solucionar problemas, cujo diferencial são praticidade e mudança de perspectiva em relação aos problemas complexos do cotidiano, possibilitando conexões entre os usuários finais e as novas tecnologias digitais em saúde.

A inovação digital em saúde de forma apropriada, eficaz, segura e ética é promovida quando a governança clínica é alfabetizada digitalmente, incorporando na cultura organizacional o alinhamento que permite a consolidação de lideranças em informática clínica. A indução do efeito das tecnologias digitais sobre os modelos tradicionais provoca a evolução tecnológica que rompe e supera as tecnologias existentes, promovendo a disrupção digital.

Assim, as organizações necessitam de inflexão no sentido de investimento no alinhamento da cultura organizacional, em lideranças com habilidades digitais e infraestrutura que permita o rompimento de paradigmas com a incorporação de novas tecnologias.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 jun 24]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf
2. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 12 nov. 2011 [citado 2021 jun 24]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm
3. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. 15 ago. 2018 [citado 2021 jun 24]; Seção 1:56. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709compilado.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.632, de 21 de dezembro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28). Diário Oficial da União [Internet]. 22 dez. 2020 [citado 2021 jun 20]; Seção 1:96. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.632-de-21-de-dezembro-de-2020-295516279>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Plano de ação, monitoramento e avaliação da estratégia de saúde digital para o Brasil 2019-2023 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/a-estrategia-brasileira/PlanodeAoMonitoramentoeAvaliao.pdf>
6. Borycki E. Quality and Safety in eHealth: The Need to Build the Evidence Base. J Med Internet Res. 2019;21(12):e16689.
7. Haveland S, Islam S. Key Considerations in Ensuring a Safe Regional Telehealth Care Model: A Systematic Review. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. 2021.
8. Keyworth C, Hart J, Armitage CJ, Tully MP. What maximizes the effectiveness and implementation of technology-based interventions to support healthcare professional practice? A systematic literature review. BMC Med Inform Decis Mak. 2018;18:93.
9. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 559 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do

Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

11. Whitemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

12. Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):837-40.

13. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.

14. Prisma. PRISMA Flow Diagram [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 24]. Available from: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

15. Bentes Pinto V, Mesquita Sales OM. Proposta de aplicabilidade da preservação digital ao prontuário eletrônico do paciente. *Rev Digit Bibl E Cienc Inf*. 2017;15(2):489.

16. Viana C, Brandão A, Dias D, Castellano G, Guimarães M. Blockchain para gerenciamento de prontuários eletrônicos. *Rev Ibérica Sist E Tecnol Informação*. 2020;(E28):177-87.

17. Bredariol J, Gonçalves A, Magalhães A, Barbosa J, Lopes G, Oliveira F. Grau de maturidade da segurança da informação na visão dos gestores da rede pública de hospitais federais do Brasil. *Rev Ibérica Sist E Tecnol Informação*. 2021;(E41):232-43.

18. Dalal AK, Fuller T, Garabedian P, Ergai A, Balint C, Bates DW, et al. Systems engineering and human factors support of a system of novel EHR-integrated tools to prevent harm in the hospital. *J Am Med Inform Assoc*. 2019;26(6):553-60.

19. Palojoki S, Mäkelä M, Lehtonen L, Saranto K. An analysis of electronic health record– related patient safety incidents. *Health Informatics J*. 2017;23(2):134-45.

20. Espindola PL, Salm Junior JF, Rosa F, Juliani JP. Governança de dados aplicada à ciência da informação: análise de um sistema de dados científicos para a área da saúde. *Rev Digit Bibl E Cienc Inf*. 2018;16(3):274.

21. Casillas A, Cembali AG, Abhat A, Lemberg M, Portz JD, Sadasivaiah S, et al. An Untapped Potential in Primary Care: Semi-Structured Interviews with Clinicians on How Patient Portals Will Work for Caregivers in the Safety Net. *J Med Internet Res*. 2020;22(7):e18466.

22. Johansson A, Larsson M, Ivarsson B. General Practitioners' Experiences of Digital Written Patient Dialogues: A Pilot Study Using a Mixed Method. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:1-11.

23. Laing SS, Sterling R, Ocampo C. Physical Activity Support Predicts Safety-Net Patients' Digital Health-Care Engagement: Implications for Patient Care Delivery. *Am J Health Promot*. 2020;34(3):311-5.

24. Thomas V. Using Digital Technology to Promote Health. *MEDSURG Nurs.* 2018;27(5):333-5.
25. Tielman ML, Neerincx MA, Pagliari C, Rizzo A, Brinkman W-P. Considering patient safety in autonomous e-mental health systems – detecting risk situations and referring patients back to human care. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2019;19(1):47.
26. Carlotto IN, Dinis MAP. Tecnologias da informação e comunicação (TICs) na promoção da saúde: considerações bioéticas Information and Communication Technologies (ICTs) in the health promotion: Bioethics considerations. *Saber Educ* 2018;(25).
27. De Togni G, Erikainen S, Chan S, Cunningham-Burley S. What makes AI “intelligent” and “caring”? Exploring affect and relationality across three sites of intelligence and care. *Soc Sci Med.* 2021;277.
28. Ronquillo JG, Zuckerman DM. Software-Related Recalls of Health Information Technology and Other Medical Devices: Implications for FDA Regulation of Digital Health. *Milbank Q.* 2017;95(3):535-53.
29. Kleiven HH, Ljunggren B, Solbjor M. Health professionals’ experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1-10.
30. Griffiths F, Bryce C, Cave J, Dritsaki M, Fraser J, Hamilton K, et al. Timely Digital Patient-Clinician Communication in Specialist Clinical Services for Young People: A Mixed-Methods Study (The LYNC Study). *J Med Internet Res.* 2017;19(4):1-1.
31. Rosier A, Mabo P, Temal L, Van Hille P, Dameron O, Dele´ger L, et al. Personalized and automated remote monitoring of atrial fibrillation. *EP Eur.* 2016;18(3):347-52.
32. Silva AB. Registro eletrônico de saúde em hospital de alta complexidade: um relato sobre o processo de implementação na perspectiva da telessaúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(3):1133-42.

PARTE II
Gestão em Saúde

EIXO 1
POLÍTICA E REGULAMENTOS

SEGURANÇA DO PACIENTE
NO BRASIL: DO PROGRAMA À
POLÍTICA PÚBLICA

Helaine Carneiro Capucho¹
Ariane Cristina Barboza Zanetti²

1. Farmacêutica, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Universidade de Brasília, <http://lattes.cnpq.br/0079781302123191>, helaine.capucho@unb.br

2. Farmacêutica, Doutora em Ciências, Pesquisadora do grupo de pesquisa ValueHealthLab, Universidade de Brasília, <http://lattes.cnpq.br/1515206654544936>, arizanetti@gmail.com

Resumo

Eventos adversos relacionados com a prestação de assistência à saúde são uma das principais causas de morte ao redor do mundo. São milhões de pessoas afetadas pelos eventos adversos todos os anos mesmo sendo possível prevenir boa parte deles. Para reduzir a zero os danos evitáveis, a segurança do paciente deve ser compreendida por todos como um problema de saúde pública. Em 2019, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a segurança do paciente como uma prioridade global de saúde pública. A segurança dos usuários do sistema de saúde não é tema novo, mas tem avançado aquém do esperado no Brasil. O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi iniciativa de grande relevância para o País, mas carece de investimentos, destinação de recursos, bem como de compromisso público com sua continuidade e atualização. Faz-se necessário o entendimento da segurança do paciente como política pública, com atenção devida ao problema e direcionamento de recursos para aumentar a qualidade do cuidado e melhorar os resultados clínicos, humanísticos e econômicos no Sistema Único de Saúde, para uma saúde de qualidade e para o bem-estar dos brasileiros.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Gestão da qualidade. Assistência à saúde. Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

A morte de cerca de 2,6 milhões de pessoas por eventos adversos relacionados com a atenção à saúde em hospitais no mundo é uma estimativa apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, duas décadas depois da publicação do relatório *To err is human* pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos².

O relatório, que é tão citado por todos as publicações sobre segurança do paciente, chocou os americanos ao afirmar que erros aconteciam no cuidado à saúde e que pessoas morriam em decorrência deles. Houve mobilização mundial em torno do assunto, incluindo no Brasil. Entretanto, nesse período, pouco se avançou na maioria dos estabelecimentos de saúde para promover a segurança do paciente, apesar dos esforços de organizações e profissionais estudiosos do tema. Isso ocorre porque esse não é tema para poucos. É tema para todos. Não é dever apenas do escritório de qualidade ou do núcleo de segurança do paciente, é dever de cada profissional que atua na saúde; e o paciente também tem responsabilidade no processo.

Evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento em saúde definem a segurança do paciente³. Todos devem

se conscientizar de que os eventos adversos, que são incidentes que causam danos aos pacientes⁴, são apontados pela OMS como uma das principais causas de morte e incapacidade de pacientes¹, com consequências econômicas importantes. Somente os eventos adversos relacionados a medicamentos, como os erros de medicação, podem custar até \$ 42 bilhões⁵.

Ora, se já se sabe que grande parte dos eventos adversos são evitáveis, contudo, permite-se que continuem ocorrendo eventos adversos e que recursos sejam dispendidos para tratamento deles, inclusive com judicialização. Nesse sentido, o que falta para que gestores de saúde implementem estratégias e políticas públicas destinadas a reduzir danos aos pacientes? O que existe hoje no Brasil? O que se recomenda fazer? Como é possível evoluir? Algumas reflexões acerca desses questionamentos serão postas a seguir, sem pretensão de esgotar tema tão atual e relevante para o Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica, qualitativo, do tipo revisão narrativa. Realizou-se busca de publicações sobre o tema deste artigo, inclusive da literatura cinzenta. As revisões narrativas permitem atualização do conhecimento sobre um tema específico e, portanto, têm importante função para a educação continuada⁶.

Uma busca bibliográfica foi realizada nas bases Medline, Lilacs, SciELO, Google Acadêmico, com os seguintes descritores inseridos no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Assistência à saúde; Políticas públicas.

A seleção da bibliografia ocorreu de acordo com o enredo escolhido para este documento, que pretende trazer à luz reflexões sobre os avanços necessários ao Brasil para a evitar danos aos cidadãos usuários do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há séculos, os resultados da assistência são utilizados para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Os babilônicos, por exemplo, pagavam pelos serviços médicos mediante os resultados obtidos⁷. Na Idade Média, os médicos que obtivessem resultados negativos na prestação de assistência aos pacientes tinham parte de seus corpos mutilados⁷. No século XXI, ainda há instituições e sistemas de saúde que não remuneram pelos resultados obtidos, como os babilônicos, bem como continuam cultivando a cultura punitiva pelos resultados negativos.

Os eventos adversos decorrentes de cuidado inseguro são, provavelmente, uma das 10 principais causas de morte e incapacidade no mundo⁸. Em hospitais

de países de alta renda, a estimativa é que 1 em cada 10 pacientes tenha danos enquanto recebe cuidados⁹. Quase 50% dos danos são evitáveis¹⁰. Todos os anos, 134 milhões de eventos adversos ocorrem devido a cuidados inseguros em hospitais de países de baixa e média renda. Como consequência, 2,6 milhões de mortes anualmente¹¹.

Na atenção primária, até 4 em cada 10 pacientes sofrem danos, decorrentes principalmente de erros relacionados com diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos. Até 80% dos danos na atenção primária são evitáveis¹², o que traz à tona mais uma vez a discussão sobre a necessidade de implementar medidas que visem à redução desses eventos.

Além dos esperados melhores resultados para os pacientes, já é sabido que investimentos na redução de danos aos pacientes podem levar a resultados econômicos positivos. Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), 15% da atividade e dos gastos hospitalares totais são resultado direto de eventos adversos⁸. Um exemplo de prevenção de danos é o envolvimento do paciente no processo do cuidado, que, se bem implementado, pode reduzir o ônus do dano em até 15%¹².

Estudo¹³ recente realizado em hospital de ensino de alta complexidade do SUS verificou que a incidência de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde foi de 33,7%, com densidade de incidência de 4,97 eventos adversos por 100 pacientes-dia, sendo 58,3% deles evitáveis. O tempo estimado de permanência hospitalar adicional atribuível aos eventos adversos foi, em média, de 6,8 dias por evento. O estudo também verificou que o tempo de internação de um paciente foi identificado como um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos. Ora, se um evento aumenta o tempo de internação e o tempo de internação é fator de risco, a ocorrência de eventos adversos aumenta as chances de outro evento adverso ocorrer.

Para atingir objetivos estratégicos de melhorar os desfechos clínicos e reduzir os gastos desnecessários da prestação de assistência à saúde, deve-se agir. A segurança do paciente é uma das seis dimensões da qualidade¹⁴ e deve ser parte integrante do planejamento estratégico de sistemas e organizações de saúde. Gerir riscos da prestação de assistência à saúde é a melhor maneira de agir. Agir preventivamente, não de forma reativa.

É por isso que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Brasil, instituído com a publicação da Portaria MS nº 529/2013⁴, define que os estabelecimentos de saúde estabeleçam e implementem um plano de segurança do paciente baseado em gestão de riscos¹⁵.

Programa Nacional de Segurança do Paciente

O PNSP no Brasil define a segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O objetivo geral do PNSP é qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional – público ou privado –; e como objetivos específicos, promover e implantar iniciativas voltadas à segurança do paciente, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde^{4,15}.

A elaboração e a implantação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente também estão previstas na legislação brasileira⁴. Essas estratégias de implementação do PNSP são o primeiro passo para promover assistência segura e devem estar descritas no Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013¹⁵, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O monitoramento do resultado das ações implementadas pelos estabelecimentos de saúde também é requerido, como com a implementação de sistema de notificação interno e envio de relatos de eventos adversos mensalmente à Anvisa.

Estão sujeitos à legislação atual, os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa^{4,15}. Por outro lado, importantes atores do sistema de saúde foram excluídos: os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar¹⁵.

O Brasil evoluiu com a implementação do programa, como na maior parte dos países, pelos estabelecimentos de saúde hospitalares. A maior complexidade dos serviços implica maiores riscos, mas é importante lembrar de que 40% dos usuários da atenção primária em países da OCDE sofrem algum evento adverso após prestação da assistência à sua saúde¹².

Em estudo retrospectivo realizado a partir da revisão das publicações da Anvisa denominadas “Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, edições subintituladas “Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde”, verificou-se que, quando comparados os anos de 2014 a 2018, o número de NSP aumentou em 416%, partindo de 784 NSP para 4.049 no último ano. Entretanto, a distribuição desses núcleos está concentrada na região Sudeste. A média de núcleos por unidade da federação nesses cinco anos analisados variou de 3,4 no Amapá a 396,8 no estado de Minas Gerais¹⁶.

A razão para que cerca de 44% dos NSP brasileiros estejam concentrados no Sudeste pode ser devido à maior parte dos estabelecimentos de saúde no País estar localizada na região, mas o estudo também aponta que há desproporção entre o número de estabelecimentos e o número de NSP instalados pelas diferentes regiões brasileiras¹⁶.

Menos de 50% dos hospitais brasileiros possuem NSP quando comparados o número de NSP e o número de estabelecimentos hospitalares registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁶. Fica evidente que esforços devem ser empreendidos para a constituição de instância formal que possa desenvolver estratégias para a segurança do paciente nesse e nos demais níveis de atenção à saúde no Brasil, em conjunto com as ações governamentais voltadas para melhor distribuição da oferta de estabelecimentos de saúde e pontos de acesso ao cuidado.

Em que pese a histórica disparidade entre as diferentes unidades da federação brasileira, verifica-se com os dados oficiais publicados pela Anvisa que há contínua expansão dos números de NSP¹⁶. O aumento do número de NSP distribuídos pelo Brasil pode ter como resultado uma melhoria do fluxo de informações e, conseqüentemente, uma melhoria na tomada de decisões e na qualidade das instituições de saúde¹⁷.

Verifica-se que, de fato, houve um crescimento em mais de 900% das informações que são enviadas a partir dos estabelecimentos de saúde à Anvisa, por meio do Notivisa entre 2014 e 2019¹⁶. A ausência de cultura para o envio de relatos sobre incidentes em saúde¹⁸ ainda é algo presente no Brasil, apesar de as notificações de incidentes serem obrigatórias no País desde 2013¹⁵. Houve evolução no conhecimento do que ocorre nos estabelecimentos de saúde, com o aumento no número de notificações ao longo dos anos¹⁶, mas há que se estabelecer a cultura de segurança do paciente para que se avalie de forma adequada se esse aumento de notificações significa uma piora na qualidade dos serviços prestados. O que se sabe é que isso só é possível quando todos os incidentes são notificados por todos os estabelecimentos. Não parece ser o caso do Brasil até o momento.

Triagem de pacientes não efetuada, diagnóstico incompleto, intervenção ou procedimento realizado no paciente errado, além de lesão por pressão, são as principais falhas ocorridas durante a assistência prestada pelos hospitais segundo dados da Anvisa¹⁶. Fato positivo nesses anos de PNSP é o achatamento da Pirâmide de Bird, comumente utilizada para análise de acidentes ocupacionais^{19,20}. Trata-se de comparar a proporção de eventos com e sem danos. A redução dos eventos com danos é indicativo de que as ações para reduzir incidentes com danos estejam sendo efetivas^{21,22}.

No Brasil, a proporção de óbitos em decorrência de incidentes reduziu de 1% em 2014 para 0,47% em 2018¹⁶. Houve aumento considerável de notificações, com aumento também da proporção de eventos com danos moderados, mas a redução da proporção de danos graves e óbitos indica que a implementação de protocolos e as demais ações de gestão de riscos no âmbito do programa em diferentes níveis – estabelecimentos de saúde, municípios, estados e união – têm contribuído para um menor dano aos usuários do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos.

A implementação de protocolos básicos de segurança do paciente é pressuposto do PNSP e está de acordo com estudos da OMS, os quais demonstraram que há redução de danos quando implementados protocolos de higienização de mãos e de cirurgia segura²³, estimulados pelas campanhas da OMS para desafios globais de segurança do paciente na década de 2000²⁴. Entretanto, a implantação dessas ações constitui condição mínima para avançar em direção a uma assistência mais segura.

Para além da melhoria dos resultados clínicos, estudos apontam para uma redução dos custos hospitalares^{9,24} com a implementação de programas de segurança do paciente, o que deve ser considerado pelos formuladores e gestores de políticas públicas como investimento. Apesar do avanço obtido nos últimos anos, ainda é necessário estímulo contínuo à criação de NSP e, em especial, que estes planejem e executem os planos de segurança do paciente previstos em legislação.

Do Plano à Ação

O plano de segurança do paciente é um documento exigido pela legislação brasileira^{4,15}. Elaborar um plano visando reduzir danos não deve ser encarado como mero cumprimento de normas e regulamentos. Desde a alta administração até os empregados de menor nível que atuam indiretamente com o paciente, além do próprio paciente, devem ser envolvidos na elaboração, para que o plano se torne realidade. As ações institucionais para a segurança do paciente devem ser norteadas pelo plano, que deve ser reavaliado continuamente. Neste livro, há capítulos dedicados às práticas de envolvimento de profissionais para estabelecimento da cultura de segurança do paciente, bem como para a implementação da ciência da melhoria. Não deixe de ler!

O plano somente poderá refletir a necessidade real da instituição se for realizado diagnóstico situacional, mas é necessário que todos adiram às boas práticas de segurança do paciente. Estudo²⁶ que analisou o nível de adesão às práticas baseadas em evidências de segurança e adequação aos critérios do PNSP por meio dos Relatórios de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde (RAPSPSS) verificou que, embora seja um processo voluntário de autoavaliação, aumentou o total de hospitais brasileiros com leitos de UTI adulto, pediátrica ou neonatal que apresentaram alta adesão às práticas de segurança do paciente²⁶. Verifica-se que foi ampliada a perspectiva do País para acesso a um cuidado mais seguro com o aumento do número de regiões que participam do processo de autoavaliação, mas a meta prevista no Plano Integrado da Gestão Sanitária da Segurança do Paciente²⁷ para os anos de 2016 a 2019 não foi alcançada.

Os avanços observados, portanto, ainda estão muito aquém do esperado para que todos os brasileiros tenham acesso à assistência à saúde de qualidade, pois ve-

rificou-se que a existência de estruturas de NSP nos hospitais participantes do estudo supracitado²⁶ não traz correspondência ao cumprimento dos processos e práticas de segurança, o que ainda preocupa.

Ao realizar um diagnóstico situacional sobre a segurança do paciente como uma autoavaliação, as informações geradas devem ser constantemente utilizadas para a tomada de decisões que visam atender às necessidades e expectativas do sistema de saúde e da população. Os NSP devem cumprir seu papel de apoiar a direção na implementação e gestão de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente; e os gestores, por sua vez, devem priorizar e favorecer a implementação dos planos de segurança.

A implementação de ações de segurança do paciente requer um forte apoio da liderança de gestores de saúde, seja no âmbito das instituições, seja no âmbito dos sistemas locais, regionais e nacional de saúde. O Brasil, como signatário da OMS, deve considerar o documento²⁸, que descreve o plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030 e lista dez indicadores para avaliar o cumprimento de sete objetivos estratégicos do plano (Quadro 1).

Quadro 1. Indicadores do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente para os anos de 2021-2030

Objetivo Estratégico	Indicador
1 – Faça com que o zero dano evitável se torne um estado de espírito e uma regra de engajamento no planejamento e na prestação de assistência à saúde em todos os lugares	Número de países que desenvolveram um plano de ação nacional (ou equivalente) para implementação de políticas e estratégias de segurança do paciente.
2 – Crie alta confiabilidade nos sistemas de saúde e nas organizações de saúde que protegem os pacientes de danos diariamente	Número de países que implementaram um sistema para relatar <i>never events</i> (ou eventos sentinela).
3 – Garanta a segurança de cada processo	Redução significativa de infecções associadas à assistência à saúde.
	Redução significativa de danos relacionados a medicamentos.
4 – Envolve e capacite pacientes e cuidadores para ajudarem durante a jornada para um cuidado mais seguro	Número de países que têm um representante do paciente no conselho administrativo (ou um mecanismo equivalente) em 60% ou mais hospitais.
5 – Inspire, eduque, habilite e proteja profissionais da saúde para contribuir para o desenho e a entrega de sistemas de saúde seguros	Número de países que incorporaram a segurança do paciente nos currículos para formação de profissionais de saúde.
	Número de países que se inscreveram para a implementação da Carta da OMS de Segurança do Trabalhador da Saúde.

6 – Garanta um fluxo constante de informação e de conhecimento para direcionar a mitigação do risco, reduzir níveis de dano evitável, e melhorar a segurança do cuidado	Número de países que têm 60% ou mais estabelecimentos de saúde participando de um sistema de notificação de incidentes de segurança do paciente e aprendizagem.
	Número de países que publicam relatório anual sobre segurança do paciente.
7 – Desenvolva e mantenha sinergia multissetorial e multinacional, parcerias e solidariedade para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado	Número de países que estabeleceram uma rede nacional de segurança do paciente.

Fonte: Adaptado de World Health Organization, Global Patient Safety Action Plan 2021-2030²⁸.

Um comitê multidisciplinar, representativo da sociedade brasileira, pode ser instituído a fim de reavaliar o plano nacional de segurança do paciente à luz das necessidades apontadas para os países pela OMS, visto que o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente⁴, instância formalmente constituída com instituições de referência no assunto e liderada pelo Ministério da Saúde e Anvisa, foi extinto por Decreto Presidencial do ano de 2019²⁹ e que em 2021 ainda não foi recriado. A OMS sugere que líderes de todo o mundo estabeleçam um conjunto de objetivos claros e simples para nortear ações nos níveis de estratégico e operacional, que reflitam políticas e atividades do sistema de saúde para um propósito comum²⁸.

A OMS sugere, ainda, que embora os objetivos pareçam simples e poucos, o fato de serem apropriadamente formulados e em número reduzido pode permitir que o progresso seja revisado em nível estratégico e, também, ao nível da equipe clínica. Os objetivos devem servir para unificar o trabalho da liderança, os esforços de gestores e a prestação de cuidado, orientando desde as grandes estratégias, as decisões sobre o desenho dos sistemas de saúde, até a prática profissional²⁸.

Diante do exposto, o plano nacional de segurança do paciente brasileiro precisa ser revisado e atualizado, de modo que reflita as necessidades atuais, considerando inclusive o impacto da pandemia de covid-19 no SUS. Para tanto, sugere-se que o atual programa de segurança do paciente deve ser promovido à uma política pública de saúde, de abrangência nacional, com previsão orçamentária, sendo este último tema que será discutido no capítulo seguinte.

De Programa à Política Pública

A segurança do paciente, como prioridade global de saúde pública⁴, merece ser elevada ao status de política de Estado, e não a programa de governo, incluindo uma mudança no processo de remuneração e financiamento da saúde no Brasil³⁰. Para tal, deve-se definir agenda e alternativas. Agenda, para direcionar atenção em torno de

questões ou problemas específicos. Alternativas, para explorar e desenhar um plano possível para a ação. O processo decisório depende de como o problema é compreendido pelos atores políticos e a maneira pela qual ele é definido³¹.

Reduzir riscos e gerenciá-los de saúde é parte de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS), o de “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”³². Prevê-se a necessidade de reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce a ameaças à saúde de qualidade.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente relaciona a segurança do paciente a outros ODS, conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2. Relação entre a segurança do paciente e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS)

ODS	Como a segurança do paciente contribui
Sem pobreza	Gastos catastróficos com saúde colocam milhões de famílias todos os anos abaixo da linha da pobreza. A segurança do paciente ajuda a reduzir os gastos desnecessários em saúde devido a falhas de segurança, bem como ajuda na otimização dos recursos disponíveis para melhorar o acesso aos serviços de saúde.
Boa saúde e Bem-estar	Muitas mortes maternas por causa de cuidados inseguros em estabelecimentos de saúde podem ser prevenidas com intervenções de segurança do paciente.
	Melhorar a segurança do paciente pode reduzir drasticamente o desperdício em cuidados de saúde e melhorar o acesso ao influenciar positivamente o comportamento de busca por saúde.
Igualdade de gênero	O setor de saúde e os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar na prevenção e resposta à violência contra as mulheres. Por meio do envolvimento do paciente e do cuidado respeitoso, a segurança do paciente promove o cuidado centrado no sobrevivente, especialmente para sobreviventes de violência baseada em gênero. Como aproximadamente 70% da força de trabalho em saúde são mulheres, é especialmente importante eliminar a violência de gênero no sistema de saúde. A segurança do trabalhador de saúde é uma dimensão importante da segurança do paciente.
Água Limpa e Saneamento	Água e saneamento em instalações de saúde são componentes-chave da segurança do paciente e podem influenciar o comportamento de saneamento da comunidade.
Trabalho digno e crescimento econômico	O enfoque nos fatores humanos e na cultura de segurança pode melhorar de forma sustentável a segurança no local de trabalho nos sistemas de saúde, que são um importante empregador na maioria das economias.
Desigualdades reduzidas	O envolvimento e o empoderamento dos pacientes, famílias e comunidades são os pilares da segurança do paciente e promovem a equidade e a inclusão nos cuidados de saúde.
Consumo e produção responsáveis	Os programas de segurança do paciente promovem o gerenciamento adequado de resíduos infecciosos e a meta de hospitais livres de mercúrio, de acordo com a Convenção de Minamata sobre Mercúrio.

Fonte: Adaptado de World Health Organization, Global Patient Safety Action Plan 2021-2030²⁸.

O *Imperial College* do Reino Unido sugere que os sistemas de saúde abordem a redução dos danos de forma integrada, de modo que priorizem a qualidade e a segurança por meio de uma visão inspiradora e reforço positivo, não mediante culpa e punição. Adiciona, ainda, que as organizações de saúde devem envolver pacientes e funcionários na segurança como parte da solução, não simplesmente como vítimas ou culpados³³.

Os gestores de saúde devem ser convidados a intervir com base em evidências robustas, e não justificar a inação por ausência delas. Caso não se apresentem evidências ou nos casos em que elas estejam ainda em elaboração, os gestores devem prosseguir com tomada de decisão cautelosa e fundamentada, mas não devem permanecer na inércia³³.

A liderança política e do sistema de saúde é vital para garantir o compromisso político e fiscal de um sistema de saúde com a segurança do paciente³². Uma vez na agenda, como política pública, favorece-se estabelecer estruturas regulatórias e de governança confiáveis.

Por fim, estabelecida a segurança do paciente como política pública, o controle social da qualidade dos cuidados ofertados pelo sistema de saúde é favorecido, bem como a aplicação de metodologias capazes de colocar o usuário no centro do sistema, na condição de sujeito ciente de seus direitos e deveres, e não na condição de objeto³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente vai muito além de evitar eventos adversos, não se restringindo à prestação de assistência aos cidadãos. Trata-se de tópico de interesse mundial como prioridade de saúde pública.

No Brasil, o PNSP foi iniciativa de grande relevância, mas carece de investimentos, destinação de recursos, bem como de compromisso público com sua continuidade e atualização.

Faz-se necessário o entendimento da segurança do paciente como política pública, com atenção devida ao problema e direcionamento de recursos para aumentar a qualidade do cuidado e melhorar os resultados clínicos, humanísticos e econômicos no SUS, para uma saúde de qualidade e para o bem-estar dos brasileiros.

Referências

1. World Health Organization. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. In: 72ª Asamblea Mundial de la Salud; Ginebra. Geneva: World Health Organization; 2019
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 2th ed. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1999.
3. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2011 Jul 4]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). Diário Oficial União. 2 abr 2013; Seção 1:43-4.
5. World Health Organization. Medication Without Harm [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
6. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [citado 2021 set 25];20(2):5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en.
7. Shroyer AL, London MJ, VillaNueva CB, Sethi GK, Marshall G, Moritz TE, et al. The Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery study protocol. Med Care [Internet]. 1995 [cited 2021 Sep 25];33(10 Suppl):OS17-25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7475408/>
8. Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation [Internet]. Harvard Global Health Institute; 18 Oct 2018 [cited 2019 Jul 23]. Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>
9. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: OECD; 2017 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
10. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008;17(3):216-23. doi: 10.1136/qshc.2007.023622
11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide [Internet]. Washington (DC): The National Academies Press; 2018

cited 2019 Jul 26]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>

12. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind [Internet]. Paris: OECD; 2018 [cited 2019 Jul 23]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

13. Zanetti ACB, Dias BM, Bernardes A, Capucho HC, Balsanelli AP, Moura AA, et al. Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249531. doi: 10.1371/journal.pone.0249531

14. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada 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 [Internet]. 26 jul. 2013 [2021 set 25]; Seção 1:36. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

16. Andrade MA, Rodrigues JS, Lyra BM, Costa JS, Braz MNA, MAD, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Visa em Debate* [Internet]. 2020 [citado 2021 set 26];8(4):37-46. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1505>

17. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1061-78. doi: 10.1590/S0102-311X2010000600002

18. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: an integrative review. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(8):2895-908. doi: 10.1590/1413-81232018248.23912017

19. Bird Jr FE, Germain GL. Practical loss control leadership. Loganville: International Loss Control Institute; 1992.

20. Heinrich HW, Petersen P, Roos N. Industrial accident prevention: a safety management approach. 5th ed. rev. New York: McGraw-Hill; 1980.

21. Yorio PL, Moore SM. Examining factors that influence the existence of Heinrich's safety triangle using site-specific H&S data from more than 25,000 establishments. *Risk Anal*. 2018;38(4):839-52. doi: 10.1111/risa.12869

22. Bellamy LJ. Exploring the relationship between major hazard, fatal and non-fatal accidents through outcomes and causes. *Safe Sci.* 2015;71(part B):93-103. doi: 10.1016/j.ssci.2014.02.009
23. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO high 5s project. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(2):109-16. doi: 10.1093/intqhc/mzu010
24. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119
25. Brillli RJ, McClelland Jr RE, Crandall WV, Berry JC, Wheeler TA, Davis JT. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *J Pediatr.* 2013;163(6):1638-45. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.06.031
26. Tsai J, Pontes LCF, Capucho HC. Processo de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviço de saúde, de 2016 a 2019: uma análise sob a óptica da vigilância sanitária. *Visa em Debate [Internet].* 2020 [citado 2021 set 26];8(4):47-56. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1566>
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde: monitoramento e Investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: Anvisa; 2015.
28. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
29. Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial União.* 11 abr. 2019 [citado 2021 set 25]: Seção 1:5. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-759-de-11-de-abril-de-2019-71137335
30. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2013 [citado 2021 set 26];47(4):791-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
31. Capella ACN. Formulação de Políticas [Internet]. Brasília: Enap; 2018 [citado 2021 set 25]. 151 p. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf
32. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas [Internet]. [citado 2021 set 15]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>

33. Angela Y, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030 [Internet]. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016 [cited 2021 Sep 15]. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>

34. Behrens R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. Rev Bioet [Internet]. 2019 [citado 2021 set 15];27(2):253-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272307>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 1
POLÍTICA E REGULAMENTOS

A ECONOMIA DA SEGURANÇA
DO PACIENTE: GASTO OU
INVESTIMENTO?

Helaine Carneiro Capucho¹

1. Farmacêutica, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Universidade de Brasília, <http://lattes.cnpq.br/0079781302123191>, helaine.capucho@unb.br

Resumo

Eventos adversos ocorrem no mundo, sendo responsáveis por danos, incluindo mortes. Outrossim, causam impacto econômico importante em países de alta, média e baixa renda. Sabendo que a maioria dos eventos adversos é evitável, torna-se evidente a necessidade de implementar medidas de prevenção de eventos, como programa de segurança do paciente. Diversas medidas para a prevenção de danos têm-se mostrado custo-efetivas, como a prevenção de lesão por pressão, prevenção de erros de medicação com introdução de farmacêutico clínicos às equipes multidisciplinares, contagem de material cirúrgico para evitar presença de corpo estranho no pós-cirúrgico. No Brasil, houve redução proporcional de danos graves e fatais nos últimos cinco anos, possivelmente devido às iniciativas de segurança do paciente previstas na legislação brasileira. Apesar dos avanços do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), eles estão aquém do esperado, havendo muitas limitações sobre a avaliação do real alcance do PNSP sobre a qualidade do cuidado e do bem-estar dos brasileiros, bem como sobre a redução dos custos. Uma das formas de direcionar a atenção de gestores para o problema é tornar a segurança do paciente uma política pública, acompanhada de revisão sobre o modelo de remuneração em saúde, que deve focar o pagamento por qualidade. **Palavras-chave:** Segurança do paciente. Gestão da qualidade. Financiamento da assistência à saúde. Economia e organizações de saúde.

INTRODUÇÃO

A eficiência é um atributo da qualidade¹, podendo ser definida como cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia². A Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhece os eventos adversos como causas de óbitos e que a maioria deles é prevenível^{3,4}. Assim, eles oneram os sistemas de saúde com gastos desnecessários e, portanto, impactam diretamente na eficiência dos sistemas e organizações de saúde.

Segundo estudo realizado em hospitais de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a maioria ingleses, 15% da atividade e dos gastos hospitalares totais são resultado direto de eventos adversos. Isso porque o dano ao paciente se manifesta diretamente na necessidade de tratamento adicional, somado a testes diagnósticos, (re)admissão no ambiente hospitalar ou internação prolongada, além de uso adicional de recursos de saúde já escassos⁴.

No Brasil, um estudo estimou que o tempo de permanência hospitalar adicional atribuível a eventos adversos em hospital de ensino de alta complexidade do Sistema

Único de Saúde (SUS) brasileiro foi, em média, de 6,8 dias por evento. Quase sete dias a mais de internação, gastos desnecessários em 58,3% dos casos, visto que os pesquisadores verificaram que os eventos adversos poderiam ser prevenidos na maioria das vezes. Adicionalmente, o estudo também verificou que o tempo de internação de um paciente se tratava de fator de risco para a ocorrência de eventos adversos, o que aumenta as chances de mais desperdícios, pois, se um evento adverso aumenta o tempo de internação, aumentam as chances de outro evento adverso ocorrer e serem necessários recursos adicionais para tratamento.

Já que o dano ao paciente exerce uma carga extra na demanda por recursos no sistema de saúde e na sociedade, a segurança do paciente vem recebendo maior atenção por parte dos formuladores de políticas públicas. Os efeitos econômicos mais amplos do dano incluem morbidade, redução da produtividade ao longo da vida dos pacientes e de seus cuidadores. O impacto econômico também se estende à política, manifestando-se na redução da confiança no sistema de saúde e nas instituições⁶.

O investimento na prevenção de incidentes ocorre naturalmente em outros setores de alto risco, como a aviação, a indústria automotiva e a indústria do petróleo, que tomam decisões sobre investimentos equilibrando os custos de prevenção de erros e os custos decorrentes dos erros. Na grande parte das vezes, os custos da prevenção são menores do que os custos das falhas. Acidentes da indústria do petróleo, por exemplo, têm proporções econômicas significativas, como com os danos causados ao meio ambiente e à exposição das pessoas a riscos adicionais⁴.

É importante ressaltar que os custos de falha não incluem apenas custos de tratamento do evento, mas a perda de produção, além dos custos legais. Há, ainda, danos à reputação e enfraquecimento da confiança dos clientes, dos usuários dos sistemas e organizações de saúde^{4,6}.

Diante do exposto, este documento tem como objetivo explorar os custos da ausência da segurança do paciente e trazer reflexões sobre a importância de incentivar e investir de modo a favorecer a adoção de processos de gestão da qualidade e melhoria da segurança do paciente no SUS.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica, qualitativo, do tipo revisão narrativa. Realizou-se busca de publicações sobre o tema deste artigo, inclusive da literatura cinzenta. As revisões narrativas permitem atualização do conhecimento sobre um tema específico e, portanto, têm importante função para a educação continuada⁷.

Uma busca bibliográfica foi realizada nas bases Medline, Lilacs, SciELO, Google Acadêmico, com os seguintes descritores inseridos no DeCS – Descritores em Ciências

da Saúde: Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Financiamento da assistência à saúde; Economia e organizações de saúde.

A seleção da bibliografia foi norteada por material que abordasse os custos da não qualidade, das falhas nos processos e eventos adversos em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anualmente, 2,6 milhões de pessoas morrem em decorrência de eventos adversos que acometem cerca de 134 milhões em hospitais de países de baixa e média renda ao redor do mundo⁸. Em hospitais de países de alta renda, a estimativa é de que 10% de pacientes internados sofram danos enquanto recebem cuidados³. O que agrava a situação é que cerca de metade desses danos é evitável⁴, o que demonstra que a qualidade do cuidado está comprometida, já que não há ações que consigam prevenir os eventos adversos⁹.

Na atenção primária, a realidade é ainda mais alarmante, já que se estima que 40% das pessoas atendidas sofram algum dano e que até 80% desses danos sejam evitáveis¹⁰. Dessa forma, verifica-se que os custos das falhas estejam superando os custos da prevenção, o que onera o sistema de saúde. É interessante e um tanto intrigante que o envolvimento do paciente no processo do cuidado, uma ação de baixa complexidade e de baixo custo para implementação, se bem implementado, pode reduzir o ônus do dano em até 15%¹⁰.

Por desconhecimento, gestores em saúde, por vezes, alegam falta de recursos, inclusive humanos, para implementar ações que promovam a segurança dos pacientes, como protocolos básicos requeridos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) brasileiro, instituído pela Portaria MS nº 529/2013¹¹. No entanto, estudo⁴ realizado em hospitais de países da OCDE apontou que o custo de 6 tipos de eventos adversos em hospitais ingleses é equivalente ao salário de mais de 3.500 enfermeiros a cada ano. O mesmo estudo indica que aproximadamente 15% da atividade e gastos hospitalares totais são resultado diretos de eventos adversos⁴.

Não há estudos do governo brasileiro que estimem os custos dos eventos adversos no País. A primeira pesquisa realizada no Brasil com esse enfoque data de 2010 e continua muito relevante para dimensionar o impacto financeiro dos eventos adversos em hospitais brasileiros do SUS. Utilizando informações financeiras disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), analisaram-se dados de dois hospitais públicos de ensino do estado do Rio de Janeiro em 2003, comparando pacientes com evento adverso e sem evento adverso. Analisando os custos decorrentes do aumento em 28,3 dias no tempo médio de permanência dos pacientes que sofreram eventos adversos nos hospitais, verificou-se o valor, à época, de R\$ 1.212.363,30, o que representou 2,7 % do reembolso total¹².

O impacto da prevenção dos eventos adversos é cristalino no estudo citado anteriormente. O valor médio pago pelo total de internações pelo atendimento aos pacientes que sofreram eventos adversos foi 200,5% superior ao valor pago pelo atendimento de pacientes que não sofreram danos. Os autores relacionaram limitações do estudo e razões para acreditar que os valores obtidos, à época, eram ainda subestimados¹².

Pesquisa recente coordenada pela Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) levantou informações acerca da carga de danos e impactos financeiros de eventos adversos relacionados com medicamentos para o SUS¹³. Segundo a Pesquisa Multicêntrica sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos (PMEAM), os brasileiros recém-nascidos que sofreram evento adverso relacionado com medicamento tiveram aumento em 80% no tempo médio de internação (24,3 dias), o que impactou em um incremento de custo na ordem de 95%, considerando-se somente o valor tabelado pago pelo SUS pela diária de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal¹³.

Verifica-se que o impacto financeiro de eventos adversos é elevado, merecendo atenção dos gestores de saúde.

Prevenir é melhor que remediar

Há tempos, países como Inglaterra, Canadá e Austrália implementaram programas de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde como estratégia de saúde pública¹⁴. A implementação de programa dessa natureza reduziu os custos de um hospital pediátrico de grande porte nos Estados Unidos em 22%. O programa implementado nesse hospital guarda semelhanças com os métodos adotados no âmbito do PNSP, tais como mudança de cultura, treinamentos e introdução de boas práticas (protocolos). A redução de custos tem relação com outros resultados: as pontuações sobre clima de segurança em todo o hospital aumentaram significativamente; houve redução na taxa de eventos adversos graves em 83,3%; os danos evitáveis diminuíram 53%, e a mortalidade hospitalar, 25%¹⁵.

A introdução de farmacêuticos clínicos hospitalares no cuidado de pacientes em pronto-socorro promove a segurança do paciente e é apontada como custo-efetiva¹⁶, com estimativa de economia na ordem de mais de \$ 1,5 milhão, com intervenções mais comuns para prevenir ou controlar eventos adversos a medicamentos, como erros de medicação¹⁷.

Um estudo controlado randomizado demonstrou que incluir o farmacêutico clínico no processo de alta hospitalar levou a uma redução significativa em retornos à unidade, incluindo readmissões provocadas por eventos adversos relacionados com medicamentos, gerando economia de \$ 230 por paciente¹⁸.

A inclusão do farmacêutico na equipe multidisciplinar melhora a segurança e a satisfação do paciente e é custo-efetiva quando fornecida regularmente durante toda a internação em uma enfermaria. Tal afirmação se baseia em estudo que verificou que a atuação desse profissional reduziu o tempo de internação em 1,74 dia e aumentou a satisfação do paciente e ou cuidador, com razão de Custo-Efetividade Incremental (ICER) de 632 libras esterlinas por ganho de QALY (*Quality-Adjusted Life Year*)¹⁹.

Uma revisão sistemática²⁰ que avaliou e comparou medidas de prevenção de danos por eventos adversos verificou que: a conciliação de medicamentos realizada por farmacêuticos para evitar potenciais eventos adversos com medicamentos teve custos mais baixos e melhor segurança que não realizar a atividade; a clorexidina para o cuidado do local do cateter vascular para prevenir infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter dominou uma estratégia de iodo-povidona para o cuidado do local do cateter; a detecção de corpos estranhos em cirurgias usando contagem padrão em comparação com uma estratégia de não contagem teve um custo incremental de \$ 1.500 para cada corpo estranho detectado²⁰.

Outro estudo verificou que a prevenção de lesões por pressão para todos os pacientes internados é custo-efetiva. A prevenção para todos os pacientes rendeu maiores QALY sob as perspectivas da sociedade e do setor de saúde, equivalendo a Razão de Custo-Efetividade Incremental (RCEI) de \$ 2.000/QALY e \$ 2.142/QALY respectivamente. Os autores recomendam que hospitais devam investir em serviços de enfermagem para prevenção de lesões por pressão, conforme diretrizes internacionais especializadas no assunto²¹.

Outra iniciativa de prevenção de danos que foi apontada como custo-efetiva é a implementação de time de cuidado para o controle da pressão arterial. Segundo os autores da revisão sistemática, 26 das 28 estimativas de dólar por QALY obtidas em 10 estudos estavam abaixo de um limite conservador de \$ 50.000, sugerindo que a medida pode favorecer a segurança dos pacientes e melhorar os resultados em saúde²².

O próximo desafio apontado para a segurança do paciente é o desenvolvimento e a implementação de ferramentas que permitam às organizações medir e reduzir os danos de forma contínua e rotineira dentro e fora do hospital. Especialistas apontam como áreas prioritárias emergentes os danos relacionados com o atendimento ambulatorial, erro de diagnóstico, e tecnologia da informação aplicada à saúde, a fim de que se possa alcançar a Era de Ouro da segurança do paciente²³.

Pelo exposto, verifica-se que o velho ditado “prevenir é melhor do que remediar” continua atual e pode ser utilizado em analogias para a segurança do paciente. Percebeu-se, no entanto, que há concentração de estudos realizados em ambiente hospitalar. Faz-se necessários estudos em outros ambientes, incluindo os serviços ligados à atenção primária.

Remuneração por qualidade e segurança do paciente no SUS

No período entre 2014 e 2018, segundo dados publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e analisados por pesquisadores²⁴, mais de 1.400 cidadãos brasileiros morreram devido a eventos adversos enquanto recebiam cuidados em instituições de saúde públicas e privadas no Brasil. Ainda que com limitações quanto à distribuição geográfica, à proporção entre estabelecimentos de saúde instalados e núcleos de segurança do paciente ativos, foi possível reduzir danos, em especial os graves e os fatais²⁴.

Tais resultados devem ser de conhecimento da população, a fim de favorecer o controle social, bem como deve ser de conhecimento de diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação, para que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, incluindo os resultados negativos¹⁴.

Uma das formas de direcionar a atenção de gestores para o problema é tornar a segurança do paciente uma política pública, acompanhada de revisão sobre o modelo de remuneração em saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde, o QualiSUS-Rede²⁵. Em que pese a escolha do nome, o projeto não contempla incentivo à adoção de um programa de acreditação hospitalar nem abrange objetivo estratégico diretamente relacionado com a segurança do paciente.

Os indicadores estabelecidos pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)²⁶, outra iniciativa do Ministério da Saúde para ampliar a qualidade do cuidado, não relacionou nenhum indicador diretamente à segurança do paciente. O projeto previa repasse de verba diferenciada para aquelas regiões que atingissem níveis mais elevados de qualidade.

Programas que têm o objetivo de conhecer e estabelecer níveis de qualidade e segurança nas organizações hospitalares, com remuneração diferenciada para aqueles que tiverem melhor desempenho, são adotados com sucesso em outros países, como Inglaterra e Estados Unidos^{27,28}.

Recentemente, o programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O programa prevê novo modelo de financiamento com pagamento por desempenho. Para o pagamento por desempenho, estão previstos indicadores relacionados com resultados em saúde.

Apesar das iniciativas, o modelo de remuneração no Brasil não foi modificado e permanece baseado no *fee-for-service* (pagamento por serviço executado), que não estimula o uso racional de recursos, especialmente as tecnologias em saúde, e que não traz garantias de que o custo adicional e a facilidade de acesso a elas resultem em uma efetiva melhoria da qualidade do nível de saúde da população atendida^{14,29}.

Atualmente, há muitos modelos de remuneração em discussão e não há um ideal para cobrir todos os tipos de procedimentos e situações de saúde. Porter³⁰ colocou em pauta a remuneração baseada em valor, definida como os resultados obtidos diante do custo para alcançá-los. Esse conceito trouxe um novo olhar para a gestão e a qualidade em saúde e foca nos desfechos que realmente importam para o paciente, a um custo adequado.

Estabelecer programas e processos contínuos que fomentem a segurança do paciente não deve ser enxergado pelos gestores de saúde como um gasto, mas, sim, como um investimento. Uma política de reconhecimento da qualidade dos serviços prestados com remuneração diferenciada aos estabelecimentos de saúde com alta adesão às boas práticas em segurança do paciente é imperiosa³². Para tanto, torna-se necessário que o atual programa de segurança do paciente seja promovido a uma política pública de saúde, de abrangência nacional, com previsão orçamentária. Ainda, em uma política pública voltada para a qualificação do cuidado, deve-se estimular investimentos em melhorias de processos com mudanças no modelo de remuneração em saúde, pois o modelo *fee-for-service* não estimula boas práticas sustentadas ao longo do tempo²⁹.

Por fim, resultados duradouros para a segurança do paciente no Brasil dependem, necessariamente, de ações sistemáticas de saúde pública, na pauta constante da agenda como política pública. Além disso, deve haver financiamento e previsão orçamentária destinados à implementação de estratégias que visem à prevenção de eventos adversos, além de alteração do modelo de remuneração, que valorize o pagamento por desempenho, com vistas a promover e a proteger a saúde da população brasileira.

Referências

1. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine. National Roundtable on Health Care Quality JAMA. 1998;280(11):1000-5.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 set 26]. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation[Internet]. Harvard Global Health Institute; 18 Oct 2018 [cited 2019 Jul 23]. Available from: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>

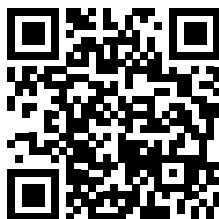
4. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: OECD; 2017 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
5. Zanetti ACB, Dias BM, Bernardes A, Capucho HC, Balsanelli AP, Moura AAd, et al. Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249531. doi: 10.1371/journal.pone.0249531
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling Wasteful Spending in Health Care [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Available from: <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>
7. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2021 set 25];20(2):5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en.
8. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2008 [cited 2021 Sep 25];17(3):216-23. Available from: <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide [Internet]. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 [cites 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>.
10. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind [Internet]. Paris: OECD; 2018 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). *Diário Oficial União*. 2 abr 2013; Seção 1:43-4. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;10:74-80
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Pesquisa Multicêntrica sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos (PMEAM) [Internet]. Org.: Carla Ulhoa Andre, Marcus Vinicius de Carvalho, Vanessa Pinheiro. – Brasília, DF: CONASS; 2021 [citado 2021 set 25]. CONASS Documenta: v. 37. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-37-pesquisa-multicentrica-sobre-eventos-adversos-relacionados-amedicamentos/>

13. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2013;47(4):791-8. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004402
14. Brilli RJ, McCleod Jr RE, Crandall WV, Berry JC, Wheeler TA, Davis JT. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *J Pediatr*. 2013;163(6):1638-45. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.06.031
15. Jacknin G, Nakamura T, Smally AJ, Ratzan RM. Using pharmacists to optimize patient outcomes and costs in the ED. *Am J Emerg Med*. 2014;32(6):673-7. doi: 10.1016/j.ajem.2013.11.031
16. Aldridge VE, Park HK, Bounthavong M, Morreale AP. Implementing a comprehensive, 24-hour emergency department pharmacy program. *Am J Health Syst Pharm*. 2009;66(21):1943-7.
17. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009;169(9):894-900.
18. Dawoud DM, Smyth M, Ashe J, Strong T, Wonderling D, Hill J, et al. Effectiveness and cost effectiveness of pharmacist input at the ward level: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Oct;15(10):1212-1222. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.10.006
19. Baker M, Matlow A, Krahn M, Mittmann N. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(6):448-56.
20. Padula WV, Pronovost PJ, Makic MBF, Wald HL, Moran D, Mishra MK, et al. Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: a cost-effectiveness analysis. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(2):132-41.
21. Jacob V, Chattopadhyay SK, Thota AB, Proia KK, Njie G, Hopkins DP, et al. Economics of Team-based Care in Controlling Blood Pressure: A Community Guide Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):772-83. doi: 10.1016/j.amepre.2015.04.003
22. Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(11):1736-43. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0738
23. Andrade MA, Rodrigues JS, Lyra BM, Costa JS, Braz MNA, MAD, et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Visa em Debate [Internet]*. 2020 [citado 2021 set 26];8(4):37-46. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1505>

24. Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011 Institui o projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Diário Oficial da União. 9 mar. 2011.
25. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS – IDSUS [Internet]. Brasília, DF; 2011 [citado 2012 jun 2]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080
26. Berlowitz D, Burgess Jr JF, Young GJ. Improving quality of care: emerging evidence on pay-for-performance. *Med Care Res Rev.* 2006;63(1 Suppl):73S-95S.
27. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. *Ann Intern Med.* 2008;148(2):111-23. doi: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006
28. Escrivao Jr A, Koyama MF. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(4):903-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400012>
29. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-81.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 nov. 2019; Seção1:97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
31. Tsai J, Pontes LCF, Capucho HC. Processo de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviço de saúde, de 2016 a 2019: uma análise sob a óptica da vigilância sanitária. *Visa em Debate* [Internet]. 2020 [citado 2021 set 26];8(4):47-56. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1566>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 1
POLÍTICA E REGULAMENTOS

A SEGURANÇA DO PACIENTE
COMO COMPONENTE DO
DIREITO À SAÚDE: ACESSO
A MEDICAMENTO SEGURO E
BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Aline Albuquerque¹

Victor Grabois²

1. Pós-doutorado em Direitos Humanos/ Universidade de Essex; Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UNB.

2. Médico sanitário, PhD em Saúde Pública Ensp/Fiocruz, Coordenador executivo do Proqualis/Icict/Fiocruz e Presidente da Sobrasp.

Resumo

A judicialização da saúde é uma questão multidimensional complexa que perpassa os campos da Saúde e do Direito. Mais de 2 milhões de ações judiciais sobre a temática encontravam-se em trâmite em 2020, sendo a maior parte referente a pedidos de medicamentos e procedimentos que integram as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). O direito à saúde se desdobra em elementos que o constituem, entre eles, tem-se a qualidade, a qual abarca a segurança, enquanto uma das suas seis dimensões, conforme a formulação da Organização Mundial da Saúde. Ele pode ser compreendido como um direito das pessoas de estarem seguras em relação ao risco de danos evitáveis quando estão sob cuidados em saúde. Pelo exposto, garantir a segurança do paciente implica a adoção de medidas por parte dos Estados que visem assegurar o direito de não sofrer um dano ou mesmo de não morrer quando se faz uso de procedimentos e medicamentos. Os Estados devem ser responsáveis pela regulação em caráter permanente da prestação de serviços, públicos e privados, e pela execução de programas nacionais relativos à consecução de prestação de serviços de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Direito à saúde. Segurança do paciente. Acesso a medicamentos.

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde é uma questão multidimensional complexa que perpassa os campos da Saúde e do Direito e provoca debates na literatura especializada sobre a temática¹. Sob a ótica do impacto da litigância baseada no direito à saúde, segundo os dados do relatório do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper) sobre a temática no Brasil, houve um incremento expressivo nas ações judiciais relativas ao direito à saúde de 130%, entre os anos de 2008 e 2017; e, em sete anos, no âmbito do Ministério da Saúde, houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes de gastos com ações judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016². No ano de 2020, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), encontram-se em tramite mais de 2 milhões de ações judiciais sobre a temática, sendo a maior parte referente a pedidos de medicamentos e procedimentos que integram as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Diante da problemática que consiste a judicialização da saúde, o CNJ vem adotando uma série de medidas com o objetivo de conferir maior tecnicidade nas decisões judiciais, traduzindo, assim, a sua preocupação com a qualidade, enquanto elemento do direito à saúde. Nesse sentido, por meio da primeira normativa do CNJ sobre o assunto,

a Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, indicou-se aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que celebrassem convênios visando contar com o apoio técnico de médicos e farmacêuticos “para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde”; particularmente recomendou aos juízes que “evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei”⁴. No mesmo ano, o CNJ instituiu o Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, por meio da Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010, cujo foco central recai sobre o estabelecimento de “ferramentas para subsidiar os magistrados com informações técnico-científicas e garantir decisão baseada em evidências”³.

Em consonância com o preconizado na Recomendação nº 31, de 2010, emergiram debates sobre a formação de Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NatJus), sendo o primeiro criado no Estado do Rio de Janeiro. Esses debates culminaram com a adoção da Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016, que previu os NatJus. Ocorre que a Resolução nº 326, de 6 de junho de 2020, alterou a Resolução citada, revogando o dispositivo sobre os NatJus, e fixou a criação de sítios eletrônico pelos Tribunais que permitam o acesso ao banco de dados com pareceres, notas técnicas e julgados na área da saúde. Cabe ao CNJ a criação desse banco de dados, o qual se destina à consulta pelos juízes e demais operadores do Direito⁵. Nesse sentido, o CNJ celebrou cooperação com o Ministério da Saúde visando à instituição do Sistema E-NatJus – projeto Banco Nacional de Pareceres com o objetivo de subsidiar tecnicamente os profissionais de saúde atuantes no NatJus por meio de “pareceres técnico-científicos e notas técnicas elaboradas com base em evidências científicas na área da saúde”⁶. Conforme o relatório do Insper², a atuação do NatJus e a implementação do Sistema E-NatJus apontam para a introdução da Medicina Baseada em Evidências (doravante MBE), entendida como o “uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência corrente na tomada de decisão sobre os cuidados de pacientes individuais”⁷ no modelo adotado pelo CNJ de enfrentamento da judicialização da saúde.

Na mesma direção das iniciativas empreendidas pelo CNJ acopladas à MBE, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, alterou a Lei Orgânica da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), enquanto órgão de assessoramento do Ministério da Saúde, cujo relatório deve considerar, necessariamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo⁸. Assim, observa-se que a incor-

poração de tecnologia no âmbito do SUS também se encontra associada à MBE, haja vista que a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, condicionam-se às evidências científicas.

Nota-se, a partir dessas iniciativas precursoras do CNJ e da Conitec, que a questão da decisão judicial baseada em evidências consiste em um aspecto central no modelo encampado pelo CNJ e pelo Ministério da Saúde, e, conseqüentemente, que a fruição do direito à saúde apresenta uma dimensão atrelada à qualidade e à segurança dos medicamentos, objeto deste capítulo. Nesse sentido, é importante reconhecer que o direito à saúde, fundamento para a litigância em face dos entes da federação brasileira, tem quatro elementos constitutivos: a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade, sendo a segurança um dos seus componentes⁹. Desse modo, o direito à saúde consiste no direito de acesso a bens, serviços e instalações de saúde^{9,10} de qualidade, o que impõe o endosso da MBE como uma abordagem apta a balizar a tomada de decisão em saúde, seja no âmbito da política pública ou da prática clínica.

Com base em tal premissa de trabalho, este estudo objetiva analisar as interfaces entre o direito de acesso a medicamentos seguros e a MBE, visando contribuir para as reflexões sobre o emprego do direito à saúde como fundamento em decisões judiciais. Registra-se que este estudo não tem como objeto o fenômeno da judicialização da saúde. Assim, trata-se de pesquisa teórica, cujo escopo consiste em desenvolver aportes teóricos concernentes a um campo do saber, de modo a participar de seu processo de consolidação e a permitir a sua incidência prática¹¹. Quanto ao marco teórico empregado nesta pesquisa, esse se divide em três áreas: direito à saúde sob a perspectiva do Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH); a segurança do paciente como elemento do direito à saúde; e o direito ao acesso a medicamentos com segurança e a MBE. Em relação ao direito à saúde, este artigo baseou-se nos seguintes documentos: Comentário Geral nº 14⁹, de 2000, elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (ONU), e o Fact Sheet nº 31¹⁰, elaborado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2008, ambos sobre o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental, que são reconhecidos internacionalmente como fundamentais para a construção do conteúdo de tal direito. No que tange à segurança do paciente como elemento do direito à saúde, alicerçou-se nas pesquisas de Abedi e colaboradores¹², Oikonomou e colaboradores¹³, bem como na jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁴ acerca do direito à saúde. Em relação às interfaces entre o direito de acesso a medicamentos seguros e a

MBE, utilizaram-se as pesquisas formuladas por diferentes pesquisadores^{12,15-17}. Cabe registrar que esta pesquisa não envolve revisão da literatura ou pesquisa bibliográfica, porquanto se trata de pesquisa teórica, que pressupõe a aplicação de determinado referencial teórico a um objeto de estudo.

O presente artigo se estrutura em três partes: o primeiro trata do direito à saúde: conceito e elementos; a segunda, sobre a segurança do paciente como componente do direito à saúde; a terceira aborda a problematização do direito à saúde como acesso a medicamentos sob a ótica da segurança do paciente e da MBE.

DIREITO À SAÚDE: CONCEITO E ELEMENTOS

Embora o reconhecimento dos direitos sociais se localize no final do século XIX, o direito à saúde não decorreu propriamente dos movimentos sindicalistas, socialistas e de outras vertentes que impulsionaram tal reconhecimento no continente europeu. O direito à saúde originou-se do liberalismo social desenvolvido na América Latina e de lutas políticas locais no sentido da assunção do dever do Estado de aliviar o sofrimento humano. Desse modo, o direito à saúde se vincula a uma perspectiva latino-americana de direitos humanos, fruto de ideias católicas baseadas na dignidade humana. A primeira expressão dos direitos sociais – e, especificamente, do direito à saúde – deu-se na Constituição do México, de 1917, que incluiu o direito das mulheres à atenção médica e obstétrica e a obrigação do Estado de adotar medidas preventivas de saúde¹⁸.

Na esfera da ONU, a delegação brasileira apresentou o Memorando “Medicina é um dos pilares da paz” por ocasião da elaboração da Carta da ONU, em 1945, com o objetivo de inserir no seu art. 55 o tema da saúde. No ano de 1946, a Constituição da OMS, em seu preâmbulo, prevê que gozar do mais alto nível de padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano. No âmbito do Sistema ONU de Direitos Humanos, o art. 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive cuidados médicos. No ano de 1966, foi adotado o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o qual contém o principal dispositivo de direito à saúde do DIDH, que estatui o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental¹⁸.

Com o objetivo de conferir conteúdo ao direito à saúde previsto no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e as obrigações correlatas atribuídas aos Estados, o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU elaborou, em 2000, o Comentário Geral nº 14⁹, que consiste no documento de referência internacional acerca do direito à saúde. Nesse documento, o direito à saúde é definido

como o direito de acesso a bens, serviços e instalações de saúde, englobando o direito a cuidados em saúde e os direitos relativos aos determinantes da saúde, apartando-se da concepção meramente biomédica. O direito à saúde é constituído por quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Quanto à disponibilidade, segundo o Comitê, os Estados devem contar com número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como políticas e programas, o que se desdobra em quantidades suficientes para dada população de hospitais, clínicas e demais instalações de saúde, profissionais de saúde, bem como medicamentos essenciais. Em relação à acessibilidade, essa é definida como o dever assumido pelos Estados de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em: I) não discriminação: instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis de fato e de direito aos setores mais marginalizados e vulneráveis da população; II) acessibilidade física: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial, dos grupos vulneráveis ou marginalizados, das minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes – incluem-se aqui as pessoas que vivem nas zonas rurais ou de difícil acesso e as pessoas com deficiência; III) acessibilidade econômica: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos, e o pagamento pelos serviços de saúde deve atender ao princípio da equidade; IV) acesso à informação: compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias⁹. A aceitabilidade é entendida como o respeito pela ética nos cuidados em saúde e os padrões culturais por parte dos serviços de saúde. Por fim, tem-se a qualidade, que é definida como a adequação das instalações, bens e serviços às evidências científicas apropriadas, o que exige profissionais de saúde capacitados, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados, bem como saneamento adequado e água potável⁹.

Além de prever o direito à saúde, o art. 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁹ prevê determinadas temas, concernentes ao direito à saúde, que são as seguintes: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. Desse modo, constata-se que o tratado da ONU que estabelece obrigações para todos os Estados-parte decorrentes do direito à saúde enumera tais assuntos em seu corpo com a finalidade de conferir-lhes posição de destaque no processo estatal de formulação de políticas públicas em saúde.

Do direito à saúde, são extraídas obrigações dirigidas aos Estados que são classificadas como: obrigações legais gerais, que consistem na obrigação de realizar progressivamente o direito à saúde e na obrigação de não adoção de medidas que regridem no cumprimento de tal direito; obrigações legais específicas, que se dividem em: respeito, proteção e realização – sendo a obrigação de respeitar uma imposição de abstenção ao Estado, consistindo em um não fazer; obrigação de proteção, que implica a atuação estatal na salvaguarda dos indivíduos em face da ação de terceiros, conseqüentemente os Estados devem adotar medidas de modo a impedir que particulares violem o direito à saúde de sua população; e obrigação de realizar, que envolve a implementação de medidas legislativas, administrativas e judiciais e outras visando à efetivação do direito. Ainda, há as obrigações internacionais, que dizem respeito às obrigações de um Estado em relação a outro, e as obrigações centrais, que acarretam obrigações de cumprimento imediato para os Estados que se vincularam ao Pacto, como o acesso a medicamentos essenciais e à distribuição equitativa de instalações, bens e serviços¹⁰.

Em síntese, a compreensão do direito à saúde implica o entendimento de seus elementos constitutivos, do que resulta demarcá-lo conceitualmente como um direito de acesso a instalações, bens e serviços de qualidade e seguros. No que se refere especificamente ao objeto deste capítulo, Grover¹³, então Relator Especial para o Direito à Saúde da ONU, pontuou que é parte das obrigações dos Estados decorrentes do direito à saúde o acesso a medicamentos seguros.

Nesse sentido, o acesso a medicamentos, enquanto decorrente do direito à saúde, não se encontra desvinculado das evidências que lhe conferem segurança, temática que será objeto deste capítulo.

SEGURANÇA DO PACIENTE COMO COMPONENTE DO DIREITO À SAÚDE

Como visto, o direito à saúde se desdobra em elementos que o constituem. Entre eles, tem-se a qualidade, a qual abarca a segurança, enquanto uma das suas seis dimensões, conforme a formulação da OMS²⁰ a seguir exposta: a) efetividade – os cuidados em saúde devem ser baseados em evidências científicas e prover melhorias na saúde dos indivíduos e comunidades; b) eficiência – ofertar cuidados em saúde maximizando o uso dos recursos e evitando o desperdício; c) acessibilidade – os cuidados em saúde devem ser oportunos, geograficamente acessíveis e serem oferecidos de modo que as habilidades e recursos sejam apropriados às necessidades médicas; d) centralidade do paciente – o cuidado em saúde deve considerar as suas preferências e desejos individuais; e) equidade – os cuidados em saúde não devem variar em qualidade em razão

de gênero, raça, etnia e outros fatores pessoais; e f) segurança – o cuidado em saúde deve ser efetivado de modo que os riscos sejam minimizados, e os danos aos pacientes, evitados. Portanto, o direito à saúde pode ser compreendido como um direito que traz em seu cerne a segurança; e, em consequência, o acesso a instalações, bens e serviços de saúde não pode estar desvinculado do direito das pessoas de estarem seguras em relação ao risco de danos evitáveis quando estão sob cuidados em saúde¹².

Assim, garantir a segurança do paciente implica a adoção de medidas por parte dos Estados que visem assegurar o direito de não sofrer um dano ou mesmo de não morrer quando se faz uso de procedimentos e medicamentos. Nesse sentido, destaca-se a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁴ acerca da temática, que se reflete no Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, na qual fixou que a obrigação geral de proteger a saúde se traduz no dever do Estado de garantir o cuidado em saúde de qualidade e eficaz e que a sua efetivação pressupõe a observância do dever de regulação. Conseqüentemente, os Estados são responsáveis pela regulação em caráter permanente da prestação de serviços, públicos e privados, e pela execução de programas nacionais relativos à consecução de prestação de serviços de saúde de qualidade. Ainda, no mesmo Caso, a Corte Interamericana de Direitos Humanos²⁰ sublinhou a obrigação estatal de adotar medidas necessárias para assegurar a acessibilidade a bens de saúde de qualidade, como medicamentos. Com efeito, o direito à saúde significa o direito de todos ao cuidado – que envolve medicamentos, exames e insumos – que não lhes cause danos evitáveis e mesmo a sua morte. Desse modo, enquanto obrigação decorrente de tal direito, cabe aos Estados adotar medidas administrativas, legislativas, judiciais e outras com vistas à prevenção e à detecção de riscos relacionados com os cuidados em saúde, porquanto o cuidado em saúde com qualidade existe “se não houver dano ao paciente, se utilizarmos a melhor evidência científica, evitando a sobreutilização ou a subutilização de recursos”²¹.

Nesse sentido, na *Global Action on Patient Safety*, de 2018, a OMS²² fixou “o cuidado seguro como a proteção de dano como direito de todos os indivíduos”; e na *Global Action on Patient Safety*, de 2019, a OMS²³ asseverou que “a segurança do paciente é uma prioridade-chave na provisão de cuidados em saúde de qualidade, considerando que todos os indivíduos devem receber serviços de saúde seguros, a despeito do local onde são providos”. Ressalta-se, ainda, a Declaração de Luxemburgo sobre Segurança do Paciente, adotada no âmbito da União Europeia, em 2005, na qual se estabeleceu que o acesso ao cuidado em saúde de qualidade é um direito humano essencial reconhecido pela União Europeia²⁴. Igualmente, em consonância com as obrigações direcionadas ao Estado decorrentes do direito à saúde, a Itália, em 2017, promulgou a Lei nº

24, de 8 março 2017, na qual há o reconhecimento da segurança do paciente como um direito fundamental de todos os indivíduos e um objetivo primário do serviço nacional de saúde²⁵.

Conforme explanado, o direito à saúde implica a imposição de obrigações legais aos Estados, quais sejam: respeitar, proteger e realizar. Essa tipologia obrigacional dos direitos humanos, adotada no âmbito da ONU, foi formulada, por Asbjorn Eide, em meados da década de 1980, envolvendo quatro obrigações. Eide a elaborou quando atuava como Relator para Subcomissão sobre Prevenção da Discriminação e Proteção de Minorias da ONU. O próprio Eide a reformulou por ocasião da elaboração do Relatório para a Alimentação Adequada como um Direito Humano, no final da década de 1980, consolidando-a como as três obrigações mencionadas²⁶.

Ressalte-se neste capítulo a importância da tipologia obrigacional da ONU, na medida em que os Estados implementam os direitos humanos não com base no seu conteúdo, mas, sim, nas obrigações que guiam suas políticas públicas, leis e outras medidas estatais. Assim, do direito de acesso a instalações, bens e serviços de saúde de qualidade e com segurança, decorrem as seguintes obrigações estatais: a) a obrigação de respeitar, que se configura no dever de não adotar protocolos e diretrizes sem respaldo em evidências científicas e não estimular a sua adoção; b) a obrigação de proteger, em que é dever do ente estatal regular a comercialização de insumos e de medicamentos por terceiros, assim como adotar medidas para registro e fiscalização dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde¹³; c) a obrigação de realizar, que enseja para os Estados determinadas medidas concernentes à adoção de política pública, lei, diretrizes e protocolos sobre segurança do paciente; sistema de notificação de eventos adversos; investigação de eventos adversos; modelos legais de imposição de sanções e realização de campanhas¹³. A seguir, é apresentado Quadro 1 sobre as obrigações positivas e negativas, formuladas com base nos estudos de Oikonomou¹³, derivadas do direito à saúde, incluindo obrigações endereçadas aos profissionais de saúde e aos estabelecimentos de saúde provenientes das leis nacionais de direitos dos pacientes.

Quadro 1. Obrigações positivas e negativas derivadas do direito à saúde

Obrigações Positivas	Obrigações negativas
<p>Estado:</p> <p>Registro e fiscalização dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde</p> <p>Política pública – lei, diretrizes e protocolos</p> <p>Sistema de notificação de eventos adversos</p> <p>Investigação de eventos adversos</p> <p>Impor sanções</p> <p>Realização de campanhas</p>	<p>Estado:</p> <p>Não adotar protocolos e diretrizes sem respaldo em evidências científicas</p> <p>Não estimular a adoção de protocolos e diretrizes sem respaldo em evidências científicas</p>
<p>Profissionais de saúde:</p> <p>Educação e capacitação permanente em evidências científicas</p> <p>Tomada de decisão baseada em evidências científicas</p>	<p>Profissionais de saúde:</p> <p>Não prescrever medicamentos e procedimentos sem evidências científicas</p>
<p>Estabelecimentos de saúde:</p> <p>Adoção de políticas institucionais de prevenção e de investigação de eventos adversos</p> <p>Política de <i>disclosure</i></p> <p>Coleta de dados, análise e compartilhamento</p> <p>Programa de educação e capacitação permanente</p> <p>Contratar profissionais qualificados</p>	<p>Estabelecimentos de saúde:</p> <p>Não adotar protocolos e diretrizes sem respaldo em evidências científicas</p> <p>Não estimular a adoção de protocolos e diretrizes sem respaldo em evidências científicas</p>

PROBLEMATIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE COMO ACESSO A MEDICAMENTOS SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE E DA MBE

No Comentário Geral nº 14, de 2000, o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁹ da ONU assenta que o acesso a medicamentos é um componente integral do direito à saúde. Particularmente, o cuidado em saúde abarca a condição da enfermidade e a prevenção, bem como o tratamento e o controle de doenças, os quais dependem extensamente do acesso oportuno e apropriado a medicamentos seguros¹⁷. Sendo assim, sob o prisma dos direitos humanos, o reconhecimento do direito de acesso a medicamentos há que satisfazer critérios, como o da segurança, haja vista que o Estado tem o dever de assegurar que todos os medicamentos disponibilizados à população não lhe causem danos evitáveis. Com efeito, do ponto de vista da tipologia obrigacional, su-

blinha-se que os Estados têm a obrigação de adotar mecanismos regulatórios robustos que contenham processos transparentes de modo a garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos. Especialmente, no que concerne à obrigação de proteger, cabe aos Estados regular a comercialização e a publicidade de medicamentos a fim de assegurar que sejam ofertados à população tão somente medicamentos seguros. Segundo Grover¹⁷, garantir a segurança dos medicamentos impõe a atuação estatal em relação à sua validação por meio de ensaios clínicos, o que conduz às interfaces entre a MBE e o direito de acesso a medicamentos seguros.

A MBE é um movimento ou uma abordagem, cujas formulações iniciais são atribuídas a Cochrane²⁷ e a Sackett⁷, e suas origens filosóficas remontam a meados do século XIX. No século XX, principalmente na primeira metade, a MBE se associou às políticas iniciais do National Health Service (NHS) e às pesquisas de Cochrane, notadamente no campo da epidemiologia clínica e da microeconomia da saúde. Para Cochrane, os dados utilizados na prática clínica deveriam ser obtidos com base em pesquisas científicas e ser submetidos à sistematização adequada¹⁶. Em sequência, nas décadas de 1980 e de 1990, destacaram-se as iniciativas da MBE no Canadá e as investigações de Sackett¹⁵, segundo o qual a MBE integra a *expertise* clínica individual com a melhor evidência científica externa disponível. Nesse sentido, a expressão “baseada em evidências” significa a:

[...] utilização de pesquisas na tentativa de ampliar o conhecimento (*expertise*) médico e diminuir incertezas no processo clínico (diagnóstico/terapêutica/prognóstico), mediante permanente consulta às informações produzidas (e validadas) em pesquisas de epidemiologia clínica¹⁵⁽⁶⁹⁾.

Registre-se a convergência da MBE com o movimento das Práticas Baseadas em Evidência (PBE), que alçou espaço nos anos 1990 e que se revela um substituto da “medicina pela autoridade”, fundamentando-se no emprego da abordagem científica discriminada que evita o uso de informação não validada e não sistematizada²⁸. Com efeito, a MBE implica a implementação de ensaios clínicos randomizados, o que impulsionou a mudança da prática histórica da terapia “empírica” para a concepção de que há uma hierarquia de evidências, que situa o ensaio clínico randomizado acima de ensaios não randomizados²⁹. Essa hierarquia de evidências “tem por base a farmacologia clínica que objetiva caracterizar a eficácia e a segurança de fármacos no homem a partir da investigação farmacológico-clínica que integra conceitos de epidemiologia e clínica e quantifica benefícios e riscos.”³¹.

Shojania e colaboradores³¹ formulam esforços no sentido da aproximação entre a MBE e a segurança do paciente, traçando o paradigma da MBE que se alicerça na ideia de que as intervenções em saúde, comumente, não apresentam benefícios e causam danos. El Dib³² pontua que a MBE diz respeito a “efetividade, eficiência, eficácia e segu-

rança”, e Heneghan e colaboradores³³ assinalam que “evidências pobres conduzem a decisões clínicas pobres”. Assim, partindo de tal premissa, a redução do risco de danos nos cuidados em saúde está associada ao uso das evidências; nesse sentido, Detsky¹⁶, ao analisar os impactos negativos dos erros assistenciais dos pacientes, associou o incremento dos erros à complexidade dos tratamentos e à ausência de protocolos clínicos unificados.

Em relação à prescrição de medicamentos, destaca-se que, para ser enquadrada como correta, deve ser “apropriada, segura, efetiva e econômica” e “essas características contribuem para maiores chances de êxito da terapia aplicada e segurança do paciente”³⁴. Na mesma linha, Wannmacher³⁰ assinala que a prescrição não baseada em evidências, mas, sim, em informações oriundas da indústria farmacêutica é um fator importante na prescrição incorreta de medicamentos.

Assim, constata-se que o direito de acesso a medicamentos está condicionado a critérios de segurança do paciente baseados na MBE. Isso significa que a prescrição de medicamentos, enquanto prática clínica, há que estar fundamentada em provas clínicas fundamentadas nas melhores evidências atualizadas³². Particularmente, conforme a MBE, as melhores evidências decorrem do desenvolvimento de revisões sistemáticas e/ou meta-análises, entendidas como os “métodos pelos quais os pesquisadores identificam vários estudos sobre um tema e os analisam criticamente, com o objetivo de apresentar um resumo das melhores disponíveis”¹⁵⁽⁷³⁾. Desse modo, a prescrição de medicamentos deve ser baseada nas melhores evidências, que além de derivarem de revisões sistemáticas e/ou meta-análises, devem ser de qualidade e apresentar força, que consiste, em suma, na sua potencialidade de produzir recomendações que gerem mais benefícios do que riscos para o paciente³⁰.

Dessa forma, o direito de acesso a medicamentos seguros pressupõe que a sua prescrição seja baseada em evidências, porquanto, de acordo com Grover¹⁷, ao descrever as obrigações estatais decorrentes do direito à saúde, enfatiza a importância de priorização de práticas seguras. O direito à saúde, assim, implica que o Estado observe a segurança na prescrição de medicamentos associada à existência de evidências, o que se justifica no dever estatal de prevenir os danos em relação ao paciente, bem como de evitar a escalada de custos nos tratamentos, excessos medicamentosos e a disseminação da ocorrência de danos evitáveis³³. No plano do Poder Judiciário brasileiro, é importante ressaltar que no julgamento do Recurso Extraordinário nº 566.471, que versa sobre o dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a pessoa com doença grave que não possui condições financeiras para a sua aquisição, o Ministro Luís Roberto Barroso estabeleceu que “a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz

da medicina baseada em evidências”³⁵ é um dos critérios para o fornecimento de medicamentos por parte do Estado. O Ministro Fachin, no mesmo sentido, assentou que “em caso de negativa de dispensa na rede pública, é necessária a realização de laudo médico indicando a necessidade do tratamento, seus efeitos, estudos da Medicina Baseada em Evidências – MBE e vantagens para o paciente”³⁶. Não obstante as menções à MBE na esfera do Supremo Tribunal Federal, Dias e Silva Júnior³⁷⁽⁵⁾, em estudo de 2016 sobre o emprego da MBE no Poder Judiciário, identificaram que a MBE “não foi utilizada como fundamento da maioria das decisões, nem contribuiu para uma análise mais adequada da situação do paciente, prevalecendo argumentos jurídicos ligados à superioridade do direito à saúde”.

Pode-se aventar que, no Brasil, não há a compreensão consolidada de que o direito à saúde tem como elemento a qualidade, e, por consequência, a segurança, mesmo quando se trata de acesso a medicamentos. Comumente, verificam-se construções jurídicas sobre o direito à saúde dissociadas da segurança do paciente. De forma singular, Figueiredo, Osorio-de-Castro e Pepe³⁸ asseveram que a decisão em adotar um medicamento nos cuidados em saúde deve ser baseada em evidências e que o recurso a meios legais para efetivar o direito à saúde não se contrapõe ao uso da evidência científica.

É importante assinalar que, embora não tenha sido objeto deste capítulo, o direito de acesso a medicamentos seguros quando se trata de pacientes com doenças raras há que ser concebido sob outra ótica, haja vista a dificuldade em desenhar ensaios clínicos de doenças raras em razão da infrequência da sua incidência. Aduzem-se, ainda, os poucos recursos que são destinados pela indústria farmacêutica a tais doenças, o que repercute na escassez de ensaios com tal escopo³⁹. Sendo assim, a maior parte das doenças raras não conta com um tratamento medicamentoso fundado em evidências que a intervenção altera a história natural da doença⁴⁰. Em consequência, atrelar o direito de acesso a medicamentos à presença de evidências científicas no caso das doenças raras tem o condão de conduzir as pessoas que vivem com tais doenças a uma situação de extrema vulnerabilidade. A Estratégia para as Doenças Raras do Reino Unido reconheceu que o acesso dos pacientes com doenças raras aos tratamentos mais efetivos pressupõe processos que levem em consideração os desafios associados à avaliação de tratamentos para tais doenças⁴¹. Portanto, advoga-se que, no caso do direito à saúde de pessoas com doenças raras, outros critérios devem ser empregados com vistas à salvaguarda da qualidade e da segurança no acesso a medicamentos.

Referências

1. Socal MP, Amon JJ, Biehl J. Right-to-Medicines Litigation and Universal Health Coverage: Institutional Determinants of the Judicialization of Health in Brazil. *Health Hum Rights*. 2020;22(1):221-36.
2. Instituto de Ensino e Pesquisa. *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução*. Brasília: CNJ; 2019.
3. Conselho Nacional de Justiça. Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde. CNJ [Internet]. 10 jun 2020 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/>
4. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. *Diário da Justiça Eletrônico* [Internet]. 7 abr. 2010 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>
5. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 326, de 6 de junho de 2020. Dispõe sobre alterações formais nos textos das Resoluções do Conselho Nacional de Justiça. *Diário da Justiça Eletrônico* [Internet]. 30 jun. 2020 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3366>
6. Conselho Nacional de Justiça. Sistema e-NatJus [Internet]. [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/e-natjus/>
7. Sackett D. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.
8. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. 28 abr. 2011 [citado 2021 jun 18]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#art1
9. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) [Internet]. Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. (Contained in Document E/C.12/2000/4). Geneva: UN; 2000 [cited 2021 Jun 18]. Available from: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
10. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. World Health Organizations. The Right to Health: Fact Sheet No. 31 [Internet]. Geneva: OHCHR/WHO; 2008 [2021 Jun 18]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

11. Adom D, Hussein EK, Adu Agyem J. 2018. Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. *Int J Sci Res [Internet]*. 2018 [cited 2021 Jun 18];7(1):438-41. Available from: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=/?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=/?is=1)
12. Abedi G, Mahmoodi G, Malekzadeh R, Khodaei Z, Belete YS, Hasanpoor E. Impact of patients' safety rights and medical errors on the patients' security feeling: a cross-sectional study. *Int J Hum Rights Healthc*. 2019;(3).
13. Oikonomou E, Carthey J, Macrae C, Vincent C. Patient safety Regulation in the NHS: mapping the regulatory landscape of healthcare. *BMJ Open*. 2019;9(7):e028663.
14. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud/ Corte Interamericana de Derechos Humanos y Cooperación Alemana (GIZ). San José: Corte IDH; 2020.
15. Faria L, Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2021;28(1):59-78.
16. Zhuravel VA, Avdeeva GK, Sokolenko MO. Evidence-Based Medicine as patient's Protection measure in judicial practice. *Wiad Lek*. 2020;73(12 cz 2):2795-2803.
17. Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. Geneva: UN. Human Rights Council;1 May 2013 [cited 2021 Jun 19]. Available from: <https://undocs.org/A/HRC/23/42>
18. Toebes B. *The Right to Health as a Human Right in International Law*. Oxford: Intersentia – Hart; 1999.
19. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Diário Oficial da União [Internet]. 7 jul. 1992 [citado 2021 jun 18]; Seção 1:8713. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm
20. World Health Organization. *Quality of care*. Geneva: WHO; 2006.
21. Grabois V. Gestão do cuidado. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Júnior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS [Internet]*. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp; 2009 [citado 2021 jun 18]. p. 159-187. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>
22. World Health Organization. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety [Internet]*. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 Jun 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/hand->

le/10665/327526/B144_29-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. World Health Organization. Global Action on Patient Safety. Geneva: WHO; 2019 [cited 2021 Jun 18]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf

24. European Union. Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety [Internet]. Luxembourg: EC; 2005 [cited 2021 Jun 18]. Available from: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en

25. Bellandi T, Tartaglia R, Sheikh A, Donaldson L. Italy recognises patient safety as a fundamental right. *BMJ*. 2017;357: j2277.

26. De Schutter O. *International Human Rights Law*. Oxford: Oxford; 2010.

27. Claridge JA, Fabian TC. History, and development of Evidence-based Medicine. *World J Surg*. 2005;29(5):547-53.

28. Rodrigues RJ. Information systems: the key to evidence based health practice. *Bull World Health Organ*. 2000;78(11):1344-51.

29. Bluhm R. Jeremy Howick: the philosophy of evidence-based medicine. *Theor Med Bioeth*. 2011;32:423-7.

30. Wannmacher L. Conduas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Temas_01_%20Conduas_APS.pdf

31. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Safe but Sound Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine. *JAMA*. 2002;288(4):508-13.

32. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*. 2007;6(1):1-4.

33. HENEGHAN, Carl et al. Evidence based medicine manifesto for better healthcare. *BMJ*. 2017;357:j2973.

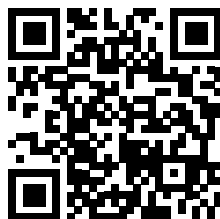
34. Néri EDR, Gadêlha PGC, Maia SG, Pereira AGS, Almeida PC, Rodrigues CRM, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(3):306-14.

35. Supremo Tribunal Federal. 6 – Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo [Internet]. Brasília: STF; 2021 [citado 2021 jun 18]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/porta1/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>

36. Lopes BGMS. O direito à saúde no STF: análise dos critérios de decisão nos casos de medicamentos de alto custo [monografia]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Direito Público; 2019 [citado 2021 jun 19]. Disponível em: <http://sbdp.org.br/wp/wp-content/uploads/2020/03/BrunoGrando.pdf>
37. Dias ER, Silva Junior GB. A Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde. *Einstein*. 2016;14(1):1-5.
38. Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CG, Pepe VLE. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad Saúde Publica*. 2013; 29(suppl 1):S159-S166.
39. Pai M, Yeung CHT, Akl EA, Darzi A, Hillis C, Legault H, et al. Strategies for eliciting and synthesizing evidence for guidelines in rare diseases. *BMC Med Res Methodol*. 2019;19(67).
40. Tinglei K, Coyle D, Graham ID, Chakraborty P, Wilson K, Potter BK, et al. Stakeholder perspectives on clinical research related to therapies for rare diseases: therapeutic misconception and the value of research. I. *Orphanet J Rare Dis*. 2021;16(1):26.
41. Clarck S, Ellis M, Brownrigg J. The impact of rarity in NICE's health technology appraisal. *Orphanet J Rare Dis*. 2021;16(1):218

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 2
GESTÃO DA CLÍNICA

A BUSCA POR QUALIDADE
EM SISTEMAS DE SAÚDE: A
IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE
MEIOS E GESTÃO DA CLÍNICA

Maurício Wesley Perroud Júnior¹

1. Médico Pneumologista, Mestrado e Doutorado em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM – Unicamp); MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas; Docente da Disciplina de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica da FCM-Unicamp; Superintendente do Hospital Estadual Sumaré – Unicamp.

Resumo

Um sistema de saúde pode ser considerado como a organização mais complexa já criada pela humanidade. Por conseguinte, a sua gestão constitui um grande desafio para atender às necessidades individuais e coletivas da sociedade. Apesar das relações de interdependência dos elementos que o compõem, um sistema complexo é passível de ser organizado a partir de suas unidades menores. Sob essa visão, os modelos de gestão assistencial, especialmente a Gestão da Clínica com suas ferramentas de microgestão dos fins, se usadas em conjunto com as ferramentas de gestão administrativa, podem viabilizar um sistema comprometido com a definição do que é um cuidado de saúde com atributos de qualidade, ou seja, focado no paciente, seguro, ofertado no tempo oportuno, eficaz, efetivo e equânime.

Palavras-chave: Gestão da clínica. Procedimento operacional padrão. Indicador. Gestão da qualidade. Administração.

INTRODUÇÃO

Segundo Peter Drucker, hospital é a organização mais complexa criada pela humanidade¹. A partir dessa afirmação, podemos concluir que os sistemas de saúde, compostos por unidades de tamanhos, funções e complexidades distintas, são as estruturas mais intrincadas e desafiadoras à gestão.

A ciência da Administração evoluiu lentamente ao longo da história e, somente a partir da segunda metade do século XIX, ganhou impulso e relevância nos Estados Unidos da América (EUA) como reflexo da Revolução Industrial iniciada no final do século anterior na Inglaterra². Na área da saúde, provavelmente, a primeira ação para descrever procedimentos, avaliar e apresentar resultados com análise estatística e gráfica foi realizada por Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia (1854)³. Apesar da transformação na administração das fábricas e da saúde começarem no mesmo período nos EUA, em 1900, já havia cursos de contadores² nesse país, ao passo que o primeiro curso de gestão em saúde só foi criado em 1934 na Universidade de Chicago⁴.

No Brasil, a transformação do método produtivo ocorreu 150 anos depois da britânica, sendo a década de 1930 considerada a nossa “revolução industrial”. Somente em 1963 surgiu o curso de graduação em administração na Universidade de São Paulo².

Na área da saúde, como nação, ao longo do século XX, passamos pelo Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, Serviços Nacionais específicos, Serviço Especial de Saúde Pública, Caixas de Aposentadoria e Pensões, entre tantas

instituições, até chegar ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente, a seguir, ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Esse um projeto de organização e gestão com missão definida na carta constitucional de 1988.

A proclamação da sua lei e a implantação do SUS, respondendo aos anseios da população, constituem uma das suas grandes conquistas, mas lançam um dos seus maiores desafios: como gerir um sistema tão complexo, garantido seus princípios doutrinários, além de segurança, eficiência, eficácia?

MÉTODOS

A elaboração deste artigo foi realizada a partir da revisão não sistemática da literatura.

DISCUSSÃO

A organização dos serviços de saúde pública surgiu, em parte, como consequência dos efeitos da Revolução Industrial na organização da sociedade⁶. Entretanto, esta também fornece as bases para o estabelecimento de um sistema de gestão em saúde por meio dos princípios da administração. O primeiro sistema de saúde surgiu na União Soviética ao final dos anos 1920; e, de forma contemporânea, o período das Grandes Guerras Mundiais levou à necessidade de organizar os serviços médicos⁶, fato que culminou com a criação do National Health Service (NHS) no Reino Unido, em 1948, o primeiro universal e gratuito do Ocidente^{6,7}.

Os sistemas de saúde são considerados altamente complexos¹. Por definição, complexidade decorre da interrelação entre componentes de um sistema, ou seja, a influência de um sobre outro. Desse modo, complexidade é relativa e aumenta de acordo com o número de componentes, as relações entre estes e a singularidade destas⁸. Por essas características, um sistema de saúde não pode ser um organismo autogerenciado, e sua gestão demanda ações administrativas ativas e direcionadas. Deve ser ressaltado que administração não é uma atividade empírica porque tem regras e segue conceitos científicos, ou seja, é uma verdadeira ciência, regida por normas, princípios e leis claramente definidos, cujo principal objeto é a gestão⁸.

As ações de gestão são essenciais para identificar falhas de processo, corrigi-las e aprimorar a eficiência e a eficácia; ações que resultarão em um sistema mais seguro para pacientes e profissionais de saúde. Essa abordagem foi o que levou, por exemplo, à criação do National Institute for Health na Care Excellence (NICE) vinculado ao NHS¹⁰.

Apesar das relações de interdependência, um sistema complexo é passível de ser organizado a partir de suas unidades menores¹¹. Nesse sentido, a organização distribuída e razoavelmente estruturada dos ambientes de saúde torna a abordagem da decomposição funcional viável quando há uma compreensão abrangente do contexto de trabalho, de seus elementos e dos princípios que governam as ações dos vários componentes dentro do sistema⁸. A compreensão do 'todo' é essencial para evitar, ou corrigir, a fragmentação do sistema de saúde. Nesse ponto, as Redes de Atenção à Saúde têm papel fundamental¹².

O problema da fragmentação do sistema de saúde, não limitado às unidades físicas, mas incluindo a do conhecimento e das relações pessoais interprofissionais, além do isolamento em relação às demandas do paciente e à comunidade, é uma discussão antiga¹³. Provavelmente, as ações do modelo de gestão do cuidado centrado no paciente (*patient-centered care*)^{14,15} constituíram os primeiros movimentos para reverter a fragmentação e promover a integração do paciente nas decisões do seu cuidado. Além disso, esse modelo de gestão tem sido visto como um elemento de qualidade e um facilitador de outros resultados desejáveis¹⁶. Apesar dos ganhos advindos, ainda assim, não é um modelo perfeito; e um dos seus grandes desafios é lidar com as tensões intergrupos – médico *versus* enfermagem, médico *versus* não médico, clínico *versus* não clínico¹⁶.

Ainda há o modelo de cuidado de saúde centrado nas pessoas (*people-centred health care*), mais recente e uma visão ampliada do cuidado centrado no paciente, em que há envolvimento de quatro esferas que compõem um sistema de saúde: indivíduos (pacientes), família e comunidade; profissionais de saúde; organizações de saúde e sistemas de saúde (isto é, ações relacionadas com organização, prestação de serviço e financiamento da saúde)¹⁷. Neste ponto, vale a citação ao relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o cuidado de saúde centrado nas pessoas:

A necessidade de foco no paciente [*patient-centredness*] tornou-se uma questão global importante, tendo sido identificada pelo *Institute of Medicine* da *United States National Academies of Science* como um dos seis atributos de qualidade de cuidados de saúde, sendo os outros, segurança, cuidado no tempo oportuno [*timeliness*], eficácia, eficiência e equidade. Mas, embora a abordagem centrada no paciente trate de questões de qualidade e atenção holística à saúde, ela não atende a alguns dos desafios de saúde mais amplos. A abordagem centrada nas pessoas atende a esses desafios mais amplos, reconhecendo que antes das pessoas se tornem pacientes, elas precisam ser informadas e capacitadas para promover e proteger sua própria saúde. É necessário chegar a todas as pessoas, famílias e comunidades que estão além do ambiente clínico. Ademais, os profissionais de saúde são pessoas, e as organizações e sistemas de saúde são compostos por pessoas. Suas necessidades também devem ser consideradas e eles devem ter autonomia para mudar o sistema para melhor. Ou seja, uma abordagem centrada nas pessoas envolve uma consideração equilibrada dos direitos e necessidades, bem como das responsabilidades e capacidades de todos os constituintes e partes interessadas do sistema de saúde.¹⁷⁽⁵⁾ (tradução nossa).

O relatório da OMS descreve a estrutura política para a gestão centrada nas pessoas, mas não determina ou sugere um método para operacionalização.

Um dos modelos que pode ser aplicado é a Gestão da Clínica, na qual a gestão é direcionada para o momento do encontro clínico, chamada de microgestão dos fins, e não mais dos meios (recursos humanos, materiais e financeiro)¹². A Gestão da Clínica pode ser definida como um conjunto de cinco tecnologias de microgestão, destinado a prover uma atenção à saúde com qualidade¹⁸, composto por: diretrizes clínicas, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera¹². Sendo que as diretrizes clínicas compõem a base para a aplicação das demais.

É importante ressaltar que a Gestão da Clínica não é a única ferramenta para gerenciamento da assistência e não prescinde dos processos de Regulação e de Linhas de Cuidado^{19,20}. Além disso, obviamente, a microgestão dos fins não exclui a gestão dos meios.

De modo geral, no Brasil, os cursos de graduação da área de saúde não têm disciplinas ligadas à área de administração na sua grade curricular. Com isso, formamos profissionais sem conhecimentos básicos em ferramentas de gestão, obrigatórias em qualquer modelo de negócio, que foram desenvolvidas nos últimos dois séculos, desde a Revolução Industrial inglesa. Sem a gestão dos meios, responsável por manter a viabilidade ‘do negócio’, não haverá possibilidade de estruturar uma gestão de fins.

No mundo privado, uma empresa que não tem planejamento, processos bem definidos e metas traçadas está fadada à falência. Já a saúde pública não pode decretar falência, mas tem custo e pode gerar prejuízos intangíveis para o indivíduo e para a sociedade; portanto, tem a obrigação de buscar eficiência, eficácia e segurança, em suma, qualidade. Apesar de a discussão sobre qualidade nos sistemas de saúde no Brasil ter ganhado maior impulso nos últimos 20 anos, a partir das certificações da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Joint Commission e Canada Accreditation, o conceito de que é possível mensurar qualidade de um sistema de saúde pela observação da sua estrutura, de seus processos e resultados surgiu há mais de 50 anos²¹.

Quadro 1. Domínios do aprimoramento da qualidade

Estabelecendo padrões	Incorporação do processo de definição de expectativas, níveis de prática ou resultados.
Medindo a qualidade	Processo por meio do qual o desempenho é revisado, a prática é avaliada e os resultados são aferidos.
Aprimoramento da qualidade	Processo ativo que envolve agir, fazer mudanças e medir o progresso em direção a um objetivo acordado.

Fonte: Adaptado de Atkinson e colaboradores²².

Dentre as diversas ferramentas de gestão que são imprescindíveis para o gerenciamento adequado de um sistema, duas podem ser destacadas: procedimentos operacionais padrão e indicadores. No processo de organização da administração de uma unidade ou sistema, a primeira atividade a ser desenvolvida é a padronização do formato dos documentos relacionados com a gestão, bem como o processo de controle de versões e arquivamento. Na próxima etapa, cada grupo profissional deve elaborar o seu manual de rotinas, para alguns, a sistematização da atuação. A seguir, cada grupo ou setor, conforme a organização estrutural, deve descrever os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), os fluxos de processos sob a sua responsabilidade e definir as estratégias de treinamento. Todos esses documentos devem ser validados e aprovados pelo corpo diretivo.

O POP é um documento que define, claramente, quem faz 'o quê, quando, como e porquê'. Não é aplicável somente a organizações grandes e complexas, pois é capaz de cobrir a maioria dos aspectos mínimos de uma rotina de trabalho, tendo a função de prevenir variações nos processos, apesar do fator humano e do tempo de execução da atividade, por constituir uma ferramenta de transferência de conhecimentos e habilidades²³. Atividades de alto risco, como a aviação, usam rotinas normatizadas para melhorar a confiabilidade e reduzir a chance de erro desde o final dos anos 1930. A formalização das etapas de uma atividade é um dos métodos mais comuns para alcançar esse objetivo, tornando as tarefas e ações explícitas e estruturadas e o trabalho padronizado por meio do uso de POP. Há uma série de exemplos nos quais a introdução da normatização, especificamente o uso de POP, demonstrou ter benefícios na área da saúde como, por exemplo, o *checklist* cirúrgico²⁴⁻²⁷.

O uso de POP facilita a implantação de novas estratégias terapêuticas, particularmente aquelas que podem ser estabelecidas sob a forma de 'pacotes' ('*bundles*'), aprimorando o padrão da assistência. Por esse motivo, os POP podem reduzir o tempo entre a publicação e a disseminação de uma nova rotina, bem como o tempo para o início da terapia para cada paciente ao tornar a equipe de profissionais de saúde mais conscientes das medidas que devem ser tomadas em cada situação²⁴. A implantação de processos padronizados permite a gestão por indicadores e ciclos de melhoria. Os indicadores podem ser relativos à estrutura, ao processo ou ao resultado²⁸. Indicadores de processo e de resultados permitem medir a qualidade do cuidado ou de serviços e devem ser baseados na melhor evidência possível, ou seja, devem ser definidas e implementadas com rigor científico para que tenham significado claro e base científica, e possam ser difundidos e passíveis de interpretação^{21,28}. O maior problema dos indicadores de resultado como indicadores de desempenho é que eles não são uma medida direta de qualidade do sistema de saúde como os de processos. Nesse ponto, o indicador de

processo é mais sensível que o de resultado para evidenciar diferenças na qualidade do cuidado, além de ser mais simples de interpretar. Por outro lado, o indicador de resultado tem a relevância de medir algo que é importante *per se*, refletindo todos os aspectos do processo, e não somente aqueles que são mensuráveis²⁹.

O monitoramento de indicadores serve para múltiplos propósitos além da avaliação de qualidade, pois pode ser usado para comparações (*benchmarking*) entre diferentes serviços, estabelecimento de prioridades, regulação, acreditação, entre outros²⁸.

A implantação de processos padronizados e indicadores, além de ser um passo fundamental para a gestão de meios, ajuda a criar uma cultura favorável para uso de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais, que são ferramentas essenciais para a Gestão de Clínica e Linhas de Cuidado, bem como para todas as demais tecnologias de microgestão dos fins.

Na Gestão da Clínica, as diretrizes clínicas têm quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional e a função legal¹². Essencialmente, os mesmos objetivos dos POP. Por outro lado, os POP têm o mesmo *modus operandi* da gestão da condição de saúde, pois esta define “as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura, cuidado, reabilitação e palição”¹². Já a gestão de caso, que foca suas ações em indivíduos com condições complexas¹², tem a mesma estrutura da gestão de meios com as etapas de planejar, monitorar e avaliar, mas aplicáveis às opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde desses pacientes. Ou seja, as tecnologias de gestão de meios e fins atuam em cenários específicos, mas compartilham semelhanças estruturais e funcionais.

Auditoria é uma atividade em saúde historicamente ligada à ação de averiguar o prontuário do paciente e documentos relacionados para fins de pagamento, quer seja no sistema público ou privado. Entretanto, a ‘auditoria clínica’ busca o aprimoramento dos resultados clínicos¹². Para tal, tem foco na avaliação da qualidade da assistência, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos alinhados aos protocolos clínicos, e da eficiência e eficácia no uso de recursos tecnológicos e financeiros¹⁸; estes indissociáveis aos demais em um sistema de qualidade. A auditoria clínica ainda está ligada à avaliação periódica de procedimentos operacionais¹⁸, fato que ressalta a importância da cultura de gestão da qualidade decorrente da implementação destes. Por fim, temos a lista de espera que poderia estar muito bem no início do processo, não por efeito de superposição quântica, mas por estar relacionada com a demanda a ser atendida e porque todo o processo roda como ciclo de melhoria da qualidade, quando há uma gestão ativa. Dessa forma, a demanda reprimida pode ser um parâmetro para determinar as

ações de gestão de meios e fins, bem como parâmetro da eficácia e eficiência dessas ações e para ajustes do sistema. É importante ressaltar que a lista de espera é pautada não em ordem de entrada, mas em riscos e necessidades, e busca a transparência e uso racional de recursos¹⁸. Portanto, pelos seus princípios, a lista de espera faz parte das estratégias de regulação¹⁹ e demanda protocolos bem definidos e indicadores de processos e resultados para seu manejo, tal qual a gestão dos meios.

A implantação de ferramentas e modelos de gestão, quer administrativas ou assistenciais, é um grande desafio em um país com dimensões continentais devido às diferenças regionais e, principalmente, pelos diferentes graus de maturidade gerencial entre sistemas e entre unidades de um mesmo complexo assistencial.

Se o primeiro grande desafio é organizar a gestão de um sistema tão complexo a partir das suas unidades menores, o segundo é evitar que o conhecimento fique isolado em bolsões de excelência. Para impedir tal desfecho, é necessário desenvolver duas capacidades: disseminar inovações e práticas novas ou aprimoradas entre equipes clínicas e por todo o sistema de saúde; e sustentar a mudança ao longo do tempo, resistido à tentação de voltar a práticas de qualidade inferior²². Nesse ponto, a estabilidade, a previsibilidade e a segurança alcançadas com a implementação de ferramentas de gestão são pontos de retroalimentação positiva extremamente fortes para manter, disseminar e perpetuar os processos de gestão dentro do sistema.

CONCLUSÃO

O uso das ferramentas de gestão tradicionais, muito associadas à administração não clínica, tais como POP e indicadores de processo e resultado, constituem a base para a perenidade e estabilidade de um sistema complexo com o da saúde, especialmente por ajudarem a construir uma cultura de gestão da qualidade. Já as ferramentas da gestão da assistência – por exemplo, Gestão da Clínica, Linhas de Cuidado e Regulação – complementam as tradicionais e trazem a especificidade exigida por um sistema tão complexo e único como o de saúde.

Dessa forma, o uso de diversas tecnologias de gestão é um passo fundamental para alcançar todos os atributos de qualidade na saúde (isto é, paciente, segurança, cuidado no tempo oportuno, eficácia, eficiência e equidade), mantê-los e disseminá-los através de todo o sistema de saúde.

Referências

1. Drucker PF. *Managing in the next society*. St. Martin's Griffin: New York; 2003.
2. Storck V. Notas para a história da administração brasileira: origens e desenvolvimento. *Rev Adm Empr*. 1983;23(3):57-62.
3. Sheingold BH, Hahn JA. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860-1960. *Int J Afr Nurs Sci*. 2014;1:18-22.
4. Chicago Booth School of Business. Health Care Group. The Graduate Program in Health Administration and Policy – GPHAP [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://groups.chicagobooth.edu/ftthehealthcare/gphap/>
5. Silva HM. *A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS [dissertação]*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1996.
6. Kuschmir R, Chorny A, Lima e Lira A. *Gestão dos sistemas e serviços de saúde*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 2014.
7. Padilha RQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(12):4249-57.
8. Kannampallil TG, Schauer GF, Cohen T, Patel VL. Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform*. 2011;44(6):943-47.
9. Silva JS, Santos JD. Recursos escassos, necessidades limitadas? *Rev Bras Adm Pol*. 2014;7(1):127-142.
10. National Institute for Health and Care Excellence. History of NICE. NICE [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/history-of-nice>
11. Pan American Health Organization. *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas [Internet]*. PAHO: Washington, DC; 2011 [cited 2021 May 16]. Series: *Renewing Primary Health Care in the Americas No.4*. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
12. Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Macleod JW. Curriculum in Canadian Medical Education. *Can Med Assoc J*. 1963;88(14):705-12.
14. Bernstein SB, Zander K. Continuity of care. A patient-centered model. *Gen Hosp Psychiatry*. 1981;3(1):59-63.

15. McCracken EC, Stewart MA, Brown JB, McWhinney IR. Patient-centred care: the family practice model. *Can Fam Physician*. 1983;29:2313-16.
16. Kreindler SA. The politics of patient-centred care. *Health Expect*. 2015;18(5):1139-50.
17. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. People-centred health care: a policy framework. Western Pacific Region: Manila: WHO; 2007.
18. Oliveira D, Canabrava C. Fundamentos, origem e conceitos de Gestão da Clínica. In: *Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde*. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 67-100.
19. Santos J, Atílio H. Regulação em saúde. Contexto e estratégias, experiências e desafios. Formar melhor e capacitar mais, para regular e auditar menos. In: *Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde*. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 101-131.
20. Perroud Jr M. Linha de Cuidado. In: *Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde*. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 132-156.
21. Rubin HR. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):469-74.
22. Atkinson S, Ingham J, Cheshire M, Went S. Defining quality and quality improvement. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(6):537-39.
23. Amare G. Reviewing the values of a standard operating procedure. *Ethiop J Health Sci*. 2012;22(3):205-8.
24. Kortgen A, Niederprüm P, Bauer M. Implementation of an evidence-based 'standard operating procedure' and outcome in septic shock. *Crit Care Med*. 2006;34(4):943-949.
25. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
26. Patel J, Ahmed K, Guru KA, Khan F, Marsh H, Shamim Khan M, et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities – a systematic review. *Int J Surg*. 2014;12(12):1317-23.
27. Morgan L, New S, Robertson E, Collins G, Rivero-Arias O, Catchpole K, et al. Effectiveness of facilitated introduction of a standard operating procedure into routine processes in the operating theatre: a controlled interrupted time series. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):120-7.
28. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.
29. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):475-80

EIXO 2
GESTÃO DA CLÍNICA

A SEGURANÇA COMO UMA
IMPORTANTE DIMENSÃO DA
QUALIDADE

Helidea Lima¹

1. Médica, mestra em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Universitário de Lisboa e especialista em Melhoria pelo IHI. Diretora de Qualidade Assistencial da Rede D'Or São Luiz. <http://lattes.cnpq.br/3509533808583101>. E-mail para contato: helidea@gmail.com

Resumo

O desejo de todos nós é termos uma cobertura universal de saúde, com serviços de qualidade e com segurança. Ainda temos muitos desafios para alcançar esse objetivo. Apesar de esforços de muitos, qualidade e segurança em serviços de saúde, às vezes, parecem muito mais modismo do que necessidade. Para transformação do sistema de saúde que temos para o que deveríamos ter, como já citado na publicação *Crossing the Quality Chasm*, devemos melhorar a qualidade, a eficácia e o gerenciamento, aumentar a satisfação do paciente e trabalhar a segurança. Entender a segurança como uma importante dimensão da qualidade é um ponto fundamental para iniciarmos esse caminho. Além de muitas iniciativas da Organização Mundial da Saúde, o Brasil, desde 2013, assume um compromisso com a segurança do paciente com a formatação de um Programa Nacional de Segurança do Paciente. Além de termos diretrizes e legislações, é fundamental a mudança de postura de nós, gestores da saúde, entendendo segurança como pilar do atendimento, em todos os níveis de atenção.

Palavras-chave: Gestão da qualidade em saúde. Segurança do paciente. Sistema de saúde.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, a atenção centrada no paciente, a oportunidade e o acesso, a efetividade, a eficiência, a equidade e um cuidado integrado são metas citadas em 2001 na publicação do Institute of Medicine (IOM)¹ como as seis dimensões mais importantes para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade. Já se passaram 20 anos, e temos ainda tantas dificuldades na aplicação desses conceitos e no entendimento da importância da segurança como dimensão de um cuidado de qualidade.

A “segurança do paciente é a prevenção de erros associados aos cuidados de saúde e à mitigação dos seus efeitos”². É “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”³. A segurança do paciente:

[...] é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área de saúde que consistentemente e sustentavelmente reduzem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam o erro menos provável e reduzem o impacto do dano quando ele ocorre⁴.

A segurança do paciente deve ser entendida como um direito, garantindo aos pacientes a ausência de danos evitáveis na assistência à saúde. As organizações de saúde

devem estabelecer barreiras que minimizem a probabilidade de eventos a partir da identificação de riscos. Entendemos que, embora os danos não possam ser completamente eliminados, eles podem e devem ser minimizados e gerenciados.

Reconhecemos já desde os ensinamentos de Hipócrates (460 a 370 a.C.) – *Primum non nocere* (primeiro não cause o dano) – a importância da segurança do paciente com o objetivo do cuidado médico em fazer o bem e evitar fazer o mal.

Na história da qualidade, temos vários pensadores que reforçaram a importância de práticas seguras no cuidado, como Ignaz Semmelweis⁵ (1818-1865), pioneiro nos procedimentos antissépticos, que fez a relação entre a febre puerperal e o exame obstétrico realizado pelos estudantes que haviam vindo da aula de anatomia, e manipulado o cadáver; Florence Nightingale⁶ (1820-1910), pioneira no tratamento de feridos de guerra, durante a Guerra da Crimeia, que contribuiu no campo da estatística com a utilização de métodos de representação visual de informações, com gráficos setoriais, gestão da clínica e profissionalização da enfermagem na Inglaterra; Ernest A. Codman (1869-1940) com a publicação dos primeiros trabalhos sobre a necessidade e a importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções e procedimentos médicos, desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar; a publicação em 1999 pelo IOM do relatório *Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro*.

[...] a partir da divulgação do relatório do IOM *To Err is Human*, que o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado⁷.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2004. Em 2013, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mas, ainda hoje, o tema é considerado desconhecido por muitas organizações de saúde.

MÉTODOS

A implantação de um núcleo de segurança nas organizações de saúde, com o mapeamento dos processos e a identificação de riscos, buscando o acompanhamento de resultados, é o caminho para a implantação de uma cultura de segurança.

Ferramentas de avaliação dessa cultura

Uma cultura de segurança forte é caracterizada por comunicações fundadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela

eficácia das medidas preventivas. A utilização de ferramentas de avaliação das percepções e opiniões sobre segurança do paciente – com questões relacionadas com a percepção sobre a atitude dos gestores em relação à segurança, o trabalho em equipe, o estresse, a satisfação com o trabalho, as condições de trabalho e o clima institucional – permite avaliar o momento da organização.

Resultados e Discussão

As organizações de saúde devem estruturar um PNSP que vise, especialmente, “prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde”⁸. O programa prevê a formalização de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) e, assim, demonstrar o compromisso da organização com o gerenciamento dos riscos.

Um bom método para gerenciamento dos riscos e a adoção de indicadores, certamente, são práticas que contribuem para a promoção da cultura de segurança. A implantação do NSP tem um papel importante na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ele deve estar integrado a outras comissões já existentes na organização e promover a prevenção, o controle e a mitigação de incidentes. É um trabalho que deve acontecer de forma integrada, articulado com todos os processos e incentivados pela liderança.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36/2013⁹, todos os incidentes relacionados à assistência à saúde devem ser notificados, incluindo os eventos adversos. Os casos de óbitos relacionados a eventos adversos devem ser notificados em até 72 horas após a ocorrência do evento e, em até 60 dias, apresentar uma investigação com utilização de ferramenta de análise de causa raiz. A notificação é feita em meio eletrônico, no sistema Notivisa. É importante que a organização classifique e analise cada incidente que seja identificado, buscando oportunidades de aprendizados e implantação de barreiras para minimização de novas ocorrências. A expectativa é que a análise dos incidentes possibilite a melhoria contínua dos processos, jamais tenha um caráter punitivo e contribua para a cultura de segurança na organização.

Entende-se como incidente relacionado com a assistência à saúde um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde. Os incidentes classificam-se como: *near miss* (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento atingiu o paciente, mas não causou dano); e incidente com dano ou evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente)¹⁰. Deve-se, igualmente, observar a ocorrência do que se denomina *never events*, também reconhecidos como eventos sentinela, como aqueles eventos de maior gravidade que nunca deveriam

ocorrer em serviços de saúde. Cada organização de saúde pode suplementar a lista de eventos considerados *never events* pela Anvisa.

Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamento e serviços em um ambiente de atendimento 24 horas ou até 72 horas após a alta, inclusive do Departamento de Emergência do hospital (ED); morte imprevista de um bebê a termo; reação transfusional hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneo importante (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos) são alguns exemplos considerados como *never events* para a The Joint Commission¹¹.

Por outro lado, a atual fragmentação do cuidado e a deficiência na gestão dificultam a implantação da cultura de segurança. O Relatório Safety 2030² cita que “infelizmente, as tendências na área de saúde provavelmente aumentarão os riscos para a segurança”. Outrossim, discute quatro ameaças emergentes: pacientes cada vez mais complexos; cuidados cada vez mais complexos; restrições orçamentárias; e resistência antimicrobiana.

O relatório cita ainda que:

As ameaças à segurança do paciente estão aumentando, mas podem ser interrompidas ou seu impacto reduzido por iniciativas proativas. Reconhecer sua importância é o primeiro passo nos esforços para melhorar a segurança. Muitas vezes, as respostas têm sido fragmentadas, concentrando-se em um problema e implantando uma solução isolada. Os sistemas de saúde precisam evitar a repetição desse erro e, em vez disso, empregar uma abordagem baseada em sistemas, com foco na cultura, centrada no paciente e na equipe e baseada em evidências.²

Trabalhar em Rede de Atenção à Saúde (RAS) com uma abordagem baseada em sistema, em que as partes trabalhem em conjunto para alcançar um resultado, neste caso, uma assistência segura e diferenciada, deve ser o caminho para a mudança do sistema de saúde tão desejado.

“Os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida”¹².

Segundo Eugênio Vilaça Mendes¹²,

[...] o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Precisamos caminhar na transição de um sistema fragmentado de atenção à saúde para o modelo de redes de atenção. Além disso, devemos acrescentar as práticas de um cuidado centrado na pessoa com avaliação do valor agregado ao cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a redução do custo da saúde.

Em cada ponto de atenção com abordagem baseada em sistemas, deveria ser adotada a lógica da gestão por processos com a identificação dos processos prioritários que permitem organizar o cuidado daquele ponto. Com ferramentas de mapeamento de processos com a identificação de cadeia cliente fornecedor (utilizando-se SIPOC, por exemplo), definição do produto de cada processo e as tarefas realizadas para seu atingimento, com definição de contratualizações com clientes e fornecedores, é possível oferecer ferramentas de gestão para a implantação de uma cultura de segurança.

Segundo uma publicação do Guia da Health Foundation¹³,

[...] o mapeamento do processo é uma ferramenta usada para mapear cada etapa de um processo. É usado para mapear o caminho ou jornada de uma parte ou toda caminhada de cuidado de saúde dos pacientes e seus processos de suporte. Fazer o mapeamento é especialmente útil como uma ferramenta para envolver a equipe na compreensão de como as diferentes etapas se encaixam, quais etapas que agregam valor ao processo e onde pode haver desperdícios ou atrasos.

Para cada processo, devem ser levantados os possíveis perigos e riscos, e classificadas a probabilidade e a gravidade de ocorrência destes. Assim, com uma matriz de risco estruturada, é possível priorizar a formatação de barreiras para aqueles riscos considerados intoleráveis.

A lógica de gestão por processos, com avaliação da estrutura adequada (área física, recursos humanos, materiais, equipamentos, recursos financeiros) e identificação dos resultados a serem monitorados, contribui para a melhoria da gestão e, consequentemente, para a melhoria do cuidado. As dimensões da qualidade dos conceitos de Donabedian¹⁴ (estrutura, processo e resultado) são ainda atuais e necessárias.

Um exemplo para minimização dos perigos e riscos é a implantação das metas nacionais (e internacionais) de segurança: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamento; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.

Além disso, analisar todos os eventos adversos notificados buscando identificar oportunidades de melhorias nos processos também é uma estratégia eficaz para fortalecer a cultura de segurança. De acordo com a RDC nº 36/2013⁹, todos os incidentes relacionados com assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde, devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Para que a organização possa efetuar a notificação, é necessário a realização do cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente no Notivisa.

Ainda segundo a publicação já citada do Guia da Health Foundation¹³, vários fatores são necessários para impulsionar e incorporar melhorias em uma organização ou sistema de saúde.

A liderança é responsável pela adoção da cultura de segurança e pelo empoderamento do assunto na organização – uma liderança inspiradora, que valorize os conhecimentos da qualidade e reconheça a segurança como um pilar essencial para o resultado assistencial. É importante também o reconhecimento de uma cultura de melhoria como processo contínuo de redesenho dos processos e atingimento de melhores resultados. Claro que, para termos melhorias, é muito importante conhecermos nossos processos e responsabilizarmos os gestores por toda a interface entre clientes e fornecedores. O gestor de uma unidade de negócio deve ser responsável por todas as etapas necessárias para entrega do produto daquele processo. Ademais, deve se incomodar com uma maneira cada vez melhor de entregar seu produto.

Outro fator também muito importante é a participação de órgãos políticos e reguladores oferecendo recursos necessários para o fornecimento de um padrão de qualidade e apoiando esforços para melhorias dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a OMS,

A segurança do paciente deve ser uma prioridade estratégica para todas as organizações de saúde. A prática de segurança do paciente envolve uma ação coordenada para prevenir danos aos pacientes, causados pelos próprios processos de cuidado à saúde⁴.

A proposta da OMS no documento *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*⁴ propõe sete objetivos claros para o desafio de progredir em direção à universal cobertura de saúde na qual os pacientes estão mais seguros do que eles estão hoje.

1. Envolver os pacientes e famílias como parceiras no cuidado seguro;
2. Atingir resultados por meio de trabalho colaborativo;
3. Analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado;
4. Traduzir evidências em ações e melhoria mensurável;
5. Ter políticas e ações baseadas no ponto de atenção do cuidado;
6. Usar o conhecimento científico e a experiência do paciente para melhorar a segurança;
7. Desenvolver a cultura de segurança na concepção da prestação de cuidado de saúde.

Esses objetivos devem ser desenvolvidos por um trabalho de parceria em todos os níveis, envolvendo governos, prestadores de saúde e todas as partes interessadas. Trabalhar a segurança como uma importante dimensão da qualidade fortalece a melhoria da gestão, diminui custos desnecessários ao cuidado de saúde e agrega valor.

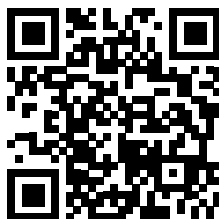
Referências

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press (US); 2001.
2. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR – Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 2021 set 7]; Seção 1:43-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. World Health Organization. Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay. J Am Med Assoc. 1955;159(15):1452-6.
6. Neuhauser D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. Qual Saf Health Care. 2003;12(4):317.
7. Sousa P, Mendes W, organizador. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. Ed, rev. amp. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. 268 p.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016. – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – 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 [Internet]. 26 jul. 2013 [citado 2021 set 7]; Seção 1:36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
10. Organização Mundial da Saúde. Direção geral da saúde. Estrutura Conceitual da Classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final [internet]. Portugal: OMS; 2011 [citado 2021 set 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doentepng.asp>.
11. The Joint Commission. Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types [Internet]. 2020 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Event_type_4Q_2018.pdf

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il.
13. The Health Foundation. Quality improvement made simple is published by the Health Foundation. What everyone should know about health care quality improvement. 3rd ed. London: The Health Foundation; 2021. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple>
14. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1980.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 2
GESTÃO DA CLÍNICA

ENGAJAMENTO DE PACIENTES
E FAMILIARES NA PROMOÇÃO
DA SEGURANÇA DO SISTEMA
DE SAÚDE

Maiana Regina Gomes de Sousa¹

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva²

Juliana Santana de Freitas³

1. *Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Análise de Qualidade do Hospital Sírio-Libanês. E-mail: maianaregina@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2191-9131>*

2. *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: anaelisa@terra.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>.*

3. *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora de Ensino. Hospital Israelita Albert Einstein. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9839-8672> E-mail: juliana.defreitas@einstein.br*

Resumo

O engajamento de pacientes e familiares no desenvolvimento e na efetivação de iniciativas direcionadas a minimizar riscos e evitar falhas assistenciais tem sido considerado uma relevante ação de promoção de aumento da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Essa orientação baseia-se no reconhecimento de que o paciente e sua família são os únicos presentes em todos os momentos de prestação da assistência, na qual há a participação de múltiplos profissionais e, muitas vezes, de diferentes instituições. A proposta deste artigo está em traçar um panorama da promoção do engajamento do paciente e de seus familiares nas ações direcionadas à segurança na assistência à saúde, bem como discutir a sua importância e as dificuldades relacionadas com o tema. **Palavras-chave:** Segurança do paciente. Participação do paciente. Assistência centrada no paciente. Qualidade da assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, várias pesquisas científicas em segurança do paciente têm evidenciado taxas exorbitantes de eventos adversos causados aos pacientes que utilizam os serviços de saúde, devido a falhas assistenciais, e trazido à tona a necessidade de que os ambientes de cuidado à saúde sejam vistos como sistemas de alta complexidade, carentes de medidas que minimizem os riscos e previnam danos evitáveis aos seus pacientes¹⁻¹⁴.

Para contribuir com os sistemas de saúde dos seus Países-Membros, a World Health Organization (WHO), desde 2004, vem elaborando e publicando estratégias e recomendações para melhorar a qualidade da assistência e promover o cuidado seguro¹⁵⁻²¹. Entre as suas recomendações, está o incentivo ao envolvimento dos pacientes, assim como de seus familiares e usuários do sistema de saúde, em seus próprios cuidados, tornando-se um agente ativo no planejamento e na efetivação de políticas, ações e práticas seguras utilizadas para prevenção de erros.

O termo “engajamento do paciente” se refere ao processo de desenvolvimento da capacidade de pacientes, familiares, cuidadores, bem como de profissionais de saúde, para facilitar e apoiar o envolvimento ativo dos pacientes em seus próprios cuidados, a fim de aumentar a segurança do paciente²².

Para fortalecer essa ideia, o Programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes, lançado pela WHO, foi desenvolvido com o propósito de apoiar uma rede global que reúne pacientes, famílias, profissionais de saúde, gestores e políticos que atuam em par-

ceria para melhorar a segurança na saúde. Essa rede foi fundada em Londres e, em novembro de 2005, reuniu 24 pacientes e profissionais de 20 países que, com princípios, perspectivas e compromissos compartilhados, elaboraram a Declaração de Londres:

Nós, pacientes pela segurança do paciente, imaginamos um mundo diferente em que os erros de saúde não estejam prejudicando as pessoas. Nós somos parceiros no esforço para prevenir todos os danos evitáveis na assistência à saúde. Risco e incerteza são companheiros constantes. Por isso, nos reunimos em diálogo, participando do cuidado com os prestadores. Unimos nossas forças como defensores do cuidado sem danos no desenvolvimento, bem como no mundo desenvolvido.

Nós estamos comprometidos em espalhar a palavra de pessoa para pessoa, cidade para cidade, país para país. Há um direito à saúde segura e não deixaremos que a cultura atual de erro e negação continue. Pedimos honestidade, abertura e transparência. Faremos da redução dos erros de saúde um direito humano básico que preserva a vida em todo o mundo.

Nós, pacientes pela segurança do paciente, seremos a voz para todas as pessoas, mas especialmente para aqueles que agora não são ouvidos. Juntos como parceiros, nós colaboraremos em:

- Elaborar e promover programas de segurança do paciente e empoderamento de paciente.
- Desenvolver e conduzir um diálogo construtivo com todos os parceiros preocupados com a segurança do paciente.
- Estabelecer sistemas para reportar e lidar com danos na assistência à saúde em uma base mundial.
- Definir as melhores práticas para lidar com danos na assistência à saúde de todos os tipos e promover essas práticas em todo o mundo.

Em honra daqueles que morreram, daqueles deixados com deficiências, dos nossos entes queridos hoje e das crianças do mundo que ainda não nasceram, nós lutaremos pela excelência, para que tudo envolvido na saúde seja o mais seguro possível o mais rápido possível. Essa é nossa promessa de parceria¹⁶.

Vários membros dessa rede são pacientes ou familiares que foram afetados por incidentes, e a motivação para essas pessoas compartilharem suas experiências e conhecimentos veio da vontade de dar algum significado à tragédia que sofreram, a fim de elevar a conscientização e promover melhorias. Alguns membros publicaram boletins, artigos de periódicos e elaboraram materiais educacionais; outros criaram suas próprias organizações lideradas por pacientes, ensinaram estudantes e atuar com profissionais de saúde para melhorar os sistemas²⁰.

Desde então, mudanças para a promoção do envolvimento do paciente vêm ocorrendo em vários países²³⁻²⁵. No Brasil, o “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança” surgiu como

um dos eixos propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde. Nesse eixo, considera-se que a parceria dos pacientes, familiares e acompanhantes com a equipe de saúde, nos esforços para prevenir incidentes na atenção à saúde, é essencial para a melhoria da cultura de segurança²⁶.

As parcerias entre pacientes e familiares, equipes e instituições de saúde fazem parte de uma nova estratégia colaborativa, cujo objetivo é garantir níveis mais elevados de participação e engajamento dos pacientes no que diz respeito à gestão de seus próprios cuidados e, também, à gestão de riscos em saúde²². Além disso, o efeito dessas parcerias já tem sido verificado em resultados de pesquisas que evidenciam que o engajamento dos pacientes provoca aumento na segurança do cuidado, tornando pacientes em parceiros confiáveis^{23-24,27-30}.

Uma pesquisa multicêntrica realizada em sete hospitais norte-americanos, entre dezembro de 2014 e janeiro de 2017, implementou uma iniciativa de engajamento do paciente relacionada com um programa de comunicação centrado no paciente e na família e analisou o impacto na segurança do paciente posteriormente. Os resultados mostraram que a taxa de eventos adversos evitáveis reduziu de 20,7 para 12,9, correspondendo a uma redução de 37,9% após a intervenção. A taxa de eventos adversos não evitáveis também diminuiu de 12,6 para 5,2. Também houve impacto positivo na experiência da família e nos processos de comunicação, destacando o valor das intervenções de parceria entre paciente e família e equipe de saúde na promoção da segurança do paciente³¹.

Outro estudo conduzido em quatro hospitais pediátricos nos Estados Unidos da América (EUA), com pais e cuidadores de 989 crianças hospitalizadas, analisou o engajamento do paciente na identificação e notificação de incidentes e descobriu que os pais e cuidadores relataram cinco vezes mais falhas e três vezes mais eventos adversos do que os relatórios formais de incidentes hospitalares. Com a inclusão do familiar/cuidador, as taxas gerais de detecção de falhas aumentaram em 16%, e os eventos adversos, em 10%, mostrando a capacidade que essa população tem para fornecer informações exclusivas sobre segurança, configurando-os como parceiros valiosos no monitoramento de incidentes³².

São várias as propostas para promover o envolvimento dos pacientes e familiares na prestação do cuidado em busca da promoção de sua qualidade e segurança que partem desde iniciativas governamentais até ações adotadas pelas próprias organizações de saúde.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lançou o projeto denominado “Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, que envolve a publicação de materiais informativos e educativos relacionados ao tema³³.

Nessa perspectiva, foi publicado o *folder* intitulado “Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde?”, direcionado para pacientes, o qual traz orientações sobre consultas, cirurgias, uso de medicamentos, exames diagnósticos, internação e controle de infecção. Também foi elaborado o cartaz “10 perguntas-chave para melhorar a segurança nos serviços de saúde”, que auxilia o paciente a tirar dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamento, cura, entre outros³³.

Outra iniciativa relevante que o Brasil possui é o guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”, o qual possui orientações sobre como os pacientes podem atuar no seu cuidado, auxiliando na prevenção de incidentes. O guia descreve ações relacionadas à identificação do paciente, prevenção de infecção relacionada com a assistência à saúde, higiene das mãos, cirurgia segura, erros de medicação, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas, prevenção de eventos adversos por pacientes e familiares³⁴, sendo uma importante fonte de informações para pacientes e familiares sobre os riscos assistenciais e as ações existentes para preveni-los, e sendo mais um instrumento para contribuir com a mudança na cultura dos serviços de saúde no concernente à participação do paciente na segurança do cuidado.

As organizações de saúde podem utilizar diversas maneiras de envolver o paciente e os familiares na promoção de práticas mais seguras por meio de educação, capacitação e fornecimento de informações^{35,36}; instruções direcionadas para adoção de uma determinada atitude em resposta a uma situação específica³⁷⁻³⁹; disposição para interagir com membros da equipe de saúde^{36,37}, entrevistas individuais, discussão em grupo, pesquisas de *feedback*, caixas anônimas de comentários; inclusão em conselhos consultivos, comitês, associações; narração de histórias/experiências vividas; e code-sign baseado em experiência dos pacientes⁴⁰.

No processo de melhorar a educação e a informação do paciente, os serviços de saúde podem instruí-los e capacitá-los sobre riscos assistenciais, ou uso de serviços de saúde^{22,27,41-43}. Em um hospital do Reino Unido, uma estratégia de educação dos pacientes foi adotada com o intuito de elevar a taxa de conformidade da higiene de mãos entre a equipe de saúde e capacitar o paciente sobre sua responsabilidade nos seus cuidados. Os pacientes realizam a pergunta “Você lavou as mãos?” a todos os profissionais de saúde que mantêm contato direto com eles. Com essa simples conduta, houve um aumento de 50% da higienização de mãos³⁵.

No hospital Johns Hopkins, dos EUA, foi desenvolvida uma ferramenta, chamada de *Care Journal*, como um diário de cuidado, com o intuito de promover o intercâmbio interativo de informações entre profissionais e pacientes/familiares. Foram realizadas

pesquisas para avaliar a percepção sobre o uso da ferramenta em uma unidade de terapia intensiva pediátrica que mostraram que tanto os pais quanto a equipe de enfermagem consideraram a ferramenta útil, pois houve melhora da comunicação, fazendo com que os pais se sentissem mais instruídos e capacitados, melhorando a percepção geral dos pais sobre a permanência no hospital⁴⁴.

A comunicação direta, aberta, transparente e honesta com pacientes e famílias pode ser essencial para promover entendimento mútuo, aceitação, perdão e fortalecimento do relacionamento entre paciente e serviço de saúde⁴⁵.

Em um hospital infantil de Londres, foi desenvolvida e testada uma ferramenta projetada especificamente para pacientes e familiares notificarem eventos adversos, com o objetivo de aumentar a conscientização e as oportunidades de melhoria para a segurança da assistência. Foi realizado *feedback* imediato sobre o incidente às famílias, o que proporcionou a oportunidade de esclarecimentos, transparência e pedido de desculpas. Essa ferramenta provocou envolvimento ativo e conscientização de famílias e pacientes, gerando cuidados melhores e mais seguros⁴⁶.

Outra forma de envolver o paciente na segurança do cuidado é o compartilhamento de experiências de vítimas de eventos adversos, para extrair algo bom e positivo do incidente, servindo de aprendizado e transformação da prática, com o objetivo de não deixar que a mesma situação aconteça com outras pessoas. Em muitos casos, quando pacientes e/ou familiares vivenciam um evento adverso, essa história pessoal pode agir como motivação para seu envolvimento na causa da segurança do paciente, fornecendo contribuições e informações valiosas para mudanças a partir das lições aprendidas⁴⁷.

Um exemplo importante e muito conhecido a ser citado talvez seja o caso da criança Josie King, que morreu com 18 meses de idade, no renomado hospital Johns Hopkins, nos EUA. Mesmo com as lutas e dificuldades da família para lidar com a dor da perda, ocorrida por falhas assistenciais, a mãe de Josie, Sorrel King, foi incluída no setor de saúde como defensora da segurança do paciente e das melhorias que surgiram em memória de Josie. A partir disso, foi implantado o Programa de Segurança do Paciente Josie King no Hospital Johns Hopkins, criada a Fundação Josie King e publicado o livro *Josie's Story*. Essas iniciativas surgiram do desejo de promover mudanças positivas em um ambiente imperfeito, com o objetivo de impedir que outras pessoas morram, ou sejam prejudicadas, por erros no cuidado, criando assim uma cultura de segurança do paciente⁴⁸.

Em um nível mais estratégico/organizacional, pacientes e familiares podem colaborar com gestores em mecanismos de melhoria contínua da qualidade, como planejamento de projetos e programas, entrega e avaliação de cuidados e serviços, participação em times e comitês, entre outros^{24,27,41,42}.

A participação de pacientes e familiares também podem acontecer pela participação em times ou comitês, oferecendo uma perspectiva única e especializada na experiência do paciente com uma visão integrada dos sistemas, diferentemente dos profissionais de saúde que, geralmente, conhecem apenas sua própria parte. Esse processo pode provocar novas ideias e soluções ao permitir que os profissionais falem diretamente com alguém que tem o próprio papel de paciente, em vez de tentar imaginar a perspectiva do paciente e da família⁴⁹.

Outra possibilidade de envolvimento é a participação de pacientes e familiares em comitês ou equipes de gerenciamento de riscos, análise e avaliação de incidentes ocorridos, além da participação na comunicação/revelação (*disclosure*) de incidentes às vítimas^{23,27,29}.

Ao participar como parceiros em comitês de melhoria da qualidade, os pacientes e familiares não apenas se sentem “ouvidos”, mas têm a sensação de serem integrantes da equipe, permitindo a criação de uma parceria com profissionais, que levaram à prática soluções enraizadas em suas experiências⁵⁰⁻⁵¹.

Quando os pacientes são envolvidos, eles entendem melhor e conhecem mais sobre seus cuidados, levando a uma assistência à saúde mais favorável e fazendo melhor uso dos recursos disponíveis⁵². No planejamento e *design* dos processos de saúde, a parceria com os pacientes é um meio relevante de melhorar a qualidade do sistema⁵³, pois eles estão no cerne do nosso sistema e, como tal, fazem parte da solução²⁵.

Em Quebec, Canadá, desde 2010, um novo modelo baseado na parceria entre pacientes e profissionais de saúde tem sido desenvolvido pela faculdade de medicina da Universidade de Montreal. Esse modelo é fundamentado no reconhecimento do conhecimento que o paciente adquiriu durante sua experiência de convivência com sua doença, o que se torna complementar ao conhecimento científico do profissional de saúde. A partir daí, os serviços de saúde implementam um comitê de melhoria contínua, constituído por gestores, médicos, enfermeiros, secretários, assistentes sociais e outros, e por, pelo menos, dois pacientes/familiares⁴³.

Nesse modelo, os pacientes fornecem seu ponto de vista com base em suas experiências e compartilham perspectivas sobre fragilidades que identificaram. Portanto, eles são reconhecidos por sua expertise relacionada com as suas vias de cuidado e compreensão das necessidades⁴³.

Existem algumas iniciativas para inserir os pacientes de modo mais amplo e estratégico, embora ainda sejam pouco adotadas pelas organizações, como a participação do paciente no nível de governança, ao fazer parte, por exemplo, dos conselhos administrativos da instituição, ou ser envolvido na contratação de pessoal e treinamento de profissionais de saúde^{24,27,41,42}.

Os pacientes também podem ser consultados para desenvolver ações direcionadas a impulsionar mudanças na cultura organizacional, ou ações que envolvam a criação de políticas. Para isso, a política da instituição deve envolver representantes de pacientes e/ou familiares na elaboração do planejamento estratégico e operacional, podendo estabelecer um grupo consultivo de pacientes; realizar um processo de consulta estruturada para incluir a visão do paciente em pontos-chave de planejamento; envolver o paciente e/ou familiares como membros de comitês responsáveis pela gestão da qualidade e de riscos na instituição^{24,27,41,42}.

Ao incluir os pacientes como membros de comitês ligados à governança da organização de saúde, o papel deles é defender o direito de pacientes, cuidadores e famílias. Esse tipo de comitê deve assegurar que os pacientes sejam tratados com respeito e dignidade, reconhecendo suas liberdades de opinião e considerando que os direitos dos usuários à qualidade do cuidado e à satisfação do paciente são as bases que norteiam as ações da instituição^{24,27,41,42}.

Em suma, o envolvimento dos pacientes tem sido chamado de “droga de grande sucesso do século”⁵⁴, pois traz novas abordagens, conduzindo a soluções inovadoras. Os pacientes são especialistas em seus próprios cuidados e usuários experientes dos serviços de saúde; e, por isso, são capazes de fornecer uma visão única para as decisões sobre sua própria saúde e tratamento, para o desenho de processos de cuidados e para as deliberações políticas que modelam o sistema de saúde^{28,55}.

DIFICULDADES PARA O ENGAJAMENTO DO PACIENTE

Muitas instituições de saúde, de diferentes níveis de atenção, estão realizando avanços consideráveis no que concerne ao engajamento de pacientes, porém ainda estão aprendendo a realizar esse trabalho de maneira colaborativa⁴⁹.

Uma questão importante é entender a abordagem paternalista usada no sistema de saúde, na qual a atuação da equipe de profissionais está centrada no plano de intervenção, e os pacientes participam muito pouco, ou nada. Atualmente, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, ainda retêm o monopólio do papel de curador, acarretando relações de poder assimétricas entre profissionais e pacientes, inibindo a participação e envolvimento destes²⁹.

Além disso, não é comum as instituições buscarem uma cultura de envolvimento do paciente, preparando os profissionais para atuar em parceria com os pacientes. Em uma pesquisa, foram relatadas dificuldades pelos pacientes, ao serem encorajados a abordar diretamente os profissionais de saúde para sinalizar falhas ou lembrá-los de comportamentos de segurança, causando efeito negativo na relação profissional-paciente com essa atitude⁵⁶.

Nesses casos, há necessidade de que a equipe profissional esteja preparada para um paciente participativo no seu próprio cuidado, otimizando as intervenções que requerem comunicação entre profissional-paciente na segurança da assistência⁵⁷.

Sendo assim, para efetivar o engajamento do paciente, é fundamental que os profissionais deixem o controle absoluto da situação de lado e mudem comportamentos, como começar a ouvir e entender mais os pacientes, discutir ideias juntos, conquistar confiança e incorporar diferentes perspectivas. No que diz respeito à gestão, é preciso que os líderes esteiem todo esse trabalho, repensando os padrões para adicionar o engajamento do paciente nas práticas, processos, estruturas e políticas⁴⁹.

Os pacientes também devem assumir sua responsabilidade na segurança da assistência, estar interessados e dispostos a serem um integrante da equipe, ter atitudes e participar ativamente das decisões sobre seus cuidados, se tornando membros da equipe de saúde e, como todos os outros, trazendo seus conhecimentos exclusivos. Ou seja, a responsabilidade não é somente da equipe que deve se empenhar para engajar os pacientes de maneira significativa, mas de pacientes e equipe, unindo esforços para melhorar os serviços de saúde, de forma que o poder não resida em nenhum grupo de partes interessadas, mas esteja dentro do processo de coprodução/codesign^{49,58}.

É imprescindível que esse processo aconteça de maneira gerenciada, com procedimentos e fluxos estruturados de engajamento do paciente/família, que compreendam desde a identificação do nível de envolvimento de pacientes e profissionais, projetos de parceria, condições de participação e preparação/capacitação.

Dessa forma, para que o envolvimento de pacientes, de fato, melhore a segurança e a qualidade dos cuidados, é necessário investir em criar uma cultura que defenda parceria e colaboração; disponibilizar estruturas e políticas de apoio, informações e ferramentas; e garantir que o objetivo da participação do paciente se adapte às necessidades, preferências e capacidade deste⁴⁹.

Continua a ser essencial o desenvolvimento de mecanismos e estratégias que possam estimular o engajamento de pacientes e familiares, com todos os envolvidos e em toda a instituição de saúde, exigindo ações coletivas e coordenadas para garantir a segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O engajamento do paciente e dos familiares é fundamental na promoção da segurança do paciente, significando uma estratégia para aumentar a qualidade do cuidado.

Apesar do progresso, o engajamento dos pacientes em sua segurança na assistência à saúde tem sido um processo lento e difícil, sendo necessário aumentar os esfor-

ços para, de fato, fechar essa lacuna teórica, transformando-a em prática.

Em quase todas as etapas de cuidado, há um grande potencial para que os próprios pacientes contribuam para a segurança do tratamento, sendo necessário que os profissionais de saúde estejam preparados e estimulem a ativação dos pacientes. Esse trabalho não é simples, nem fácil, e pode ser até desconfortável no início, por estar relacionado com uma mudança de paradigma. Contudo, é necessário encontrar modos diferentes e inovadores de trabalhar juntos, mesmo quando desafiador, em busca de benefícios para todos.

Referências

1. Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Heal.* 2008;62(12):1022-9.
2. Hoonhout HF, Bruijne M, Wagner C, Zegers M, Waaijman R, Spreeuwenberg P, et al. Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2009 [cited 2020 May 23];9(27):1-10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-9-27>
3. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013;9(3):122-8.
4. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err Is Human: building a safer health system.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Press; 2001.
5. Lancis-Sepúlveda ML, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Rev Calid Asist.* 2014;29(2):78- 83.
6. Letaief M, El Mhamdi S, El-Asady R, Siddiqi S, Abdullatif A. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. *Int J Qual Heal Care [Internet].* 2010 [cited 2020 May 23];22(5):380-5. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/380/1787156>
7. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública [Internet].* 2010 [cited 2020 May 23];Vol Temat(10):74-80. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-magnitude-financeira-dos-eventos-X0870902510898606>

8. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals: a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 23];26(2):111-9. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/2/111.full.pdf>
9. Sari AA, Doshmangir L, Torabi F, Rashidian A, Sedaghat M, Ghomi R, et al. The incidence, nature and consequences of adverse events in Iranian hospitals. *Arch Iran Med* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];18(12):811-5. Available from: <http://www.ams.ac.ir/AIM/NEWPUB/15/18/12/004.pdf>
10. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C, et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Heal Care*. 2007;16(6):434-9.
11. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 23];14(1):311. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-311>
12. Thompson L, McNeil K, Chenail S, Fernando S, Choudhri Y, Tanuseputro P, et al. 405: Outcomes and costs of icu patients experiencing adverse events. *Crit Care Med*. 2020;48(1):184.
13. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* [Internet]. 2012 [cited 2020 May 23];344:e832. Available from: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>
14. Woodhouse KD, Volz E, Maity A, Gabriel PE, Solberg TD, Bergendahl HW, et al. Journey toward high reliability: A comprehensive safety program to improve quality of care and safety culture in a large, multisite radiation oncology department. *J Oncol Pract* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 23];12:e603-e612. Available from: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2015.008466>
15. World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward programme 2005 [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2020 May 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. World Health Organization. World alliance for patient safety. Global Patient Safety Challenge 2005 – 2006 [Internet]. Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2005 [cited 2020 May 23]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1
17. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009 [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2020 May 23]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf

18. World Health Organization. World alliance for patient safety. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2020 May 23]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2_008.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009 [cited 2020 May 23]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
20. World Health Organization. Patients for Patient Safety. Partnerships for Safer Health Care [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2020 May 23]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf?ua
21. World Health Organization. World alliance for patient safety. Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 May 23]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en>.
22. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff.* 2013;32(2):223-31.
23. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S et al. Engaging patients to improve quality care: A systematic review. *Implement Sci* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 23];13(1):1-22. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6060529/pdf/13012_2018_Article_784.pdf.
24. Pomey MP, Hihat H, May K, Lebel P, Néron A, Dumez V. Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Exp J* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];2(1):29-42. Available from: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1064&context=journal>
25. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ* [Internet]. 2013 [cited 2020 May 23];346:f26. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f2614.full.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4.
27. Baker GR, Denis JL, Pomey MP, MacIntosh-Murray A. Designing effective governance for quality and safety in Canadian healthcare. *Healthc Q* [Internet]. 2010 [cited 2020 May 23];13(1):38-45. Available from: <https://www.longwoods.com/content/21244>

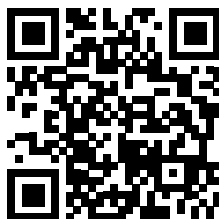
28. Health Canada. Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada: Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2015 [cited 2020 May 23]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-eng.pdf>.
29. Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Grande CD, Ghadiri DP *et al*. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];90(4):437-4. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2015/04000/the_patient_as_partner_approach_in_health_care__a.15.aspx
30. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Towards high-performing health systems. Summary Report [Internet]. Paris; 2004 [cited 2020 May 23]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31785551.pdf>
31. Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G *et al*. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 23];363:k4764. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/363/bmj.k4764.full.pdf>
32. Khan A, Coffey M, Litterer KP, Baird JD, Furtak SL, Garcia BM, *et al*. Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017[cited 2020 May 23];171(4):372-381. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526631/>.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente [Internet]. Brasília: Anvisa; 2018 [citado 2020 maio 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude>
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017 [citado 2020 maio 23]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguranca+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>.
35. McGuckin M, Waterman R, Storr IJ, *et al*. Evaluation of a patient-empowering hand hygiene programme in the UK. *J Hosp Infect*. 2001;48(3):222-227.
36. Ray EM, Smith R, Massie S, Condell S, Connor P, Vaughan D. Family alert: implementing direct family activation of a pediatric rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2009 [cited 2020 May 23];35(11):575-580. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.689.2549&rep=rep1&type=pdf>

37. Dean BS, Decker MJ, Hupp D, Urbach AH, Lewis E, Benes-Stickle J. Condition HELP: A Pediatric Rapid Response Team Triggered by Patients and Parents. *Journal for Healthcare Quality*. 2008;30:28-31.
38. Gerdik C, Vallish RO, Miles K, Godwin SA, Wludyka PS, Panni MK. Successful implementation of a family and patient activated rapid response team in an adult level 1 trauma center. *Resuscitation*. 2010;81(12):1676-1681.
39. Krauss MJ, Tutlam N, Eileen C, Johnson S, Jackson Diane, Fraser VJ. Intervention to prevent falls on the medical service in a teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2008 [cited 2020 May 23];29(6):539-45. Available from: https://digitalcommons.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1897&context=open_access_pubs
40. Health Quality Ontario. Choosing Methods for Patient and Caregiver Engagement: A Guide for Health Care Organizations [Internet]. Ontario. 2016 [cited 2020 May 23]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/choosing-methods-pce.pdf>.
41. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Safety and Quality Improvement Guide. Standard 2: Partnering with Consumers [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2012 [cited 2020 May 23]. Available from: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Standard2_Oct_2012_WEB.pdf.
42. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Switzerland: Springer Cham; 2016. 157 p.
43. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le Montreal model: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];27(1 Supl):s41-s50. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>.
44. Turner K, Frush K, Hueckel R, Relf MV, Thornlow D, Champagne MT. Implementation of the Josie King Care Journal in a pediatric intensive care unit: a quality improvement project. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(3):257-264.
45. Wu AW, McCay L, Levinson W, Iedema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. *J Patient Saf*. 2017;13(1):43-49.
46. Lachman P, Linkson L, Evans T, Clausen H, Hothi D. Developing person-centred analysis of harm in a paediatric hospital: a quality improvement report. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 23];24:337-344. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/24/5/337>.
47. Trew M, Nettleton S, Flemons W. Harm to Healing: Partnering with Patients Who Have Been Harmed. Edmonton (Canada). Canadian Patient Safety Institute [Internet]. 2010 [cited 2020 May

- 23]. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/HarmtoHealing/Documents/Harm%20to%20Healing.pdf>.
48. Josie King Foundation. Creating a culture of patient safety, together [Internet]. Baltimore: Josie King Foundation (JKF); 2016 [cited 2020 May 23]. Available from: <https://josieking.org/programs/josie-king-patient-safety-program/>.
49. Canadian Patient Safety Institute. Patient Engagement Action Team. Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide [Internet]. Edmonton (Canada); 2017 [cited 2020 May 23]. Available from: www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients.
50. Gagliardi AR, Lemieux-Charles L, Brown AD, Sullivan T, Goel V. Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. *Patient Educ Couns*. 2008;70(2):234-241.
51. Kendell C, Urquhart R, Petrella J, MacDonald S, McCallum M. Evaluation of an advisory committee as a model for patient engagement. *Patient Exp J* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 23];1(2):62-70. Available from: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1032&context=journal>.
52. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335:24.
53. Kreindler SA. Patient involvement and the politics of methodology. *Canadian Public Administration*. 2009;52:113-124.
54. Dentzer S. Rx for the ‘blockbuster drug’ of patient engagement. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2013[cited 2020 May 23];32(2):202. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2013.0037>.
55. Baker GR, Judd M, Fancott C, Maika C. Creating ‘Engagement-Capable Environments’ in Healthcare. In: Robert G. *Patient Engagement: Catalyzing Improvement and Innovation in Healthcare* [Internet]. London: Longwoods; 2016 [cited 2020 May 23]. p. 11-34. Available from: <https://www.longwoods.com/content/24908/books/creating-engagement-capable-environments-in-healthcare>.
56. Schwappach DL, Frank O, Davis RE. A vignette study to examine health care professionals’ attitudes towards patient involvement in error prevention. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(5):840-848.
57. Schwappach DL, Frank O, Buschmann U, Babst R. Effects of an educational patient safety campaign on patients’ safety behaviours and adverse events. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(2):285-291.
58. Robert G. *Patient Engagement: Catalyzing Improvement and Innovation in Healthcare*. London: Longwoods, 2016. 108p

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 2
GESTÃO DA CLÍNICA

GERENCIAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS NA
SAÚDE (GERHUS): COMO AS
PRÁTICAS DA AVIAÇÃO E DAS
FORÇAS MILITARES ESPECIAIS
SÃO APLICÁVEIS À SAÚDE

Alfredo Guarischi¹

1. Cirurgião geral e oncológico. Mestre em cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor de cirurgia da Faculdade de Medicina de Vassouras/RJ e professor convidado do Departamento de Cirurgia da UFRJ. Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Membro titular da Sociedade Brasileira de Videocirurgia e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Cirurgião da Rede D'Or e da Rede Casa. Coordenador do GERHUS – <http://lattes.cnpq.br/9614476017544569>; alfredoguarischi@yahoo.com.br

Resumo

O desafio com a segurança na assistência no sistema de saúde é constante. A insegurança não é mais um problema desconhecido, todavia, muitos problemas evitáveis ocorrem em todo o sistema. A judicialização aumenta a cada dia, e a maioria dos profissionais e instituições parece se preocupar mais em justificá-la como um fato ocasional do que buscar sistemicamente como aprender com essas falhas. Cresce o número de artigos, livros, filmes e metodologias sobre esse assunto disponibilizados para a comunidade técnica e a toda a sociedade, porém, os erros e os danos continuam a se repetir. Não existe causa raiz (única ou inicial) responsável pelos desfechos indesejáveis, portanto, não há uma solução, uma “bala de prata”, para esse problema de inúmeros fatores contribuintes. Com minha experiência médica aliada ao trabalho na aviação e com o Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvi uma metodologia voltada ao treinamento de habilidades não técnicas empregadas há décadas nessas duas atividades complexas que utiliza as particularidades do trabalho multidisciplinar do sistema de saúde.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Avaliação de Recursos Humanos em Saúde. Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

Existe uma preocupação crescente em melhorar sistemicamente a segurança dos cuidados em saúde. Desde a publicação do livro *To err is human: building a safer health system*, de L. Kohn e colaboradores¹ em 2000, o sistema de saúde se deu conta de que havia um sério problema, que, contudo, já estava claro desde os livros de Charles Perrow² (*Normal accidents*, 1984) e de James Reason³ (*Human error*, 1990). Apesar dos esforços para reduzir os danos ao paciente, o problema permanece como uma das principais causas de desfechos desfavoráveis, morte e aumento dos custos na assistência em saúde.

Copiar e colar uma prática que funciona em outra instituição é um equívoco cômodo e econômico, pois não se mantém a longo prazo. Tem que haver linhas gerais, mas a adaptação ao grupo é essencial. Precisamos de um ambiente de trabalho apropriado, que considere as condições materiais e humanas disponíveis.

Profissionais de saúde têm que tomar decisões de forma contínua, frequentemente além dos dogmas, em cenários não programados diariamente. Dúvidas, em função do contexto, ocorrem a todo momento. A autonomia do paciente, uma vitória social, não

exclui a responsabilidade dos profissionais de saúde de dar a última palavra. Como se fala nas forças especiais, ‘O dia de ontem foi um bom dia, hoje não sei como será’.

Errar é humano. Podemos falhar na escolha da alternativa mais adequada. Essa é a essência do Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde (GERHUS), que busca uma reflexão sobre a falibilidade humana e de como melhorar o treinamento dos profissionais de saúde em suas escolhas. Essas devem embasar-se na busca da melhor resposta, mesmo que isso implique contrariar protocolos ou ser uma voz discordante, a qual será adequada para um paciente específico em determinado momento.

Desenvolvemos uma metodologia de como aplicar os princípios do conceito de *Crew Resource Management* (CRM)⁴ da aviação em medicina. Nascia o CRM em saúde, ao qual denominamos GERHUS, de modo a não confundir com a sigla CRM do Conselho Regional de Medicina ou com a o do *Customer Relationship Management*. Estávamos no ano 2005. A Força Aérea Brasileira – FAB nos deu a oportunidade: o encontro de um aviador (Ten.-Cel. FAB Aviad or Felipe Koeller) e um médico cheios de esperança em contribuir para a segurança no sistema de saúde.

Foi longo o processo de elaboração desse treinamento. Por cinco anos, foram 170 versões diferentes testadas em inúmeras apresentações. O primeiro GERHUS na forma atual ocorreu, em 8 de junho de 2010, no Hospital Central da Aeronáutica, no Rio de Janeiro. Adaptamos versões distintas conforme a unidade hospitalar (civil ou militar, pública ou privada, parceria público-privada), sem perder o foco no básico – o fator humano –, que age como um pêndulo tanto na geração como na solução de falhas. Não há como eliminar o homem nos processos humanos, porém, há como capacitá-lo a lidar com sua falibilidade.

Na fase inicial de implantação do treinamento, tivemos de lidar com as dificuldades crônicas entre as diversas categorias profissionais e a hierarquia militar, a qual, em alguns momentos, ajudou bastante e, em outros, menos frequentes, criou barreiras complexas no ambiente dos seus hospitais. Superamos o problema pela ajuda decisiva dos aviadores, que conheciam o CRM da aviação. Mesmo em um ambiente complexamente hierarquizado, o foco no êxito da missão prevaleceu sobre alguns dogmas, o que nos deu a certeza de que poderíamos avançar em outros ambientes hospitalares.

Em hospitais civis, a implantação do GERHUS tem sido mais lenta, da mesma forma como ocorreu no CRM na aviação militar e na civil. Na aviação militar, sua aceitação foi mais rápida, comparada com a aviação civil em todo o mundo.

Outra grande ajuda foi meu convívio com o Batalhão de Operações Especiais (Bope), tropa de elite da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Nossa parceria começou em 2008, com o Cel. Alberto Pinheiro Neto, que abriu a porta. A rigidez ope-

racional, em um ambiente totalmente diferente da aviação – muito menos estável –, ajudou na percepção da necessidade de ajustes. Não há uma cabine na medicina, e a figura do comandante não é clara em diversas de suas situações. O ambiente da saúde, muitas das vezes, lembra mais uma missão do Bope que uma de voo. O profissional do Bope pode morrer a cada missão, mas também pode matar alguém inadvertidamente; profissionais de saúde podem ser responsáveis por desfechos desastrosos.

Tive o privilégio de participar de diversos treinamentos com o Bope. Em uma situação estável, pude subir o Morro do Alemão com a tropa. Foi uma experiência inesquecível. Isso só foi possível porque o Cel. PM Willman Rene Alonso, à época chefe do Comando de Operações Especiais (COE) da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, ajudou-me a ir, observar e voltar. Ter coragem – ficou claro nesse dia – não é a ausência de medo, e, sim, como o enfrentamos e o superamos. Todos devemos ter medo, que pode ser um grande conselheiro. Adquire-se, dessa forma, a convicção da importância da disciplina operacional e do foco na missão.

Tal experiência me ajudou a preencher as lagunas que ocorrem nas operações policiais, repletas de múltiplas portas de entrada e becos, bem diferentes do ambiente aeroaviário. Médicos e policiais são obrigados a “decolar” em quaisquer pistas e condições atmosféricas. Também ficou claro para mim que esses três sistemas, bem diferentes, apresentam enormes semelhanças e são complementares. O GERHUS, portanto, busca mostrar a sabedoria das equipes; não vai mudar a medicina, mas, sim, alguns indivíduos que podem fazer uma medicina melhor.

MÉTODO

Histórico do CRM

Na aviação, o conceito de CRM nasceu em 1972. Os conceitos de gerenciamento de recursos humanos (fator humano) foram propostos nos Estados Unidos da América (EUA) em 1979, após avaliação de diversos acidentes aéreos. O primeiro treinamento estruturado ocorreu em 1981, feito pela United Airlines⁴. Em 1986, a Delta Airlines iniciou a segunda geração do CRM. A partir de 1990, o CRM foi reconhecido pela Federal Aviation Administration como obrigatório para as companhias aéreas que voassem no território norte-americano. No Brasil, a Varig e a FAB iniciaram seus primeiros treinamentos já em 1990. Em 1999, passou a ser obrigatório para todos os tripulantes das companhias aéreas do Mundo Ocidental realizar o treinamento de CRM pelo menos a cada dois anos.

O CRM da aviação evoluiu de “C” de “Cockpit” (cabine, piloto e copiloto), para “C” de “Crew” (piloto, copiloto, comissário de bordo). No entanto, o grande avanço foi a mudança do “C” para “Company” (tripulação de voo, mecânico de solo, pessoal de pista, controle de espaço aéreo, despacho de carga, administradores).

Sucederam-se seis gerações de CRM, sistematizações do treinamento, desde o primeiro deles, sendo introduzidos elementos novos adquiridos com os cursos realizados em todo o mundo.

Não existe uma forma única de CRM na aviação. Com o passar dos anos, cada companhia desenvolveu o seu próprio, porém, seguindo o foco no aprimoramento da cognição e no fator humano.

Companhias menores não têm condição de ter seu próprio *staff* para dar o treinamento obrigatório do CRM estabelecido por lei. Com isso, foram criadas inúmeras organizações voltadas para oferecer esse treinamento-atividade. O objetivo (cumprir a lei) é alcançado, mas o ganho de desempenho da tripulação é maior quando os instrutores são oriundos da própria companhia. A terceirização desse treinamento tem sido um equívoco. Por esse motivo, trabalhamos com o GERHUS para que ele não se repita.

O que o CRM mudou na aviação

Por que uma aeronave moderna e confiável, com boa manutenção, comandada por um piloto experiente, sofria um acidente, sendo que, na maioria das vezes, a informação sobre os problemas existentes estava disponível? Já havia os gravadores de voz de cabine (CVR), mas os pilotos eram treinados para voo solo em monomotores leves e condicionados a agir sozinhos. Havia ênfase nos aspectos técnicos em detrimento do ambiente da cabine. Copiloto era considerado um sistema de reserva. Na análise de diversos acidentes, essa questão revelou que cada um cumpria bem o seu papel individualmente, entretanto, havia falta de trabalho de equipe, falhas de comunicação no relacionamento interpessoal, no processo de tomada de decisão e na liderança, e perda de consciência situacional. Havia, principalmente, falhas no gerenciamento dos recursos humanos disponíveis. Dessas conclusões, surgiu a ideia do gerenciamento de recursos na cabine de voo (*resource management on the flightdeck*) na NASA, em 1979⁵. O CRM é um processo de treinamento que busca reduzir erros de julgamento por meio de um melhor uso dos recursos humanos disponíveis. Não visa mudar a personalidade das pessoas, e, sim, proporcionar oportunidade, em um trabalho de grupo, de autoavaliação, com o objetivo de gerar mudança de atitude e comportamento com foco no trabalho em equipe. O foco do CRM e do GERHUS⁶ é no quê, não em quem.

Risco, erro e violação

Risco é um conceito intuitivo que quantifica a exposição ao perigo. O risco zero inexistente.

Erros humanos são responsáveis, direta ou indiretamente, pela morte ou por alguma lesão permanente em 2 de cada 100 pacientes atendidos. Todos os profissionais podem cometer falhas, mas sua resistência em admitir sua falibilidade, comunicar as falhas e discutir como melhorar seu desempenho é o maior problema.

O erro é fruto do julgamento profissional: quis fazer o bem, mas errou. Isso difere das violações, do correto e do sabido.

No dia a dia, a violação é muito menos frequente que os erros, porém a judicialização tem sido a reação da sociedade à inércia do sistema de saúde de enfrentar essa questão.

Pensar em qualidade sem discutir risco e governança é uma falácia. Um acidente por “acaso” pode ocorrer, mas é raridade. Na maioria das vezes, o profissional na ponta do processo acaba errando devido a falha na gestão ou pelo processo mal desenhado. As condições de trabalho, principalmente a fadiga crônica, são responsáveis por diversos desses erros involuntários.

Programa do GERHUS

Apesar de haver uma linha central no treinamento, ele deve considerar o perfil de atendimento da unidade e as características estruturais e culturais da organização. Na composição das turmas, é necessário que as diversas categorias profissionais estejam representadas.

O ideal, como na aviação, é treinar todos os profissionais que lidam direta e indiretamente com os pacientes. Temos priorizado áreas críticas, como CTI, emergência e centro cirúrgico.

A rotatividade dos profissionais de saúde é um desafio, e é preciso considerar esse fato em relação à formatação do treinamento e o resultado esperado.

Não são adequadas as turmas apenas com uma determinada categoria profissional ou “só com as chefias”. A experiência de “mistura de patentes”, mesmo nos hospitais militares, pela questão hierárquica, mostrou-se altamente positiva. Não há quebra da hierarquia, pois os exercícios visam desenvolver a assertividade e ouvir o “outro”, atitudes fundamentais para o cumprimento das missões.

As turmas não devem ter menos de 20 ou mais de 50 profissionais, para poderem realizar um trabalho de grupo adequado, sendo necessário dois a três instrutores conforme

seu tamanho. Ter profissionais de instituições distintas em um mesmo treinamento não é recomendado, pois a cultura de cada organização tem suas particularidades. O GERHUS visa discutir e dar alternativas para um melhor desempenho da equipe, e não de um profissional.

Aulas teóricas são curtas (20 minutos), nas quais conceitos e exemplos são mostrados, seguidos de exercícios de grupos formados por quatro ou oito profissionais. É importante que os casos discutidos nos treinamentos jamais identifiquem o paciente ou os profissionais envolvidos. Preferimos utilizar casos antigos ou de domínio público.

Não existe aprovação ou reprovação no GERHUS, mas o sucesso desse programa de treinamento deve ser implantado em toda a instituição, o que implica um programa contínuo. Isso é inviável em curto prazo.

Conteúdo programático

Apesar dos exemplos e da dinâmica variarem, o foco é sempre como trabalhar em equipe e cumprir adequadamente a missão, bem como reconhecer e gerenciar erros operacionais.

Fornecemos uma apostila com o resumo de nosso livro, *GERHUS*, que obrigatoriamente deve ser estudado pelos profissionais antes do início do treinamento.

Em cada módulo do treinamento, é apresentada uma base teórica explanatória. Em geral, utilizamos filmes de anúncios ou fatos fora da medicina, de modo a motivar a turma e a mostrar como outros sistemas reagem a situações semelhantes. Em seguida, é discutido um caso real, contextualizado ao hospital ou serviço para o qual o GERHUS está sendo realizado.

O ideal é um treinamento de 14 horas, divididas em dois dias, mas tem sido muito difícil sua aceitação pelos gestores. Fazê-lo em diversos dias para conciliar o horário dos trabalhadores é ineficaz. Seguimos a experiência da aviação de ter o treinamento completo em um único dia. A aceitação dos treinandos tem sido intensa, e a maioria sugere um período maior para que ele ocorra. Com o tempo, acreditamos que poderemos convencer os gestores a aceitarem o modelo mais longo adotado nos hospitais militares.

Aulas do treinamento

O local do treinamento deve contar com cadeiras preferencialmente móveis e com dispositivo no qual os treinandos possam preencher fichas sobre os exercícios. A sala deve dispor de um *datashow* e de aparelhagem de som para reprodução de vídeos.

As relações hierárquicas e as obrigações dos participantes não devem interferir nas discussões propostas durante o treinamento. Por isso, é fundamental que a alta gestão participe desses eventos com os profissionais que estão na ponta do processo.

Introdução e histórico: do CRM ao GERHUS

Nesse tempo, é explicado o objetivo do GERHUS e sua interface com a aviação.

A ausência de acidentes não significa que a organização é segura. Essa frase norteia todas as ações relacionadas com ambientes de alto risco (sistemas complexos). Um sistema é considerado complexo quando suas propriedades não são uma consequência natural de seus elementos constituintes vistos isoladamente; todo o sistema é maior que a soma de suas partes. Seria como se a soma de um mais um fosse maior que dois. Aviação, energia nuclear e forças especiais são exemplos de sistemas complexos.

O conceito utilizado em sistemas simples (sistema linear, efeito dominó ou queijo suíço, por exemplo) não consegue justificar completamente por que algumas coisas dão errado nos sistemas complexos. Fatores aparentemente não relacionados na análise de um acidente (modelagem do acidente) são frequentes na maioria dos acidentes nos sistemas complexos.

O erro não causa, não causou e não causará nenhum incidente, acidente ou fatalidade. O que causa a fatalidade é a consequência do erro, isto é, o dano. As consequências (o dano) nessas diferentes situações serão totalmente diversas.

A busca constante em identificar um culpado é uma realidade equivocada. Quando não houve a intencionalidade (violação premeditada de uma norma), a falha, na maioria das vezes, decorre de uma falha do sistema, por um desenho equivocado dos processos ou devido a falta de trabalho de equipe; e, raramente, decorre de uma falha individual.

O sistema de saúde necessita desenvolver a cultura de analisar as anormalidades (sem danos), que ocorrem pelos mesmos mecanismos que resultam em fatalidades. Ao analisar incidentes, podemos evitar acidentes, que se diferenciam apenas pelos danos. Dessa forma, haveria uma prevenção proativa, e não reativa (depois de um acidente, o sistema “acorda”).

O receio de relatar que ocorreu um erro é outro fator importante. Isso decorre principalmente por dois motivos: medo de punição (processo) e vergonha diante dos colegas.

Comunicação

Nessa etapa, discutimos o diagrama da comunicação e suas formas mais frequentes no cotidiano, considerando as características da turma em treinamento. As barreiras que impedem e os filtros que modificam a comunicação são discutidos.

O importante é como a equipe aja como tal, utilizando adequadamente os recursos disponíveis ou procurando no momento certo a ajuda adequada.

Relacionamento interpessoal

O objetivo é valorizar o relacionamento interpessoal como ferramenta para desenvolver a dinâmica de funcionamento das equipes no sistema de saúde, com foco na resolução de conflitos em um contexto multiprofissional.

Proficiência técnica

O CRM da aviação e o GERHUS não significam democracia ou insubordinação. Não se trata de diminuição da autoridade de qualquer categoria profissional ou nível hierárquico na estrutura de saúde. Tampouco envolvem desacatar ou faltar com o respeito ou impor a opinião dos outros sobre o seu trabalho.

O GERHUS não substitui o conhecimento técnico específico, porém alerta e auxilia o profissional a buscar ajuda ou agir cognitivamente de forma mais eficiente, até que haja recursos humanos ou materiais mais adequados para o enfrentamento da situação. Saber seus limites é algo que nem sempre fica claro.

Fazer o seu trabalho corretamente não exime o profissional do insucesso da missão quando ele poderia ter dado apoio ou feito propostas às atividades dos demais membros.

Equipes bem treinadas em fator humano raramente chegam a atitudes de confronto.

Tomada de decisão

São inúmeros os modelos de tomada de decisão. Qual o melhor? A resposta é simples: não há. Decidir é um processo dinâmico e dependente do contexto. A gravidade do problema e o tempo para a decisão são de extrema importância.

Para estabelecer qual o real problema e a urgência da solução, o profissional deve se lembrar de que não está sozinho. Deve solicitar ajuda e opinião. Tendemos a agir rápido em uma situação de emergência. Na maioria das vezes, há tempo para utilizar o modelo de processo decisório. É necessário questionar se há uma indicação isolada ou sintoma de um problema maior. Para identificar alternativas possíveis, é preciso avaliar a influência de cada uma delas e distinguir a mais adequada à situação.

Deve-se manter a mente aberta à medida que aparecerem novas informações e rever o processo decisório.

Gerenciamento do erro

Com muita frequência, na investigação de acidentes aeronáuticos, percebemos que, no processo, em determinado momento, ocorre uma falha crítica. Em seguida, as

falhas latentes (adormecidas) ficam expostas. Os mecanismos de defesa começam a falhar em uma cascata. A equipe diagnostica o primeiro problema e tenta resolvê-lo, mas, na mecânica do acidente, novas falhas vão-se sobrepondo. Enquanto a equipe continua focada em discutir ou resolver a falha inicial, o cenário vai-se agravando.

“Segurança” é virtual: não medimos. O que se medem são os erros. Essa é a maior dificuldade de visualizar a segurança.

Quando uma equipe está alerta de que alguma coisa pode estar errada, há o seu reconhecimento precoce e a identificação da situação. Equipes que negam a possibilidade do erro, buscando justificativas para o fato presente como se fosse uma excepcionalidade, acabam não percebendo (ou negando) o agravamento da situação, o que faz com que a possibilidade de acidente seja muito maior.

Cultura justa

O objetivo desse tópico é reconhecer o equilíbrio entre a busca da prevenção e a responsabilização profissional, compreendendo qual é o tratamento adequado para os erros e para as violações. A cultura justa não se limita a uma abordagem não punitiva.

Responsabilidade sugere uma expectativa em relação a um indivíduo ou grupo. “Ser responsabilizado” refere-se a uma obrigação individual.

A fronteira entre o aceitável e o inaceitável não depende totalmente de punições. Indivíduos capazes e motivados também erram. A punição não previne o erro, mas as defesas contra ele, normalmente, não funcionam contra a violação. Em algumas violações, o erro é subestimar a probabilidade de ser descoberto. Esse erro é inaceitável. A ênfase a ser dada está na avaliação do processo, independentemente dos resultados. No mundo real, há uma busca pelo culpado, nem tanto para ser justo, mas para provar que o erro não foi cometido por um determinado indivíduo, categoria profissional, serviço ou organização. Na saúde, é frequente ouvir: “Ainda bem que não foi comigo”. A cultura justa não ocorre por decreto ou portaria. Nela, é fundamental a liderança. Não basta dar o exemplo, é preciso ser o exemplo. É impossível obter “por ordem” a excelência de desempenho.

RESULTADOS

Ao customizar o CRM, é necessário conhecer o cenário no qual ele será aplicado. Não se trata de adaptá-lo à cultura da organização, mas como o CRM poderá influenciar para que essa cultura se adéque à cultura de segurança e à cultura justa. O maior desafio é que a alta gestão entenda e participe de sua implantação e que “seja também aluna”.

O programa de implantação do treinamento de um CRM leva tempo para apresentar os resultados esperados.

Já realizamos mais de 70 treinamentos em diversos hospitais civis e militares, públicos e privados. Foram mais de 1.800 profissionais treinados.

Coordenamos atualmente o treinamento na Clínica São Vicente da Gávea, Rio de Janeiro, da Rede D´Or. No curso de medicina da Faculdade de Vassouras, estamos na segunda turma; e na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, o primeiro treinamento acontece, este ano, com os alunos do sétimo período. No Hospital de Câncer, da Rede Casa, a equipe de transplante de medula óssea está sendo treinada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é eficaz discutir normas de segurança se não há cultura de segurança na organização. Nosso modelo não pretende ser definitivo, mas é inovador, por ser adaptado para a área da saúde.

O foco que vem sendo frequentemente utilizado em relação à segurança no sistema de saúde, propondo treinamentos em habilidades técnicas, de criar e implantar protocolos, não foi suficiente. A expressão segurança do paciente é inadequada. Na aviação, os treinamentos são sobre segurança aeronáutica, e não segurança do passageiro ou de uma carga. A aviação e outros sistemas complexos passaram pelos mesmos problemas, ao buscar enfatizar uma parte do sistema. O GERHUS traz para o centro da discussão o fator humano, ou seja, como as pessoas reagem, podem ser entendidas de forma mais adequada e treinadas.

Na aviação, o CRM provou que as habilidades não técnicas são tão importantes como as técnicas. O custo desses treinamentos é irrisório diante daqueles com outros tipos de treinamento. O CRM tem que ser repetido pelo menos a cada dois anos, ou caso ocorra uma situação crítica não percebida anteriormente. Se não houver uma monitoração para que a maioria dos profissionais esteja com o GERHUS em dia, ou seja, treinados, o seu efeito estabilizador não será eficaz.

Quem se dedica à segurança deve ter em mente que também terá sempre que aprender sobre o tema. Não existe solução única para um problema que tem inúmeros fatores interligados.

O profissional excelente é aquele que usa seu julgamento excelente para se manter afastado de situações em que teria que usar suas habilidades excelentes. A medicina era simples, pouco eficaz e relativamente segura; a cada dia, fica mais complexa, relativamente eficaz, porém com alto custo e perigosa. Devemos simplificar seus processos, de modo que sua eficiência e seus riscos possam ser gerenciados.

Referências

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
2. Perrow C. Normal accidents: Living with High-Risk Technologies. New Jersey: Princeton University Press; 1984.
3. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
4. Helmreich RL, Wilhelm JA. Outcomes of Crew Resource Management Training. *Int J Aviat Psychol.* 1991;1(4):287-300.
5. Weiner EL, Kanki BG, Helmreich RL, editors. Cockpit resource management press. San Diego: Academic Press, 1993.
6. Guarischi A, Koeller F. GERHUS – Gerenciamento de recursos humanos em saúde. In: Prates CG, Stadnik CM. Segurança do paciente, gestão de riscos e controle das infecções hospitalares. Porto Alegre: Moriá; 2017. p. 209-34.

EIXO 3
QUALIDADE, CULTURA DE SEGURANÇA, COMUNICAÇÃO,
CIÊNCIA DA MELHORIA, PROCESSOS E RESULTADOS DE
SEGURANÇA E LIDERANÇA

LIDERANÇA E VISÃO
ESTRATÉGICA PARA A
GARANTIA DA QUALIDADE E
DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Helaine Carneiro Capucho¹

1. Farmacêutica, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Universidade de Brasília, <http://lattes.cnpq.br/0079781302123191>, helaine.capucho@unb.br

Resumo

O acesso à assistência à saúde segura depende de ações em todos os níveis do sistema de saúde e do envolvimento dos profissionais de saúde, desde a alta direção ao mais baixo escalão organizacional. Ações dependem do desenvolvimento de lideranças, que não necessariamente devem ocupar cargos formais, mas que devem ser capazes de influenciar positivamente as pessoas, de modo que promovam a adesão às boas práticas de segurança do paciente. A liderança transformacional, que prega o exemplo do líder, a transparência e a motivação como estímulos à adesão às boas práticas, parece influenciar positivamente para a redução de danos associados à prestação de assistência à saúde. Faz-se necessário desenvolver líderes alinhados às culturas organizacionais e preparados para lidar com o perfil questionador e proativo da nova geração de profissionais de saúde, a fim de que sejam capazes de reagir rapidamente aos riscos e eventos adversos, no intuito de potencializar os resultados e gerar valor em saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Gestão da qualidade. Liderança. Assistência integral à saúde. Atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

O acesso à assistência à saúde segura depende de ações em todos os níveis do sistema de saúde e do envolvimento dos profissionais de saúde, desde a alta direção ao mais baixo escalão organizacional. As ações dependem da compreensão da cultura de segurança, que é vital para melhorar as práticas ou reduzir atitudes indesejadas.

O tema cultura de segurança do paciente será abordado no próximo capítulo, no qual serão apresentadas alternativas para avaliar e melhorar a cultura organizacional em prol de uma assistência mais segura. No entanto, há que se destacar, para a continuidade da leitura do presente documento, que o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente depende, necessariamente, de forte apoio da liderança da organização desde sua implantação, de maneira que possibilite a instalação de um modelo institucional de cultura de segurança e que, por consequência, sejam reduzidos os eventos adversos e a mortalidade¹⁻⁴.

Pelo exposto, o presente documento tem como objetivo explorar a importância da liderança para o avanço da segurança do paciente em todos os níveis de atenção.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica, qualitativo, do tipo revisão narrativa. Realizou-se busca de publicações sobre o tema deste artigo, inclusive da literatura cin-

zenta. As revisões narrativas permitem atualização do conhecimento sobre um tema específico e, portanto, têm importante função para a educação continuada⁵.

Uma busca bibliográfica foi realizada nas bases Medline, Lilacs, SciELO, Google Acadêmico, com os seguintes descritores inseridos no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Liderança; Assistência integral à saúde; Atenção à saúde.

Elementos que enfatizem a importância da liderança para a segurança do paciente nortearam a seleção da bibliografia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características do ambiente de trabalho, o ritmo da implementação de ações, uma carga de trabalho equilibrada, as relações com colegas de trabalho, além de oportunidades profissionais e a habilidade de atender às necessidades dos pacientes, influenciam na satisfação do profissional de saúde com o trabalho⁶. A pesquisa que concluiu sobre essa influência foi realizada com enfermeiros, mas é possível supor que outros profissionais de saúde também sejam influenciados por esses fatores. A satisfação do profissional de saúde, por sua vez, é fundamental para que sejam obtidos resultados de qualidade, satisfação do paciente, e evitar o *turnover*⁷, promovendo o trabalho multidisciplinar e a formação de equipes mais experientes.

Estudo brasileiro⁸ sobre clima de segurança do paciente realizado em hospital universitário do Sistema Único de Saúde (SUS) verificou baixos escores de clima de segurança quanto à percepção dos profissionais de enfermagem sobre a gerência hospitalar. Tal percepção reduzida ocorreu quando foram questionados quanto ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente. No mesmo estudo, verificou-se que o assunto de eventos adversos não era discutido entre os pares de maneira positiva, focada no sistema e no aprendizado, visando à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente. O resultado da pesquisa demonstrou que ações punitivas para o profissional ainda predominavam naquela instituição quando da realização do estudo⁸.

Quando não há diálogo entre os diferentes níveis hierárquicos da organização, especialmente quanto à ocorrência de eventos adversos, a tendência é o silêncio e a ocultação dos fatos, ainda que não intencional, mas, sim, pelo medo da punição. Esse é um dos principais problemas para a não adesão aos sistemas de notificação de incidentes em saúde.

Estudos clássicos da segurança do paciente conduzidos por Leape^{10,11} listaram os principais motivos para que profissionais de saúde não relatassem um incidente: medo, culpa, vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e

do litígio, além da alegação de dificuldade para realizar uma notificação. A não comunicação de incidentes pode levar a falsas conclusões de que um risco real está ausente, o que não resolve a segurança do paciente e ainda acarreta aumento de custos da prestação da assistência à saúde, reduzindo a satisfação dos usuários do sistema de saúde e até do próprio profissional. Além da dificuldade em obter dados dos resultados negativos do cuidado inseguro, a ausência de diálogo entre gerência e subordinados pode favorecer a elaboração de protocolos incompatíveis com a realidade da instituição, dificultando a adesão e a mensuração dos resultados de implantação. Na elaboração de protocolos, bem como de procedimentos e outras medidas que promovam a qualidade do cuidado, os gestores devem contar com a participação das pessoas que executam ou executarão as atividades, visto que podem ser bastante diferentes o que há de ideal e o factível para cada realidade nos diversos estabelecimentos de saúde de diferentes complexidades prestando serviços para o SUS neste país de dimensões continentais.

Uma relação instável entre gestores e funcionários pode, ainda, gerar estresse e insatisfação com o trabalho, o que pode afetar os resultados da prestação de assistência à saúde e a satisfação do usuário do sistema de saúde. Isso sem considerar que a falta de transparência na gestão e a comunicação clara dos objetivos da organização podem dificultar o alcance das metas estabelecidas, gerar retrabalho e desperdício de recursos, não somente financeiros, mas também de tempo e energia.

É nesse sentido que se faz necessário o desenvolvimento de lideranças capazes de influenciar as pessoas positivamente para a adesão às práticas de segurança, para a cultura de aprendizagem com as falhas e a melhoria contínua. Estudo verificou que a liderança transformacional foi estratégia útil para criação de condições de trabalho que promovam melhores resultados de segurança para pacientes e enfermeiros⁶. Os autores, que relacionaram um aumento na satisfação no trabalho com uma menor ocorrência de eventos adversos, apontam que a liderança transformacional teve uma forte influência positiva para a capacitação no local de trabalho, o que, por sua vez, aumentou a satisfação profissional dos enfermeiros e diminuiu a frequência de resultados indesejados para os pacientes^{6,7}.

Liderança transformacional

A liderança transformacional é uma liderança na qual os funcionários têm confiança e respeito pelo líder. Influenciados pelo exemplo do líder, os subordinados estão motivados para fazer mais do que o que foi atribuído a eles formalmente para atingir as metas organizacionais⁶.

Quatro dimensões compõem a liderança transformacional^{6,7}:

1. Influência idealizada: o líder é um modelo exemplar para os subordinados, estabelece altos padrões de conduta e é capaz articular a visão da organização com a realidade vivenciada pelos funcionários, de forma a influenciá-los na obtenção de resultados para a organização;
2. Motivação inspiradora: o líder é capaz de inspirar os funcionários, chamados também de seguidores nesse contexto, a agirem em prol da segurança do paciente. A inspiração ocorre por meio de palavras proferidas, imagens e símbolos que traduzam as palavras em atitudes, além do exemplo;
3. Estimulação intelectual: o líder é capaz de ouvir e estimular os funcionários a opinarem acerca de um dado desafio, demonstrando respeitar o conhecimento e a experiência de sua equipe, em uma relação de respeito mútuo;
4. Equidade nas ações: o líder capaz de transformar percebe as diferenças entre os funcionários e os estimula a atingirem todo o seu potencial, respeitando suas limitações, e não realizando comparações indevidas.

Embora possa parecer utópica, a liderança transformacional é vivida por diferentes líderes e funcionários que atuam nos diversos órgãos, conselhos estabelecimentos de saúde do SUS. Apesar disso, o SUS carece de cursos de formação de lideranças voltados para a gestão, o que torna imprescindível a participação ativa das instituições que realizam ensino e pesquisa, especialmente aquelas ligadas às universidades públicas brasileiras.

Os tópicos de segurança do paciente, saúde baseada em evidências e gestão em saúde já são requeridos como qualidade dos profissionais de saúde egressos de cursos de graduação na área. A Resolução nº 569, de 2017¹¹, do Conselho Nacional de Saúde, defende que os profissionais de saúde sejam críticos e que baseiem suas práticas em evidências robustas. Embora a educação em saúde já tenha sido abordada nesta obra em diversos capítulos, faz-se um convite para reflexão acerca da formação de líderes capazes de lidar com questionamentos de maneira natural e produtiva, que conduzam suas equipes de forma tal que todos possam evoluir a cada dia, aumentando o conhecimento, melhorando a comunicação, elevando a transparência, maximizando a satisfação de toda a equipe, reduzindo o estresse. Dessa maneira, resultados para a saúde são potencializados sob os aspectos clínicos, humanísticos e econômicos. Contudo, o que se espera de um líder? O Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs)¹² deu dicas importantes em seu *site*, que serão abordadas a seguir.

Perfil desejado para o líder

O CBEXs listou características consideradas relevantes para que um líder obtenha bons resultados em saúde:

- Visão estratégica: como líder, sua função é levar a organização a resultados de longo prazo, e, com base nos objetivos estratégicos institucionais, direcionar a equipe para o que se deseja alcançar no futuro, mesmo que, por vezes, seja necessário atuação no nível tático;
- Capacidade analítica: a solução de problemas célere e com o mínimo de desperdícios depende de pragmatismo e capacidade analítica, características essenciais em um líder;
- Capacidade de liderar e inspirar pessoas: a liderança transformacional, que permite o desenvolvimento da equipe, a participação ativa na tomada de decisões e até o compartilhamento de responsabilidades em alguns projetos, tende a motivar a equipe, objetivo de um bom líder;
- Criatividade: a solução de problemas deve estar dentro dos parâmetros legais, mas, por vezes, dependerá de análise que transcenda os limites previamente estabelecidos;
- Gestão de Pessoas: pessoas felizes e motivadas produzem mais, faltam menos ao trabalho, estão mais dispostas a aprender. O bom desempenho da equipe deve ser encarado como bom desempenho do líder, que deve incentivá-los a prosseguir;
- Conhecimento técnico da administração: liderança nata deve ser constantemente aprimorada com treinamentos, especializações, dedicação para que ferramentas de gestão sejam dominadas e aplicadas adequadamente, ou seja, é preciso desmistificar que a liderança não pode ser desenvolvida. Um líder sem o devido conhecimento tende a deixar esse status rapidamente.
- Compromisso Social: melhorias nas vidas das pessoas devem nortear as ações das organizações de saúde, e o líder deve ser capaz de comunicar continuamente a mensagem;
- Clareza dos objetivos a serem alcançados: a transparência na comunicação do líder é premissa para que todos estejam alinhados com a visão da organização e com a forma de lidar com os clientes;
- Reconhecimento dos fatores motivacionais na visão organizacional: o líder da área de saúde deve favorecer que a equipe reconheça os benefícios obtidos com as atividades realizadas, de modo a se sentirem motivados para obtenção de resultados organizacionais;
- Comunicação aberta e constante: a comunicação ou a falta dela são o cerne de uma liderança de sucesso. O líder deve estar atento aos fluxos e sistemas de informação que ocorrem dentro de sua organização, mantendo a equipe informada, demonstrando zelo pelos resultados e compromisso em apoiá-los;

- Liderança transformacional: já abordada anteriormente, traz resultados importantes para a qualidade e a segurança do paciente;
- Inovação: mudanças ocorrem todos os dias e são uma das poucas certezas da vida. Um líder deve estar preparado para elas e ser capaz de envolver a equipe, reduzindo ao máximo o impacto da instabilidade que as mudanças provocam, ainda que sejam para melhor.

Por fim, é importante ressaltar que o líder deve ser capaz de respeitar e perceber a situação dos funcionários, especialmente quanto à saúde mental. Estudos^{13,14} verificaram que o esgotamento da equipe médica foi associado a um risco aumentado de incidentes de segurança do paciente, a uma pior qualidade do atendimento devido ao baixo profissionalismo e a uma menor satisfação do paciente.

Especialmente agora, após ser vivenciado o maior desafio desta geração de profissionais com a pandemia de covid-19, o tema de *burnout* deve estar na pauta das lideranças, que devem trabalhar de forma a, pelo menos, não introduzir fatores de estresse desnecessários por métodos de gestão centralizadores, verticalizados e opressores. Sim, em pleno século XXI, esse tipo de gestão existe e impacta negativamente na vida de trabalhadores da saúde todos os dias.

Não é por acaso que a saúde e o bem-estar dos trabalhadores da saúde são parte do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵. Além disso, está claro para a OMS que o enfoque nos fatores humanos e na cultura de segurança pode melhorar de forma sustentável a segurança no local de trabalho nos sistemas de saúde, que são um importante empregador na maioria das economias, contribuindo para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS)¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente vai muito além de evitar eventos adversos e não está restrita à prestação de assistência aos cidadãos. Trata-se de tópico de interesse para todos os profissionais que atuam na área, principalmente aqueles que exercem o papel de líder, já que influenciam o comportamento das pessoas.

O cuidado integral do paciente e a qualidade da atenção à saúde dependem de esforços de toda a equipe multiprofissional e de organizações preparadas para se adaptar rapidamente às mudanças, com líderes capazes de promover a adesão às práticas de gestão de riscos por meio de lideranças denominadas como transformacionais.

Faz-se necessário desenvolver líderes alinhados às culturas organizacionais e preparados para lidar com o perfil questionador e proativo da nova geração de profissionais

de saúde, a fim de que sejam capazes de reagir rapidamente aos riscos e eventos adversos, no intuito de potencializar os resultados e gerar valor em saúde.

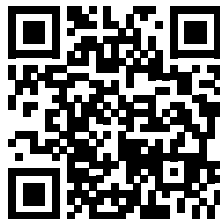
Referências

1. National Patient Safety Agency. Healthcare risk assessment made easy [Internet]. London: National Patient Safety Agency; 2007 [citado 2021 Aug 20]. Available from: www.npsa.nhs.uk
2. Naveh E, Tal KN, Zvi S. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Managem Sci.* 2005;51(6):948-60.
3. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Boyden J, Roberts PR, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:1-10. doi: 10.1186/1472-6963-6-44
4. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40(esp):1-7. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180366
5. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2021 set 25];20(2):5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en.
6. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook.* 2018;66(2):180-189. doi: 10.1016/j.outlook.2017.10.004
7. Boamah SA. The influence of transformational leadership on nurse-reported patient safety outcomes. Electronic thesis and dissertation repository 4401. London, Ontario, Canada: Western University; 2017.
8. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2021 set 27];25(5):728-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
9. Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract.* 1997;3(3):213-22.
10. Leape LL. Why should we report adverse incidents? *J Eval Clin Pract.* 1999;5(1):1-4.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. *Diário Oficial da União.* 26 fev. 2018.

12. Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde. As principais competências que um líder de saúde deve ter para encarar a complexidade do setor [Internet]. CBEXs. 19 jul. 2017 [citado 2021 set 26]. Disponível em: <https://cbexs.com.br/as-principais-competencias-que-um-lider-de-saude-deve-ter-para-encarar-a-complexidade-do-setor/>
13. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018;178(10):1317-31. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713
14. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015
15. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021- 2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
16. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas [Internet]. [citado 2021 set 15]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
QUALIDADE, CULTURA DE SEGURANÇA, COMUNICAÇÃO,
CIÊNCIA DA MELHORIA, PROCESSOS E RESULTADOS DE
SEGURANÇA E LIDERANÇA

A CULTURA DE SEGURANÇA E
A ABORDAGEM SISTÊMICA –
INICIATIVAS PARA MELHORAR
AS PRÁTICAS DE SEGURANÇA
DO PACIENTE

Andréa Donato Drumond¹

Giseli Rodrigues de Carvalho²

1. Gestora da área da Saúde, graduada em Serviço Social pela Universidade Gama Filho, pós-graduada em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), especialista e, geriatria e gerontologia pela UNATI/UERJ. Mestranda em Administração com ênfase na Saúde pela UNIALFA/CBEXs. Presidente do Chapter Santa Catarina, do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs), membro fundadora e foi Primeira Secretária e ex-diretora de Relações Institucionais da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP). Fundou e presidiu a Câmara Técnica da Qualidade e Segurança dos Hospitais Federais no RJ/MS, de 2012 a 2015. CEO Founder e Consultora da Qualifica Saúde.

2. Gestora da área da Saúde, graduada em Enfermagem pela Faculdades Integradas de Guarulhos (FIG), especialista em Enfermagem em Nefrologia: UNIFESP/2004, Especialista em Oncologia: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Oncologia (SBEO). MBA Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e em Gestão da Qualidade em Saúde: Fundação Getúlio Vargas (FGV). Especialista em Experiência do Paciente e Cuidado Centrado na Pessoa: IEP Sírio Libanês. Mestranda em Administração com ênfase na Saúde pela UNIALFA/CBEXs. Avaliadora Habilitada pela Organização Nacional de Acreditação. Gerente Assistencial do Hospital Vila Nova Star

Resumo

A segurança do paciente é um campo que tem muito a crescer, e seu desenvolvimento passa pelo fortalecimento da cultura de segurança, que é um componente que deve ser sistematicamente desenvolvido nas organizações de saúde e que precisa ser avaliada e monitorada nesse aspecto. Promover a cultura de segurança passa a ser uma responsabilidade das lideranças das organizações de saúde, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, no engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, para o desenvolvimento de sistemas seguros. É imperioso que a cultura de segurança seja uma prioridade para as organizações de saúde e, especialmente, que não fique restrita à área hospitalar. Para tanto, uma convergência de atores deve se empenhar para que haja maiores esforços pela segurança do paciente. A comunicação deve ser promovida para que haja maior eficácia ante o risco de causar danos aos pacientes. Só assim que se avançará com vigor e consistência na direção da Qualidade e da Segurança do Paciente, e essa é uma tarefa de todos.

Palavras-chave: Cultura de segurança. Avaliação de serviços de saúde. Cultura justa. Comunicação. Equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é um campo recente, e as evidências demonstram que, há cerca de 30 anos, sua abordagem, praticamente, restringia-se a alguns autores pioneiros no tema no mundo. No Brasil, nos últimos 10 anos, observamos os esforços, embora, ainda, aquém às necessidades, em relação às iniciativas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Em abril de 2013, com a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a temática foi alçada à agenda de lideranças e profissionais do sistema e dos serviços de saúde, garantindo o apoio de entidades, empresas, conselhos, associações e outros organismos da sociedade civil, culminando com a criação da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp), em 2017.

Ao longo de todo esse tempo, é preciso reconhecer, avanços foram alcançados, especialmente na atenção hospitalar, contudo, há muito a ser feito, principalmente no que diz respeito à cultura de segurança, considerando as fortes evidências de que a falta de qualidade na assistência aos pacientes é um problema a ser combatido e que a adesão às práticas seguras reduz a probabilidade de dano.

O caminho para o seu desenvolvimento em todos os níveis da saúde precisa ser intensificado, e as estratégias para a avaliação, melhoria e garantia da segurança do paciente devem evoluir em todas as organizações de saúde.

De forma bem simples, a cultura pode ser avaliada sob dois componentes: percepção e comportamento. Contudo, ela é afetada por variáveis que estão relacionadas com o modelo de liderança, relacionamento e comunicação adotado, pela estrutura orgânica e hierárquica e pela tradição.

A tradição, nesse contexto, pode ser definida como a construção histórica de uma organização e que carrega em si todo o percurso desse grupo, suas crenças, valores e modelos quanto à melhor forma de atuar para fazer parte dessa corporação.

Nesse sentido, podemos admitir que a cultura se constrói assim como evolui. Influencia e sofre influências, molda-se e é moldada pelos valores e pelas interações, pelas referências e comportamentos. Tudo isso interfere para o seu desenvolvimento. Diante disso, a cultura representa um somatório de valores, atitudes e práticas individuais que guiará o comportamento dos membros de um pequeno grupo ou até uma grande corporação.

CONCEITUANDO A CULTURA

Em termos conceituais, partindo do princípio de que todas as organizações desenvolvem sua própria cultura, a cultura organizacional é definida como “o conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantém unidos os mais diferentes membros, de todos os escalões hierárquicos, perante as dificuldades, operações do cotidiano, metas e objetivos”¹⁽²⁸⁾.

A cultura tem, portanto, o papel de definir os contornos de uma organização, construindo um sentido de identidade. “É um mecanismo de controle que orienta e dá forma às atitudes e comportamento dos colaboradores, ou seja, define as regras do jogo”²⁽¹⁴⁷⁾.

Agora que já sabemos que a cultura molda e interfere no desempenho dos profissionais, grupos e organizações, fica mais fácil entender que a forma como estes vão se relacionar com as variáveis presentes no cotidiano interfere na produção do trabalho e nos próprios desfechos alcançados.

Em todos os contextos, existe um ponto importante a ser considerado: entre todas as variáveis possíveis que compõem a jornada do trabalho, o risco está presente. Sim, ele está presente em todos os contextos, setores e segmentos, e a forma que lidamos com ele é moldada pelo contexto da cultura. Assim, uma organização vai desenvolver seus processos de mapeamento e gerenciamento de riscos influenciada pela “forma de fazer” culturalmente instituída.

Na saúde, existem outras variáveis extremamente importantes: o paciente – uma pessoa que precisa de assistência e deve ser tratada de acordo com as suas necessidades e preferências, de forma personalíssima, independentemente de sua condição, a doença, o estado clínico e emocional e o cuidado, podendo haver, ainda, o risco de morte.

Tudo isso eleva o risco e aumenta a complexidade do cuidado. Portanto, fica clara a missão dos serviços e profissionais da saúde, e o quanto a cultura, que molda a produção do cuidado, interfere

na prestação da assistência e na operação de forma geral.

A partir de agora, abordaremos a cultura de segurança dentro de uma visão sistêmica, suas implicações e competências no intuito de reconhecê-la e avaliá-la, para identificar e reduzir os erros e iniciativas para melhorar as práticas de segurança do paciente, além de outro ponto fundamental que é a importância da comunicação nos serviços de saúde, atravessando toda a jornada do paciente.

A cultura de segurança e sua importância em todos os contextos da saúde

O enfoque e o desenvolvimento da cultura de segurança têm repercutido de forma mais lenta que o necessário, com alertas ignorados ao longo do tempo. Contudo, é verdade que os estudos e as abordagens relacionados com a cultura de segurança podem ser considerados relativamente recentes, pois o conceito de cultura de segurança só emergiu e ganhou maior visibilidade a partir do acidente nuclear de Chernobyl, ocorrido na década de 1980.

O acidente ocorrido na Usina Nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, foi considerado um dos piores desastres nucleares da história, ceifando vidas diretamente afetadas pelo acidente e pela exposição à radiação, acarretando sequelas em todo o ecossistema da região.

A partir de uma robusta avaliação das condições, dos fatores e das causas que deram origem ao acidente, o relatório técnico concluiu que as consequências poderiam ser interpretadas como sendo uma evidência da existência de uma fraca cultura de segurança em Chernobyl, em particular, e na indústria soviética, em geral, pois foram identificadas vulnerabilidades, violações de procedimentos, riscos negligenciados e falhas de segurança que deram origem ao Desastre³.

Em 1988, fundamentado nas análises do acidente, o Comitê Internacional de Segurança Nuclear (INSAG), conceituou a cultura de Segurança como o “conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma planta nuclear, pela sua importância, terá a maior prioridade”³.

Após o acidente de Chernobyl, contudo, outros desastres se sucederam em vários outros segmentos e indústrias relacionados com falhas organizacionais, humanas e administrativas, acarretando grandes transformações relativas a regulamentação, melhoria dos processos de segurança e gerenciamento de riscos, que interferiram para o fortalecimento da cultura de segurança dessas indústrias, especialmente nos setores de energia, petróleo e gás, naval e aviação.

Na saúde, com a publicação do Relatório Erro é Humano, no final da década de 1990, tivemos a visibilidade de que algo não ia nada bem e que a assistência aos pacientes era tão insegura quanto ineficiente, com muitos milhões de dólares desperdiçados, globalmente, e muitas mortes relacionadas com o cuidado, e não com a doença. Essas conclusões chocaram o mundo todo, mas fizeram enxergar uma triste e alarmante evidência: a cultura de segurança na saúde também

estava falhando!

Diante dessa realidade, passou-se a reconhecer que as organizações de saúde não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também podem causar danos e sofrimento. O fato é que a prestação de serviços na área da saúde depende de uma intensa e complexa interação dos – diversos – fatores necessários ao cuidado do paciente, entre os quais, o relacionamento entre pessoas (interpessoal), manuseio de materiais e insumos, medicamentos, equipamentos e instalações. Sendo assim, não fica difícil reconhecer que essas variáveis correlacionadas elevam a chance de algo sair errado.

É nesse contexto que a cultura de segurança emerge como um componente fundamental para a redução da ocorrência de falhas e incidentes relacionados com o cuidado.

A cultura de segurança como um aspecto da cultura organizacional foi conceituada pela Health and Safety Commission (HSC) como:

[...] um produto de valores e atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura⁴⁽¹⁷⁾.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela é marcada pela comunicação aberta, o trabalho em equipe, o reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização.

Segundo Reason⁵, as organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.

Por meio da RDC nº 36/2013, art. 3º, inciso II, a cultura de segurança é definida como:

[...] 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 saúde⁶⁽³⁶⁾.

De acordo com a Portaria nº 529/2013⁷, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pelas lideranças da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Conforme essas diretrizes, promover a cultura de segurança passa a ser uma responsabilidade das lideranças das organizações de saúde, com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, no engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, para o desenvolvimento de sistemas seguros, promovendo a responsabilização coletiva como uma das estratégias de implementação do PNSP.

Além disso, é importante destacar que, para o desenvolvimento e amadurecimento da cultura, a medida essencial deve estar focada na avaliação, no diagnóstico do nível de maturidade da cultura de segurança.

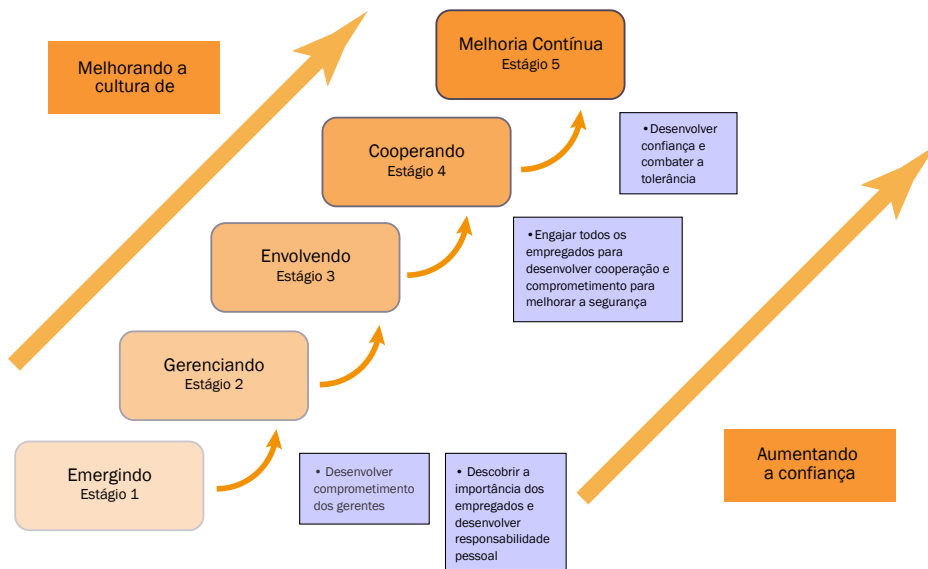
Avaliação da cultura de segurança

A cultura de segurança é um componente que deve ser sistematicamente desenvolvido nas organizações de saúde e que precisa ser avaliada e monitorada nesse aspecto. Ela pode se apresentar em níveis diversos de maturidade, ou estágios, e deve progredir ao longo do tempo em relação a eles.

O conceito de maturidade foi inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos pelo Software Engineering Institute (SEI), na década de 1980. Ele buscava responder a uma necessidade do governo federal americano de avaliar a capacidade das empresas contratadas para desenvolver sistemas de informática, pois, devido à grande demanda por informatização, muitas empresas eram contratadas sem a capacidade necessária, acarretando grandes prejuízos. O modelo proposto pelo SEI previa cinco estágios de maturidade: inicial (*initial*), o repetível (*repeatable*), o definido (*defined*), o gerenciado (*managed*) e o otimizável (*optimizing*). A capacidade das empresas era classificada de acordo com seu estágio de maturidade.

Posteriormente, o conceito de maturidade foi adaptado para ser usado em outros ramos de atividade, como, por exemplo, gerenciamento de projetos, recursos humanos e qualidade. Dessa forma, Fleming utilizou o conceito desenvolvido pelo SEI, para criar um modelo de maturidade para a cultura de segurança, com o objetivo de ajudar as empresas de petróleo do Reino Unido a identificar o nível da maturidade de sua cultura e quais seriam ações necessárias para melhorá-la, a partir dos seguintes estágios: 1. Emergindo; 2. Gerenciando; 3. Envolvendo; 4. Cooperando; e 5. Estágio de Melhoria Contínua.

Figura 1. Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Fleming

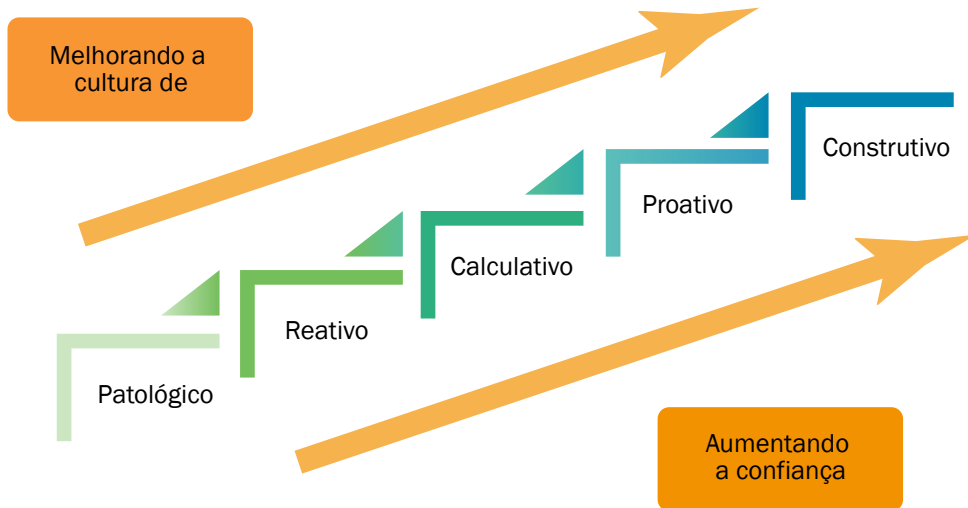


Fonte: Fleming

Outros autores também discutiram os níveis de maturidade da cultura de segurança. A informação é um dos fatores mais importante para a segurança, pois as falhas no fluxo de informação estão presente em muitos acidentes. O autor observou que a informação flui bem em algumas organizações, mas, em outras, acumula-se e emperra, por razões políticas ou por barreiras burocráticas. Ele ressalta que a qualidade do fluxo de informação não está relacionada somente com o quanto ela flui, mas, também, com a oportunidade, a conveniência e a relevância da informação para o receptor.

Hudson⁸ aprofundou o modelo de Westrum e propôs um modelo de maturidade de cultura de segurança baseado em cinco estágios, em que a cultura de segurança evolui de um estágio inicial, o patológico, até um estágio final ideal, o construtivo.

Figura 2. Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson



Fonte: Hudson⁸.

Cada estágio de maturidade de cultura de segurança do modelo Hudson⁴ pode ser identificado abaixo:

- Estágio patológico (*pathological stage*) – nesse estágio, não há ações de segurança na organização. O máximo que procura fazer é atender à legislação.
- Estágio reativo (*reactive stage*) – nesse estágio, as ações são realizadas somente depois de acidentes/incidentes terem acontecido. Ações não são sistemáticas, buscam dar respostas aos acidentes/incidentes, procurando remediar a situação. As ações corretivas são tomadas só após a ocorrência.
- Estágio calculativo (*calculative stage*) – nesse estágio, a organização tem sistema para gerenciar riscos, mas ainda não tem a visão sistêmica da saúde, segurança e meio ambiente. A segurança é gerenciada administrativamente por meio da coleta de dados, e as melhorias são impostas.
- Estágio proativo (*proactive stage*) – é o desenvolvimento do estágio de transição para o estágio da cultura construtiva. Os líderes da organização, com base nos valores da organização, conduzem as melhorias contínuas para a saúde, segurança e meio ambiente, e as ações estão voltadas para quantificar os riscos. Os funcionários tomam iniciativa para melhorar a segurança, por meio da melhoria de processos.
- Estágio construtivo (*generative stage*) – Existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus negócios. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança, está constantemente

tentando melhorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos. Procura antecipar os problemas antes que eles aconteçam, de forma preventiva. A participação de funcionários de todos os níveis fortalece a segurança, que passa a ser inerente ao negócio.

É consenso que promover a cultura da segurança é uma tarefa bastante complexa. Reconhecer sua importância e o impacto da cultura de segurança deve estar entre as prioridades das organizações. Identificar os componentes que interferem para o desenvolvimento da cultura de segurança na saúde auxilia no processo.

A partir de um estudo de revisão e meta-análise⁵, identificaram-se sete subculturas que interferem na cultura de segurança, descritas a seguir:

1. Liderança – os líderes devem reconhecer que o ambiente de saúde é de alto risco e procurar alinhar a visão, a missão, a competência da equipe, os recursos humanos e legais de profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria. Segundo os autores, é uma tarefa difícil identificar componentes precisos que compõem a segurança da organização. O líder sênior é o elemento-chave para concepção, promoção e criação de uma cultura de segurança. O engajamento de líderes seniores é crítico para o sucesso do desenvolvimento de uma cultura de segurança, mas é importante também permear todos os níveis da organização.
2. Trabalho em equipe – o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação deve existir entre executivos e equipe clínica. Os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis. Atualmente, as instituições de saúde atendem pacientes cada vez mais graves, com tratamentos complexos, que requerem recursos tecnológicos sofisticados, exigindo esforço e colaboração entre profissionais para possibilitar alcançar uma cultura de segurança.
3. Comunicação – em qualquer ambiente no qual existe um indivíduo membro da equipe de saúde, não importa o seu trabalho, ele tem o direito e a responsabilidade de falar em nome do paciente, ou seja, advogar em favor do paciente. Uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Um bom exemplo é a aplicabilidade do *Timeout*. Outro lado da comunicação é o método adotado pelo serviço de saúde para assegurar a transferência de informação entre plantões, departamentos e unidades. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Promover *feedback* e criar laço de confiança entre membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.
4. Aprender com os erros – a instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. É importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, não somente por meio de análises de dados da própria instituição de saúde, mas também por pesquisas de outras áreas que têm se desenvolvido

e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança. A aprendizagem deve ser valorizada por todos os profissionais, incluindo a equipe médica. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança entre a equipe fixa da instituição e a equipe médica, e promove um ambiente que propicia oportunidades de aprendizado. No processo de educação e treinamento sobre segurança, deve-se contemplar o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa ser uma instituição de alta confiabilidade, qual o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria de desempenho. A instituição de saúde que analisa seus dados tem a oportunidade não somente de aprender com os erros, mas também com o sucesso. A cultura do aprendizado celebra e recompensa o sucesso.

5. Justiça – a cultura da justiça reconhece os erros como falhas no sistema ao invés de falhas individuais, e, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações. É importante determinar se as falhas são do sistema ou individuais, dessa forma, podem-se formular algumas perguntas para tentar identificar o tipo de falha que está acontecendo: a. o cuidado foi desenvolvido de forma ilegal? b. o cuidado foi realizado sob influência de álcool ou drogas? c. o profissional estava ciente de que estava cometendo um erro? d. será possível que dois ou três cuidadores podem cometer o mesmo erro? A cultura da justiça é caracterizada pela verdade.

6. Cuidado centrado no paciente – o cuidado deve ser centrado no paciente e sua família. O paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade. Líderes que compartilham sua visão de cuidado centrado na família e com a comunidade permitem a esta ter sentimento de orgulho e sentir-se parte do serviço de saúde.

7. Prática baseada em evidência – a prática do cuidado ao paciente deve ser baseada em evidências. Deve ser padronizada para evitar ocorrências de variações em todas as situações. Os processos devem ser desenhados para alcançar alta confiabilidade. Instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines*, demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras. A nova geração de profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo essas ferramentas, podendo tornar-se mais amplamente aplicadas no futuro.

Outros autores, também, consideram que as instituições de saúde são empresas de alto risco e reconhecem o caráter multifatorial das falhas em segurança. Nesse sentido, o Modelo de Reason tem sido o modelo de avaliação da cultura de segurança mais adaptado para o cenário da saúde¹⁰.

O modelo proposto por James Reason¹¹⁽⁷⁰⁾ possui mais de duas décadas. Para ele, existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana: a abordagem pessoal e a sistêmica:

A abordagem pessoal se concentra nos erros cometidos por pessoas, culpando-as por seu esquecimento, desatenção ou fraqueza moral. A abordagem sistêmica se concentra nas condições sob

quais as pessoas trabalham, tentando construir defesas para prevenir os erros ou mitigar seus efeitos. Organizações altamente confiáveis – aquelas nas quais a taxa de acidentes se encontra num nível inteiramente aceitável – reconhecem que a variabilidade humana é uma força a ser controlada para que seja possível prevenir erros, mas trabalham intensamente para lidar com essa variabilidade e estão constantemente preocupadas com a possibilidade de falhas.

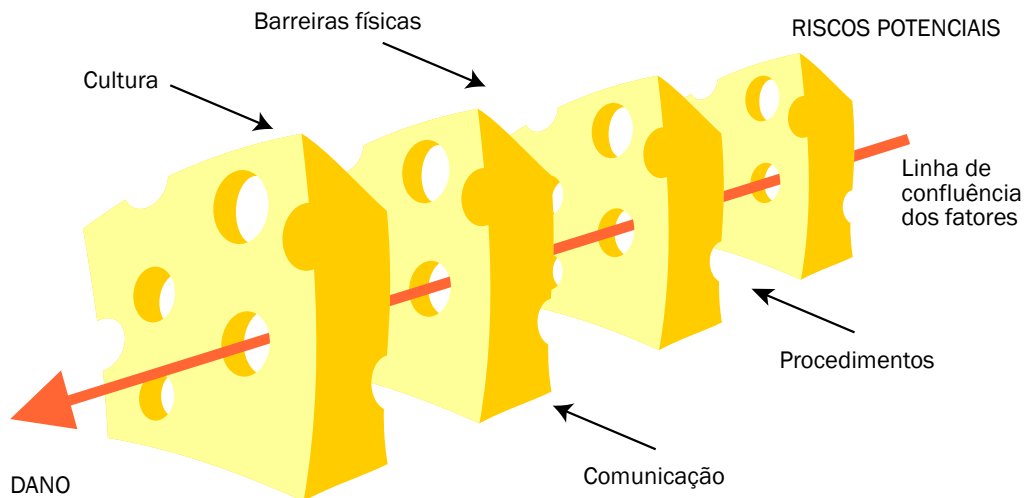
Para Reason¹¹, reconhecer que a variabilidade humana é um componente inato do ser humano é elemento fundamental para que seja possível prevenir erros, sendo o primeiro passo para aprendermos a lidar com essa variabilidade e com a possibilidade de falhas. Em função disso, Reason ressalta que o fortalecimento de uma abordagem sistêmica capaz de produzir e fortalecer as barreiras preventivas ao erro faz parte das medidas para desenvolvimento da cultura de segurança.

A abordagem do sistema, segundo o autor, tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Essa abordagem não enfatiza a perversidade humana nem a culpabilização e a responsabilização do indivíduo como única causa do erro. Nesse caso, assume-se a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Os sistemas de defesa são o eixo desta abordagem. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar-se como e por que as defesas falharam.

O modelo de Reason trouxe muitas melhorias na segurança, mas a questão não se encerra por aí. Especificamente, a abordagem da “não culpabilidade” parece apropriada diante de alguns erros, mas não de outros; entre estes, estão os erros cometidos por profissionais incompetentes, embriagados ou habitualmente descuidados, ou por aqueles que não estão dispostos a seguir regras e normas razoáveis de segurança¹².

Entre seus trabalhos, Reason desenvolveu a teoria do queijo suíço como uma forma de explicar o porquê as falhas, os acidentes, os desastres e os fracassos acontecem em sistemas complexos. Portanto, é um modelo que funciona muito bem para análise, gerenciamento e prevenção de riscos, pois ele propõe uma análise em camadas interrelacionadas. Essas camadas funcionam como barreiras defensivas, quando a qualidade da barreira não é suficiente para frear a trajetória do erro/falha, o risco de dano é aumentado.

Figura 3. Modelo do queijo suíço para eventos adversos



Fonte: Reason¹¹.

Reason⁵ considera, ainda, que os fatores cruciais para a formação de uma cultura de segurança são: a informação; um clima organizacional de confiança no qual os empregados se sintam encorajados, até recompensados, a prover informações essenciais sobre a segurança; a flexibilidade e a aprendizagem organizacional. A interação desses fatores forma uma cultura informada, essencial para a prevenção de falhas e erros.

Para Wachter¹², acaba sendo difícil traçar uma linha que separe as falhas esperadas, cometidas por simples mortais, das transgressões que exigem uma abordagem baseada na responsabilização. Ele e Provonost¹³, em artigo publicado em 2009, intitulado *Balancing 'no blame' with accountability in patient safety* (Equilibrando a “não culpabilidade” com a responsabilização em segurança do paciente), defendem a necessidade de aplicar normas uniformes de responsabilização para todos os prestadores do cuidado de saúde, sem exceções.

Os autores recomendaram que fosse considerado o uso de uma abordagem de responsabilização quando fossem cumpridas todas as seguintes condições¹³:

- a) O problema de segurança do paciente em questão é importante.
- b) Há fortes evidências de que a adesão à prática reduz a probabilidade de dano.
- c) Os profissionais receberam instrução com relação à prática e às evidências.
- d) O sistema foi modificado para facilitar a adesão à prática, e as consequências imprevistas

foram abordadas.

- e) Os médicos compreendem os comportamentos pelos quais serão responsabilizados.
- f) Foi desenvolvido um sistema justo e transparente de auditoria.

Para os autores, quando essas condições forem cumpridas, é fundamental que as transgressões sejam encaradas pela abordagem da responsabilização, ao invés da abordagem da “não culpabilidade”, e que sejam aplicadas as medidas disciplinares apropriadas (que podem ir de repreensões sérias a multas e suspensões). Segundo Wachter e Pronovost¹³⁽⁴⁾,

O princípio fundamental na área da segurança do paciente afirma que a maioria dos erros envolve sistemas disfuncionais, em vez de maus indivíduos. Embora esse princípio esteja amplamente correto, percebemos agora que a responsabilização pelo desempenho é um atributo fundamental de um sistema seguro. Foram desenvolvidos vários instrumentos e algoritmos para tentar diferenciar os momentos em que um erro ou um ato inseguro deve ser tratado por uma abordagem sistêmica, da “não culpabilidade”, das situações nas quais é necessária uma resposta mais centrada na responsabilização. Dentre eles, o mais popular é chamado Cultura Justa. Enquanto nos movemos em direção à responsabilização, continua o debate se o foco deve estar nos profissionais ou nos líderes do sistema de saúde. Como ocorre na maioria das questões difíceis na vida, as respostas corretas envolverão um equilíbrio entre demandas e paradigmas concorrentes. No fim das contas, as decisões devem se basear no que funciona melhor para promover a segurança e no que parece ser justo para todas as partes envolvidas, incluindo os pacientes, os formuladores de políticas, os líderes dos serviços de saúde e os profissionais individuais.

A cultura justa, nesse caso, é um dos pilares de uma cultura de segurança madura. Ela nos ajuda a diferenciar o que foi negligência do que foi imprudência. Assim, podemos afastar o erro deliberado do não intencional, e o que merece punição do que não merece.

Vincent e Amalberti¹⁰ alertaram que promover a segurança por meio de melhores práticas e elevação dos padrões tende a exigir um esforço adicional por parte dos profissionais da linha de frente, ao menos nas fases iniciais. Da mesma forma, é preciso dar atenção à melhoria do sistema para reduzir a carga sobre os profissionais de saúde, dando-lhes mais tempo para o monitoramento e a melhoria da segurança. Para eles, a melhoria das condições de trabalho pode envolver aperfeiçoamentos no desenho das interfaces, na ergonomia dos equipamentos e no ambiente físico de trabalho ou a redução das interrupções e distrações que aumentam bastante a propensão à ocorrência de erros.

Segundo a OMS, é necessário que as organizações se tornem resilientes, criando sistemas que se desenvolvam e reforcem a prevenção, a detecção precoce, a mitigação, diminuindo perigos e ocorrências de incidentes. Assim, ela recomenda que a cultura de segurança seja constituída

pela cultura justa, em que haja consenso sobre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, de forma não punitiva, mas que priorize a segurança, a justiça e a análise das causas; pela cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação, a notificação e que encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e notifica-los; e a cultura de aprendizagem, em que todos possam aprender com as experiências de insucesso e possam constituir uma memória em relação aos eventos passados, direcionando o aprendizado a partir deles.

Com a intenção de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, garantindo a prestação de cuidados seguros, a avaliação da cultura de segurança é vista como o passo inicial para se estabelecer um ambiente de cuidados efetivos e seguros para os pacientes.

Avaliando e medindo a cultura de segurança

A mensuração da cultura de segurança é uma avaliação que permite diagnosticar a cultura de segurança da organização, analisar seu estágio de maturidade e desenvolver seus planos para seu desenvolvimento e amadurecimento.

Instrumentos de avaliação da cultura de segurança podem auxiliar para que alcancemos um diagnóstico mais preciso acerca do estágio que nos encontramos.

A partir da avaliação, é possível identificar elementos relacionados com a percepção e com o envolvimento com as questões da segurança; se a segurança é uma prioridade na agenda dos gestores; se os profissionais estão comprometidos com a temática e se implementam ações no que se refere à segurança.

A cultura de segurança é avaliada e mensurada por meio de fatores que a caracterizam ou são indicativos da sua maturidade, no entanto, não existe um grupo comum de fatores definidos como padrões ou mais representativos para esta avaliação e mensuramento. Por isso, muitos estudos sobre cultura de segurança têm o objetivo de identificar quais são aqueles mais representativos que possam ser utilizados na sua avaliação ou caracterização¹⁴. Na ausência da definição dos fatores mais representativos para avaliação da cultura de segurança, as pesquisas com o objetivo avaliar a cultura de segurança buscam identificar esses fatores na literatura ou em grupos de estudos ou em entrevistas individuais.

Instrumentos de Avaliação da Cultura de Segurança

Entre os instrumentos mais utilizados para avaliação da cultura de segurança em serviços de saúde, estão o Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) e o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

Com adaptação transcultural para o Brasil¹⁵, o questionário HSOPSC tem por objetivo medir a percepção individual e organizacional dos atores envolvidos no cuidado com o paciente, podendo ser aplicado na organização ou em áreas específicas da organização. Adicionalmente, o HSOPSC visa:

- 1) identificar áreas cuja cultura necessite de melhorias;
- 2) avaliar a efetividade das ações implementadas para o aperfeiçoamento da segurança;
- 3) priorizar esforços para o fortalecimento da cultura de segurança;
- 4) auxiliar a organização na comparação de seus dados com os de outras organizações.

O Short Form (SAQ) 2006 é um instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas que pode ser utilizado para mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais da instituição avaliada.

O questionário é composto por duas partes: uma é formada por 41 itens que contemplam seis domínios; A outra é reservada aos dados do profissional entrevistado. Os seis domínios estão divididos da seguinte forma: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse⁴⁶.

Ao avaliar a cultura de segurança, a organização terá condição de compreender o nível de esforço necessário e planejar as ações necessárias para o desenvolvimento e a evolução para os próximos estágios de maturidade. Um conjunto de intervenções para promover a segurança do paciente, que contemple um sistema de relatos e investigação de quase falhas (*near miss*) e incidentes e, principalmente, de gerenciamento de riscos com medidas prospectivas de mapeamento das circunstâncias e fatores de risco.

Schwendimann e colaboradores¹³ relataram o aumento nos escores da cultura de segurança em um inquérito realizado em 706 unidades hospitalares, apresentando melhores resultados relativos à cultura de segurança, com redução dos riscos, maior retorno sobre os problemas relacionados a partir de rondas de segurança, maior envolvimento e participação dos líderes potenciais motivadores do fortalecimento da cultura. Entre outros pontos que podem ser considerados a partir dos processos de avaliação e fortalecimento das medidas de promoção da cultura de segurança, observa-se um melhor e mais efetivo padrão de comunicação entre profissionais da organização.

A importância da comunicação nos serviços de saúde: estratégias e ações para serviços e profissionais de saúde.

Para falarmos sobre estratégia e comunicação, é de suma importância contextualizarmos de forma reflexiva sobre o ponto de intersecção entre esses substantivos.

A comunicação é ação ou efeito de comunicar, de transmitir, enquanto a estratégia é a soma de meios desenvolvidos para conseguir algo. A partir dessa perspectiva, iniciamos a reflexão sobre a importância da relação correlativa desses substantivos, assim como, o impacto na segurança do paciente quando as organizações de saúde os consideram dissociados.

É importante lembrar que “a segurança do paciente é compreendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde¹⁸⁽¹⁸⁻²⁶⁾.

Inúmeros são os fatores que contribuem para ocorrência de erros na prática assistencial, ante a interdependência, entre os diferentes profissionais envolvidos. As instituições de saúde precisam reconhecer os pontos críticos na comunicação entre equipes, nas relações médico-paciente, nas transições do cuidado e, principalmente, nas situações de urgências ou emergenciais.

Dados da Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations 2(JCAHO) revelaram que cerca de 65% dos eventos adversos são causados por falhas na comunicação entre profissionais. Segundo Hemesat et al.¹⁹⁽⁴⁾,

A adoção de processos padronizados para comunicação verbal e escrita nos momentos de transição do cuidado, tem sido incentivada por organizações internacionais como recurso à redução da possibilidade de ocorrência de eventos adversos nos hospitais. Estudo aponta que essas estratégias minimizam as variações e padronizam o tipo de informações relevantes nos momentos de transferência, permitindo a sistematização de todo o processo, acarretando aumento da segurança, precisão, eficácia e a qualidade dos cuidados Prestados.³⁽⁶⁾

Embora pareça simples, uma transferência de alta qualidade é complexa. Para melhorar a comunicação entre profissionais, tornando a transferência de responsabilidade mais segura, ferramentas estruturadas para comunicação, utilizadas nos últimos anos, com excelentes resultados na mitigação de riscos, atendem às exigências relacionadas com a meta nacional de segurança do paciente, definida como tal em 2006 pela Joint Commission International, tornando-a obrigatória em 2010.

O mnemônico SBAR (do inglês *Situation, Background, Assessment and Recommendation*), não foi desenvolvido, a princípio, para uso em saúde, mas, sim, para uso militar, na comunicação entre oficiais dentro dos submarinos. Em 2002, no estado do Colorado, ele foi incorporado pelo médico Michael Leonard e seus colegas Doug Bonacum e Suzane Graham, do Kaiser permanente, um plano de saúde americano, como ferramenta da comunicação para equipes de resposta rápida²⁰.

O método SBAR²⁰ é aplicado inicialmente pelo emissor, proporcionando a significação da informação, tornando-a mais eficiente e de fácil entendimento para o receptor, para profissionais que compõe as equipes multidisciplinares.

É importante ressaltarmos que ferramentas de comunicação, além dos benefícios citados acima, diminuem ruídos na comunicação causados pela ausência de autonomia, ou seja, no trabalho em equipe em saúde, encontramos variedade na formação dos profissionais, sendo o médico o profissional que ocupa posição de maior autoridade, fato que pode inibir os demais membros da equipe multiprofissional – caso este que deve ser considerado, e estudos corroboram esta reflexão, demonstrando que é fundamental o desenvolvimento de programas estruturados para treinamento

em habilidades de comunicação (soft skills) para os profissionais diretamente envolvidos, assim como profissionais indiretamente envolvidos, como as áreas administrativas e de apoio.

Abaixo, a infografia em formato de tabela SBAR exemplifica a emergência transmitida ao médico:

Figura 4. Aplicação do método SBAR

O que	Como	Exemplo
S (situação)	Frase concisa sobre o problema	Olá, dr. FFF. Aqui é a enfermeira RRR, estou acompanhando o paciente PPP. Ele teve uma dor torácica de forte intensidade há cerca de dois minutos, com dispnéia e sudorese.
B (Breve histórico)	Detalhes e contexto pertinentes ao problema	É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações.
A (Avaliação)	Análise e opções consideradas	Pedi um eletrocardiograma. Minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou uma embolia de pulmão.
R (Recomendação)	Ação recomendada	É muito importante que o senhor venha imediatamente.

Outro ponto extremamente crítico na comunicação é o contato telefônico para ordem verbal de condutas ou medicamentos, assim como, informações relacionadas com achados críticos de exames laboratoriais e/ou de imagens. Para esse tema, vamos lembrar que o Ministério da Saúde, por meio da Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013⁶, define:

[...] Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV – identificação do paciente;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - promoção do ambiente seguro

A ordem verbal em situações de urgência ou emergência, assim como o contato telefônico, passam por várias situações de riscos com necessidade de métodos, protocolos e estratégias para mitigação deles. Assim, já que a confirmação das informações e solicitações é a melhor forma de proporcionar segurança nos momentos mais críticos da comunicação, uma técnica muito utilizada e reconhecida como eficiente nos serviços de saúde, que buscam proporcionar um ambiente seguro, é *Read-Back* (ler de volta). Trata-se do método de confirmação do receptor da informação, considerando os seguintes dados: marcadores de identificação segura, definidos pela instituição (não inclusos o número do quarto ou localização do paciente), informação (resultado, conduta ou medicamento), com a transcrição das informações em prontuário físico ou eletrônico, executando posteriormente a leitura de todas as informações para o receptor com a confirmação do que foi escrito e lido.

Segundo estudo de Barenfanger et al²¹, de um total de 822 contatos telefônicos realizados para recebimento de resultados críticos, 29 erros (taxa 3,5%) estavam relacionados com os seguintes dados: identificação do paciente, resultado incorreto, amostras incorretas ou teste repetido. A recusa do destinatário em repetir a mensagem aumentou em 1,5% os erros relacionados anteriormente²¹.

A mensuração e o acompanhamento com relação à adesão aos protocolos nas organizações são tão importantes quanto a implantação, pois, mediante acompanhamento é que ocorre a identificação das melhorias e grau maturidade da instituição relacionada com a segurança do paciente. Para isso, podemos ter como exemplo a metodologia da JCAHO em que os elementos são mensurados da seguinte forma:

1. Prescrição completa ou resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, e anotados na íntegra por quem recebe a prescrição ou resultado de exame.
2. Prescrição completa e resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, relidos na íntegra pelo receptor da prescrição ou resultado do exame.
3. Prescrição ou resultado de exame confirmados pelo indivíduo que fez a solicitação ou transmitiu o resultado do exame.

O monitoramento dessas informações, assim como, os indicadores acompanhados pelo setor de qualidade e/ou gerenciamento de risco das instituições, deve ocorrer de forma sistemática, preferencialmente por meio de escuta de ligações gravadas e auditoria dos prontuários para evidenciar o registro seguro das informações, considerando esse meio a forma preditiva de gerenciamento,

mas não se deve desconsiderar o acompanhamento das notificações registradas no Núcleo de Segurança do Paciente, visto que este poderá indicar uma necessidade de reformular o processo de registro das ordens verbais.

Outro ponto importante ainda nesse tema é o envolvimento da alta liderança nesse acompanhamento, tendo como principal intuito, a identificação de desvios relacionados com a falta de adesão por parte das equipes multidisciplinares, abordagens ofensivas ou reativas dos envolvidos na metodologia *Read-Back*, indicando, assim, oportunidade no desenvolvimento da maturidade das equipes, proporcionando uma excelente ferramenta de gestão para os líderes, o *feedback* e comportamento seguro, sendo este último um dos melhores métodos de engajamento de equipes.

Para encerrarmos este capítulo, convidamos a todos para refletir sobre a posição do paciente nesse contexto de comunicação e estratégia, sendo o paciente o nosso objetivo principal.

O envolvimento do paciente e seu engajamento no processo do cuidado, com objetivo de atender às necessidades e envolvê-los como parceiros em seus cuidados, é, sem dúvida, uma das importantes medidas para segurança assistencial. Dessa forma, torna-se imperativa a necessidade das organizações de saúde, assim como, os profissionais da área, reconhecerem a comunicação clara e objetiva com os pacientes, como barreira preventiva *sine qua non*, pois, fortalece a segurança e contribui para a redução dos riscos, estabelecendo a alça de comunicação fechada e segura (organização – paciente – profissionais), além de proporcionar um ambiente mais seguro e mais saudável emocionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do cuidado de saúde, como a de qualquer outra indústria, inevitavelmente, traz novos riscos e benefícios. Alguns riscos surgem diretamente da forma como as organizações desenvolvem sua cultura.

É imperioso que a cultura de segurança seja uma prioridade para as organizações de saúde e, especialmente, que não fique restrita à área hospitalar. Para tanto, uma convergência de atores deve se empenhar para que haja maiores esforços pela segurança do paciente.

O desenvolvimento de ações que apoiem a construção de uma cultura de segurança, na qual os profissionais possam compartilhar a informação livremente, com o apoio da liderança, desenvolvendo uma cultura franca e justa, ou seja, que se evitem acusações, mas preserve o aspecto da responsabilidade pessoal; que se realize uma avaliação da cultura de segurança utilizando-se instrumento validado e verifique se os resultados demonstram a existência de uma cultura franca e justa na instituição são passos primordiais para avançarmos na direção de um sistema de saúde mais seguro no Brasil.

A adoção de condutas que apoiem uma cultura na qual os profissionais possam se sentir encoraja-

dos e engajados para participar depende de muitas variáveis, sendo responsabilidade dos líderes motivar e desenvolver as ações necessárias para a promoção de uma cultura madura e segura.

A comunicação deve ser promovida para que haja maior eficácia ante o risco de causarmos danos aos nossos pacientes, só assim avançaremos com vigor e consistência na direção da qualidade e da segurança do paciente. Essa é uma tarefa de todos nós.

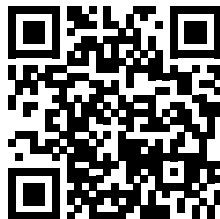
Referências

1. Nassar P. História e cultura organizacional. *Comunicação Empresarial*. 2000;36:33-40.
2. Robbins SP. *Fundamentos do Comportamento Organizacional*. São Paulo: Pearson; 2008.
3. International Atomic Energy Agency. *Developing Safety Culture In Nuclear Activities: Practical Suggestions to Assist Progress* [Internet]. Vienna: International Atomic Energy Agency; 1998 [cited 2021 Aug 31]. Safety Reports Series. Available from: wwwpub.iaea.org/MTCD/publication/PDF/Pub882_web.pdf.
4. Watcher RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
5. Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, Hampshire: Ashgate; 1997.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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 jul. 2013; Seção 1:36.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4.
8. Hudson P. Aviation safety culture. *Safeski*. 2001:1-23.
9. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(2):156-65. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
10. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Open; 2016.
11. Reason JT. *Human error*. Nova York: Cambridge University Press; 1990.
12. Wachter RM. Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. *BMJ Qual Saf*. 22(2):176-80.

13. Wachter RM, Pronovost PJ. Balancing “No Blame” with Accountability in Patient Safety. *N Engl J Med*. 2009;361(14):1401-6.
14. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Saf Sci*. 2007;45(6):653-67.
15. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 27];26(3):455-68. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
16. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2021 Sep 27];20(3):[8 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fF6MjHxDxsc7VJhhRpWdRsy/?lang=pt&format=pdf>
17. Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB. A Closer Look at Associations Between Hospital Leadership Walkrounds and Patient Safety Climate and Risk Reduction: A Cross-Sectional Study. *Am J Med Qual*. 2013;28(5):414-21. doi: 10.1177/1062860612473635
18. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26. doi: 10.1093/intqhc/mzn057
19. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha de Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 27];36(4):43-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
20. Nogueira J, Rodrigues M. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):630-4.
21. Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL, Collins SM, Hacek DM, Peterson LR. Improving Patient Safety by Repeating (Read-Back) Telephone Reports of Critical Information. *Am J Clin Pathol*. 2004;121:801-803.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



EIXO 3
QUALIDADE, CULTURA DE SEGURANÇA, COMUNICAÇÃO,
CIÊNCIA DA MELHORIA, PROCESSOS E RESULTADOS DE
SEGURANÇA E LIDERANÇA

MEDIÇÃO E TESTES DE
MUDANÇA EM PEQUENA
ESCALA: ESTRATÉGIAS PARA
MELHORAR A QUALIDADE
E A SEGURANÇA NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

Sara Monteiro de Moraes¹

1. Médica. Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, com ênfase em Gestão da Assistência e Segurança do Paciente. Especialista em Melhoria pelo Institute for Healthcare Improvement. Atualmente, exerce a função de chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco Assistencial no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, filial Ebserh. <http://lattes.cnpq.br/9726571629447131>. sarammoraes@yahoo.com.br

Resumo

A abordagem básica da melhoria da qualidade em saúde inclui identificação do problema, compreensão das causas, elaboração de uma teoria de mudança, identificação e teste de soluções potenciais, e implementação das mudanças que resultaram em melhorias. A mensuração de dados faz parte de quase todas as etapas desse processo e favorece o aprendizado para a melhoria. O Modelo de Melhoria, que propõe a realização de testes em pequena escala associados a atividades simultâneas de medição do impacto, aumenta as chances de que os objetivos sejam alcançados e de que as ideias sejam mais amplamente adotadas. Esse modelo reforça as conexões entre medição e melhoria, uma vez que a medição de dados integra as etapas do ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act* – Planejar-Fazer-Estudar-Agir), sendo fundamental para responder à pergunta: “Como saberemos se uma mudança é uma melhoria?”. Além disso, a incorporação de programas de monitoramento de indicadores pelos serviços de saúde é uma das principais estratégias atuais de medição para melhoria, permitindo a avaliação do desempenho atual e o planejamento e a execução de ações de melhoria, além de favorecer a responsabilização e a transparência dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Melhoria contínua da qualidade. Avaliação de resultados em cuidados de saúde.

INTRODUÇÃO

Infelizmente, existe uma distância considerável entre o conhecimento científico atual sobre as melhores práticas clínicas e os cuidados reais que são oferecidos aos pacientes em nossos sistemas de saúde¹. Além da dificuldade de acesso a alguns recursos, os pacientes são, rotineiramente, expostos a amplas e inexplicáveis variações na qualidade do atendimento e, frequentemente, sofrem danos evitáveis provenientes dos cuidados que recebem^{1,2}.

Nas últimas décadas, a compreensão sobre como melhorar os serviços de saúde, de modo a reduzir essa distância entre o conhecimento e a prática e a eliminar os danos evitáveis e a variação na qualidade dos cuidados ofertados, passou a ser entendida como uma ciência³. A Ciência da Melhoria – que é aplicável a outras áreas, além da saúde – propõe a construção de uma estrutura teórica e metodológica que dá suporte ao desenho, à implementação, à avaliação, à disseminação e à sustentabilidade da melhoria da qualidade¹. Ela combina o conhecimento especializado com métodos e ferramentas de melhoria e enfatiza a inovação, os ciclos rápidos de teste em campo, a

medição e o compromisso com a geração de aprendizado prático que possa ser aplicado em situações da vida real, ajudando a esclarecer quais mudanças produzem melhorias e em quais contextos⁴.

O objetivo deste artigo é apresentar os elementos fundamentais da melhoria da qualidade em saúde, com foco na utilização de estratégias de medição em qualidade e segurança e de testes em pequena escala para gerar aprendizado para melhoria.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre melhoria da qualidade, ciclos PDSA (*Plan-Do-Study-Act* – Planejar-Fazer-Estudar-Agir) e estratégias de medição para a melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde. A busca eletrônica utilizou como fonte o Medline, por meio da interface do PubMed. Para complementar a pesquisa, foi feita uma busca manual de documentos em sítios na Internet de relevância nacional e internacional para o tema e se procedeu à verificação das referências bibliográficas dos artigos e dos documentos incluídos na revisão. Apenas textos em inglês e português foram incluídos.

RESULTADO

Princípios básicos da melhoria da qualidade em saúde

A melhoria da qualidade em saúde se baseia em uma ampla variedade de métodos que compartilham alguns princípios fundamentais (Quadro 1)⁵. Essa abordagem básica é representada por etapas sequenciais e inter-relacionadas que incluem identificação do problema, compreensão das causas, elaboração de uma teoria de mudança, identificação e teste de soluções potenciais, bem como implementação das mudanças que resultaram em melhorias mensuráveis.

Quadro 1. Princípios básicos da melhoria da qualidade em saúde

Melhoria da qualidade em saúde
<p>1) Identificar o problema de qualidade</p> <p>– Questões de qualidade podem ser identificadas por diferentes meios, entre eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● notificações e queixas de usuários ou profissionais, ● desempenho de indicadores de qualidade, ● dados sobre frequência e custo dos serviços e ● relatórios de inspeções e avaliações internas ou externas. <p>– Também pode ser necessário modificar os processos/serviços atuais para atender a novos padrões de qualidade, como, por exemplo, após atualizações de protocolos clínicos, ou por necessidade de reorganização dos sistemas de saúde para suprir demandas especiais, como em surtos/epidemias ou mudança no perfil de atendimento.</p>

Melhoria da qualidade em saúde

2) Entender o problema

- A após identificar um problema de qualidade, é fundamental entender a causa raiz do problema para planejar e gerar uma melhoria.
- Envolver profissionais de diversas categorias que atuam no processo/serviço em questão, incluindo os da ponta.
- Sempre que possível, envolva também o usuário, ou seja, pacientes e familiares.
- Utilize uma variedade de dados para explorar as causas do problema.
- Utilize ferramentas para auxiliar a identificação de todas as causas do problema, não apenas aquelas que são mais óbvias.
 - Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Causa e Efeito ou Espinha de Peixe, é um exemplo de uma ferramenta muito utilizada por organizações para auxiliar as equipes a explorar e visualizar as inúmeras causas que contribuem para um certo efeito ou desfecho⁶.
- Utilize ferramentas para investigar as causas mais prováveis em profundidade, como entrevistas com pacientes ou colaboradores, pesquisas e mapeamento de processos.
 - O mapeamento de processos é uma ferramenta utilizada para mapear cada etapa de um processo. É especialmente útil como uma ferramenta para envolver a equipe na compreensão de como as diferentes etapas se encaixam, quais etapas agregam valor ao processo e onde pode haver desperdício ou atrasos. O mapeamento das jornadas dos pacientes é importante para identificar quaisquer problemas de qualidade que ocorram nas interfaces entre equipes, setores e organizações. O mapeamento de um processo pode ser representado visualmente em um fluxograma⁶.

3) Projetar melhorias

- Desenvolva um objetivo específico e metas claras e mensuráveis.
- Considere quaisquer desafios que precisem ser enfrentados para que a intervenção atinja seus objetivos.
- Identifique soluções/intervenções para as causas do problema de qualidade.
 - Diagrama direcionador é uma ferramenta útil para capturar esses problemas-chave e identificar as atividades necessárias para resolvê-los⁶. Eles são úteis para demonstrar como as soluções se vinculam ao(s) objetivo(s) estratégico(s) e como todas as mudanças menores se somam para alcançá-lo. Isso pode ajudar a motivar as equipes, demonstrando a importância do papel de cada um na melhoria.
 - O modelo lógico, que apresenta uma teoria de mudança sobre como uma intervenção deve funcionar, também pode ser utilizado⁷.
 - Ao identificar uma intervenção, é útil observar como outras equipes abordaram desafios de melhoria semelhantes. Além de fornecer insights sobre o que funcionou e o que não funcionou em outros contextos, pode ajudar a evitar o risco de “reinventar a roda”, repetindo o trabalho que já foi realizado em outro lugar.

Melhoria da qualidade em saúde

4) Testar soluções potenciais, usar dados para medir o impacto de cada teste e refinar gradualmente a solução para o problema

- Ao testar as intervenções, planeje como os testes vão acontecer, estabelecendo responsáveis por cada etapa.
- Utilize uma combinação de medidas (indicadores) para avaliar o impacto de uma mudança.
 - Tenha medidas de processo e resultado e, quando necessário, medidas de equilíbrio. Boas medidas estão ligadas ao seu objetivo e refletem como o objetivo é alcançado⁸.
- Faça previsões sobre os possíveis resultados das intervenções.
- Compare os resultados alcançados com os preditos.
- Utilize o aprendizado gerado com cada teste para refinar a solução para o problema.
 - O ciclo PDSA é uma ferramenta útil para documentar um teste de mudança em todas as suas etapas: “Plan” (Planejar) – a equipe desenvolve um plano para testar a mudança; “Do” (Fazer) – realiza o teste; “Study” (Estudar) – observa, analisa e aprende com o teste; e “Act” (Agir) – determina se e quais modificações serão necessárias fazer para o próximo ciclo de teste⁽⁶⁾. Na maioria das ações de melhoria, as equipes testam várias mudanças diferentes e cada mudança pode passar por vários ciclos de PDSA.

5) Implementar a solução

- A implementação bem-sucedida da intervenção dependerá do contexto do serviço ou organização que está fazendo a mudança.
- É importante criar as condições certas para a melhoria e isso inclui o apoio da alta gestão, profissionais da ponta e paciente/familiares engajados, além do acesso a habilidades e recursos apropriados.
- Continue medindo o desempenho para garantir que a intervenção e os resultados sejam sustentados como parte da prática padrão.

Fonte: elaboração própria. Adaptado de Jones, Kwong e Warburton⁵.

Estratégias de medição e o uso de dados fazem parte de quase todas as etapas do processo de melhoria da qualidade e favorecem o aprendizado para a melhoria. Por exemplo, a análise de dados pode ajudar, por exemplo, na identificação de quais problemas ou oportunidades de melhoria precisam de atenção. Pode, ainda, fornecer informações sobre o processo de atendimento atual para o melhor entendimento da extensão e da natureza do problema. A coleta de dados ao longo do tempo permite a comparação do desempenho anterior com aquele obtido após alterações terem sido introduzidas. Finalmente, a medição torna-se particularmente útil após a implementação de um processo novo e aprimorado, pois permite entender até em que ponto ele está sendo utilizado e qual foi o impacto nos pacientes, profissionais, custos e assim por diante⁹.

Em outras palavras, melhoria requer medição. Segundo Nelson e colaboradores, elas “são os dois lados de uma mesma moeda”¹⁰. Na prática, isso quer dizer que, para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados oferecidos, os serviços de saúde precisam estar envolvidos na coleta e medição de dados¹¹.

Medir para melhorar

Um dos precursores das práticas de medição de resultados, monitoramento de desempenho e divulgação de relatórios transparentes em saúde foi Ernest Codman (1869-1940). Enquanto era cirurgião da equipe do Massachusetts General Hospital, Codman rastreou dados dos pacientes atendidos por ele para identificar erros no diagnóstico, tratamento ou quaisquer outros fatores que influenciavam os resultados. A análise do que chamou de “sistema de resultados finais” gerava aprendizado para melhorar a qualidade de futuros atendimentos. Ele defendia que esses dados estivessem disponíveis para toda a equipe e a diretoria do hospital e que fossem compartilhados com o público para que o desempenho de médicos e hospitais pudesse ser comparado¹².

Em 1966, o médico e pesquisador Avedis Donabedian, influenciado pelas ideias de Codman, propôs um modelo de avaliação e medição da qualidade do atendimento em saúde que abordava, além dos resultados, aspectos relacionados com a estrutura e processo¹³. Nesse modelo, estrutura refere-se à disponibilidade e adequação de instalações e recursos humanos nas instituições de saúde e processo envolve aspectos técnicos e interpessoais da prestação do cuidado, como, por exemplo, se um tratamento segue as boas práticas acordadas. Donabedian alertou contra a medição da qualidade da assistência em saúde medindo apenas eventos raros, como mortes, e acreditava que o foco deveria ser a melhoria dos processos¹².

Posteriormente, em 1997, Solberg e colaboradores descreveram o que chamaram de as três faces da medição de desempenho: pesquisa, prestação de contas e melhoria⁹. Eles defenderam que era fundamental compreender o que estava sendo medido e o porquê, uma vez que isso determinava como o processo de medição seria abordado.

Em geral, a comunidade acadêmica está mais familiarizada com a medição para pesquisas, nas quais, a partir de uma hipótese fixa, testes estatísticos são aplicados a grandes amostras de dados, visando desenvolver um conhecimento novo. Ela é normalmente mais lenta, cara e elaborada e, por isso, pode ser menos útil no processo diário de melhoria em serviços de saúde individuais. Por outro lado, gerentes de serviços de saúde e aqueles em funções mais estratégicas podem estar mais familiarizados com a medição para prestação de contas. Nesse contexto, a comparação do desempenho atual com o de outras instituições, ou com o que é considerado ideal ou aceitável, pode servir de estímulo para o trabalho de melhoria interna^{8,9}.

A medição para melhoria apresenta algumas diferenças. Estratégias de melhoria que englobam o conceito de teste sequencial implicam a necessidade de haver disposição para alterar frequentemente a hipótese, conforme você aprende mais com cada teste, e uma aceitação de dados “apenas o suficiente” em vez de “amostras perfeitas”⁹,

concentrando-se em um conjunto limitado, gerenciável e significativo de medidas iniciais¹⁰. Ela parte das melhores evidências de cuidado disponíveis e busca responder à pergunta “como fazemos isso funcionar aqui?”^{8,9}.

Apesar de as estratégias de medição para melhoria se assemelharem mais àquelas para prestação de contas do que para pesquisa, algumas diferenças devem ser consideradas. Como os dados para prestação de contas têm o objetivo de revelar e comparar o desempenho de serviços de saúde, eles devem seguir maior rigor quanto à precisão e validade. Esses requisitos têm várias consequências, como exigir maiores amostras de dados, o que aumenta a carga de trabalho associada à coleta de informações, implicando maiores custos e recursos de tempo, tanto para obter os dados quanto para disponibilizá-los⁹.

Atividades de medição importantes incluem o desenvolvimento de definições claras, com critérios de inclusão e de exclusão; protocolos de coleta de dados; estratégias de amostragem; e procedimentos para coleta, registro e análise dos dados¹⁴. Na prática, as estratégias de medição relacionadas com ações de melhoria devem favorecer a coleta de dados periódicos de forma sustentada ao longo do tempo e ter uma articulação direta entre as medições que estão sendo coletadas e o que se pretende alcançar.

Considerando que coleta, análise e elaboração de relatórios podem consumir tempo e recursos valiosos da equipe, apenas dados relevantes devem ser coletados; e, sempre que possível, deve-se utilizar uma amostra para a extrapolação de dados¹⁴. Para uma análise longitudinal, os dados obtidos devem ser plotados ao longo do tempo, utilizando-se, por exemplo, gráficos de tendências¹⁵.

Nelson e colaboradores¹⁰ estabeleceram oito princípios para uso de dados para apoiar a melhoria em serviços de saúde: 1) buscar utilidade na medição, não perfeição; 2) usar um conjunto equilibrado de medidas de processo, resultado e custo; 3) manter a medição simples, coletando apenas o que for preciso; 4) usar dados qualitativos e quantitativos para capturar questões objetivas e subjetivas; 5) escrever as definições operacionais das medidas; 6) medir amostras pequenas e representativas; 7) incorporar medição no trabalho diário; e 8) desenvolver uma equipe de medição.

Uso de indicadores de qualidade e segurança em saúde

Indicador de qualidade em saúde é definido como uma medida quantitativa sobre algum aspecto do cuidado do paciente¹⁶. A construção e a utilização de indicadores pelos serviços de saúde são uma das principais estratégias atuais de medição na busca de melhorias na qualidade e na segurança dos cuidados. A incorporação do uso sistemático de indicadores permite, por exemplo, o monitoramento do desempenho e o planejamento e execução de ações de melhoria, seja em nível local ou sistêmico^{9,17,18}.

Os indicadores podem abordar diferentes questões e fornecer diferentes tipos de informação sobre a qualidade⁸. Frequentemente, os indicadores incluem medidas de resultado e processo. As medidas de resultado refletem o impacto direto do cuidado no paciente. São exemplos de indicadores de resultados dentro da área de qualidade e segurança em saúde: a taxa de infecção de sítio cirúrgico e a incidência de lesões por pressão no cuidado hospitalar. Por outro lado, as medidas de processo refletem a maneira como os sistemas e processos funcionam para entregar o resultado desejado. Nesse caso, os exemplos são a porcentagem de conformidade da lavagem das mãos e a porcentagem de pacientes que foram avaliados quanto ao risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

À primeira vista, pode parecer que apenas os indicadores de resultado importam em saúde e que os indicadores de processo podem ser considerados irrelevantes, desde que bons resultados sejam alcançados. No entanto, algumas medidas de resultado são mais difíceis de medir e, muitas vezes, sofrem o impacto das mudanças instituídas muito depois do que as medidas de estrutura e processo¹². Além disso, dados de resultados podem não esclarecer sobre como os desfechos foram alcançados ou como os processos podem ser alterados para melhorá-los⁹.

No contexto das práticas de saúde baseadas em evidências, medir os processos pode ajudar os serviços de saúde a entender se as circunstâncias em que o cuidado é ofertado estão apropriadas. Por exemplo, indicadores de processo poderiam ajudar a medir se intervenções consideradas eficazes estão sendo mal aplicadas, como é o caso de uma cirurgia com baixa taxa de infecção de sítio cirúrgico, porém, desnecessária¹⁷. Ou seja, processos confiáveis são o primeiro passo para alcançar melhores resultados⁸.

Cada indicador pode refletir diferentes dimensões da qualidade, e a definição do grupo de indicadores que será utilizado dependerá dos objetivos da medição e da disponibilidade de dados^{18,19}. Em geral, os dados para o cálculo de indicadores podem ser extraídos de bancos e sistemas de dados, clínicos ou administrativos, ou são provenientes da coleta manual por meio de instrumentos padronizados, seja em caráter observacional, entrevistas ou por meio da revisão de prontuários¹⁸. A forma de obtenção dos dados impacta diretamente na viabilidade dos programas de monitoramento, uma vez que a coleta manual de dados e/ou a construção de novos sistemas de informação podem impor uma sobrecarga de custos e trabalho que inviabiliza os esforços de medição¹⁹.

Além disso, a escolha dos indicadores que vão compor o programa de monitoramento da qualidade e segurança de um serviço de saúde deve envolver critérios de validade e relevância¹⁹. Um indicador será válido se ele for capaz de identificar uma etapa do processo ou um resultado referente à qualidade e segurança do cuidado e será rele-

vante se o monitoramento desse indicador puder ser útil para orientar uma ação para melhorar esses aspectos do cuidado.

É importante destacar que, na prática, o ideal é encontrar um equilíbrio razoável entre validade, confiabilidade e viabilidade dos dados envolvidos no cálculo dos indicadores, já que a busca por precisão e acurácia pode elevar muito os custos envolvidos na coleta e no manejo de dados^{16,19,20}. Além disso, a definição de um conjunto pequeno de indicadores pode facilitar o gerenciamento e a análise de dados¹⁸. Várias organizações e serviços de saúde têm se mobilizado para elaborar um conjunto de indicadores de qualidade e segurança. Internacionalmente, destaca-se a iniciativa da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que, em 2003, liderou nos Estados Unidos da América a formulação de um conjunto básico de indicadores de segurança do paciente, conhecidos como PSI – sigla para o termo em inglês “*Patient Safety Indicators*”²¹. Esses indicadores utilizam dados administrativos, como códigos selecionados de diagnósticos secundários da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou de procedimentos, para detectar potenciais eventos adversos evitáveis intra-hospitalares. Pela praticidade, grupos em todo o mundo adaptaram os PSI do AHRQ para uso em seus próprios sistemas de saúde²²⁻²⁴.

No Brasil, ainda não há um programa de coleta e monitoramento de indicadores padronizado e instituído em todos os hospitais^{19,25}. Entretanto, nos últimos anos, algumas iniciativas têm procurado estabelecer um grupo de indicadores em segurança e qualidade que possa ser monitorado e utilizado como base para ações de melhoria. A Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, definiu como estratégia a elaboração, a validação e a implantação de um conjunto de protocolos voltados para segurança do paciente em diferentes áreas, entre eles lesão por pressão, higiene das mãos, cirurgia segura, identificação de pacientes, prevenção de quedas e segurança na prescrição, uso e administração de medicamento²⁶. Todos esses protocolos estão publicados e propõem uma lista de indicadores de processo e de resultado para monitoramento.

Em 2015, com o objetivo de incentivar a cultura de avaliação e monitoramento da qualidade e segurança do paciente em todo o País, a Proqualis/Fiocruz publicou um relatório com um conjunto de indicadores para hospitais de pacientes agudos brasileiros, proposto após extensa revisão na literatura e validado por um grupo de especialistas. O painel original é composto por 96 indicadores de processo e de resultado, incluindo indicadores clínicos, relacionados ao uso de medicamentos, prevenção e controle de infecções, anestesia e cirurgia, ginecologia-obstetrícia e terapia intensiva de adultos¹⁹. Mais de 70% deles correspondem apenas a indicadores de segurança, o que confere a eles maior especificidade na avaliação dessa dimensão da qualidade do cuidado.

No ano seguinte, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que administra 40 hospitais universitários federais, lançou um painel de indicadores de segurança do paciente com o objetivo de permitir que gestores da rede, em diferentes instâncias, monitorem e avaliem os principais indicadores de segurança do paciente e promovam ciclos de melhoria contínua. O painel foi composto, originalmente, por 85 indicadores, sendo 27 de resultado e 58 de processo. Os indicadores foram selecionados considerando-se a legislação vigente e as melhores práticas recomendadas na área da qualidade em saúde e segurança do paciente. Do total, 43% são de coleta automática, a partir dos dados incluídos no Vigihosp (*software* próprio para notificação e gestão de incidentes em saúde), e 57% são de coleta manual²⁷. No âmbito da saúde suplementar, destaca-se o Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, uma parceria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Hospital Moinhos de Vento, por meio do programa Proadi-SUS. O projeto, que foi uma iniciativa pioneira na avaliação do desempenho das instituições hospitalares privadas do País, faz parte do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde (PM-Qualiss). Esse programa propõe a padronização de um painel de indicadores com o intuito de criar um sistema único de avaliação da qualidade dos hospitais que permita comparabilidade, disponibilização de informações para a sociedade e identificação de boas práticas e de oportunidades de melhoria. Ao final das atividades, que aconteceram ao longo do triênio 2018-2020, foram definidos 63 indicadores de diferentes dimensões da qualidade, incluindo a segurança, sendo 14 gerais e 49 relacionados com 5 linhas de cuidados consideradas prioritárias, entre elas, sepse e síndrome coronariana²⁵.

O Modelo da Melhoria

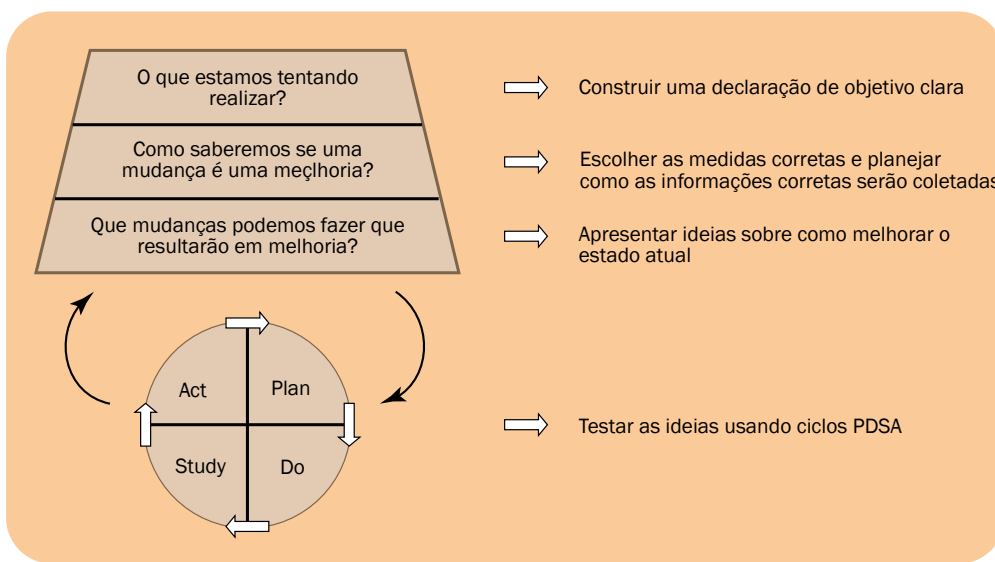
Devido à alta carga de trabalho nos serviços de saúde e à elevada complexidade associada aos cuidados, processos de mudança podem ser desgastantes para a equipe, levam tempo e, em algumas circunstâncias, podem ter custos elevados. Uma abordagem altamente arriscada, porém, muito comum em boa parte dos serviços de saúde, é dar o enfoque clássico para padronização de novos processos quando uma melhoria é demandada: desenhar, desenhar, desenhar, aprovar e implementar. Nessa abordagem, é comum que grandes decisões sejam tomadas pela alta liderança após longo tempo de planejamento, sem que nenhum teste prévio seja realizado e sem que profissionais da ponta e usuários tenham sido envolvidos no desenvolvimento dessa mudança.

Nesse contexto, vale lembrar a clássica frase de Langley e colaboradores apresentada em 1996 no *The Improvement Guide*: “Todas as melhorias exigirão mudanças, mas nem todas as mudanças resultarão em melhorias”²⁸. O impacto negativo para os servi-

ços de saúde ao implementar mudanças que não apresentam o resultado esperado, ou que encontram forte resistência entre profissionais e usuários, pode ser avassalador.

O Modelo de Melhoria, desenvolvido por Associates for Process Improvement, descreve uma abordagem alternativa para o processo de mudança que substitui o binômio “tentativa e erro” por “tentativa e aprendizado”. Esse modelo propõe a realização de testes em pequena escala associados a estratégias simultâneas de medição do impacto, aumentando as chances de que os objetivos sejam alcançados e de que as ideias sejam mais amplamente adotadas⁸. O modelo é baseado em três questões-chave e incorpora o ciclo PDSA para demonstrar se as mudanças são realmente melhorias (Figura 1)¹⁵.

Figura 1. Modelo de Melhoria



Fonte: elaboração própria. Traduzido de NHS Institute for Innovation and Improvement: The How-to Guide for Measurement for Improvement⁸.

Nesse modelo, o ciclo PDSA (planejar a mudança, fazer a mudança, estudar os resultados e agir sobre os resultados com base no que foi aprendido) está no centro do processo de melhoria. Ele constitui um método básico de aprendizagem que corresponde intimamente à natureza iterativa de fazer mudanças e avaliá-las ao longo do tempo³.

Além disso, o Modelo de Melhoria reforça as conexões entre medição e melhoria. Estratégias de medição são fundamentais para responder à segunda pergunta do modelo: “Como saberemos se uma mudança é uma melhoria?”. O processo de medição também integra as etapas do ciclo PDSA: os métodos de medição são descritos na etapa “Plan”; os dados são coletados na etapa “Do”; as informações são analisadas na etapa

“Study”; e as principais medidas são monitoradas na etapa “Act”¹⁰. Essas medidas precisam estar vinculadas a objetivos claros para demonstrar que as mudanças estão indo na direção certa⁸.

DISCUSSÃO

Para pessoas muito ocupadas, como costumam ser os profissionais da área da saúde, é tentador pensar em melhoria apenas como um conjunto de técnicas, ou associá-lo a um projeto de melhoria específico, ao invés de colocar a busca pela melhoria como uma parte intrínseca do trabalho⁸. Entretanto, a melhoria da qualidade nos serviços de saúde deve ser entendida como um esforço combinado e incessante de todos os envolvidos para fazer as mudanças que levarão a melhores resultados de saúde para os pacientes, melhor desenvolvimento profissional e melhor desempenho do sistema quanto aos cuidados oferecidos²⁹.

Quando o foco é a melhoria contínua da qualidade, é fundamental acompanhar algumas medidas ao longo do tempo para entender o desempenho atual, identificar problemas e desenvolver uma mudança que funcione bem e que possa ser disseminada⁸. O uso de indicadores de qualidade e segurança em saúde permite justamente esse monitoramento, visando orientar o desenho de ações para a melhoria de qualidade, além de favorecer a responsabilização e a transparência dos serviços de saúde^{18,25}. Essas práticas reforçam o compromisso com a sociedade para a oferta de um cuidado seguro e de qualidade e aumenta o grau de satisfação e de confiança dos pacientes e profissionais²⁷.

É importante desenvolver indicadores de qualidade e segurança do paciente com base nas melhores evidências científicas disponíveis e de adaptá-los à realidade de cada local para assegurar que eles sejam viáveis, considerando-se a capacidade dos serviços de saúde de obter dados e implementar programas de monitoramento da qualidade efetivos¹⁸. No Brasil, problemas na qualidade dos dados disponíveis ainda são um desafio e afetam a seleção e aplicabilidade de alguns indicadores em saúde. Nesse contexto, é necessário investir no desenvolvimento de capacidades locais e nos sistemas de informação já existentes, bem como em ações para melhorar as informações contidas nos prontuários dos pacientes e em bancos de dados administrativos^{18,19}.

Medição pode consumir recursos valiosos. No entanto, a melhoria requer medição, e alguns investimentos devem ser feitos para construir uma estrutura que favoreça a coleta de dados no processo de prestação de cuidados e para incorporar métodos apropriados para a análise de dados e exibição de resultados. Embora as estratégias de medição em qualidade e segurança apresentem desafios, a abordagem PDSA ajusta as ferramentas da ciência tradicional às necessidades de serviços em saúde que tentam

obter melhores resultados em ambientes do mundo real, o que ajuda a superar obstáculos, como limitação de tempo e os custos financeiros da coleta e análise dos dados¹⁰.

Outro aspecto relevante da medição em melhoria é que uso de indicadores em qualidade e segurança deve estar alinhado ao planejamento estratégico da instituição, sendo necessária uma abordagem organizacional integrada de longo prazo para promover melhorias sustentadas nos cuidados em saúde^{27,30}. Um estudo que avaliou 15 instituições de saúde da Inglaterra mostrou que aquelas que apresentavam níveis mais elevados de maturidade para a qualidade em relação à governança utilizavam dados para melhoria, e não apenas para fins regulatórios. Nessas organizações, os dados eram vinculados a ações de melhoria, e essas ações eram monitoradas. Em contraste, organizações com baixa maturidade para a qualidade foram caracterizadas por deterem um grande volume de dados, muitas vezes apresentados de forma não clara, revisados de forma isolada e não vinculados a ações de melhoria³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente demanda por eficiência e eficácia nos serviços de saúde, associada a recursos cada vez mais limitados, coloca os sistemas de saúde sob pressão significativa e contínua. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde precisam acompanhar os avanços médicos e tecnológicos e lidar com o envelhecimento da população, o aumento da incidência de doenças crônicas e o aparecimento de doenças emergentes e reemergentes. Esses desafios estão obrigando todos os envolvidos com a saúde a repensar os modelos de prestação de serviços para construir uma nova relação entre gestores e profissionais de saúde, usuários e suas comunidades³.

A saúde não realizará todo o seu potencial a menos que a mudança se torne uma parte intrínseca do trabalho de todos, todos os dias, em todas as partes do sistema. Embora todas as melhorias envolvam mudança, nem todas as mudanças são melhorias. Para saber que a mudança está produzindo melhorias, precisamos de medições precisas e poderosas do que está acontecendo⁹.

Utilizar estratégias de medição, como indicadores para o monitoramento da segurança do cuidado, é uma etapa fundamental no processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Implementar um programa global e multidimensional para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde deve ser uma prioridade dos governos e serviços de saúde em todos os níveis¹⁸.

Testar as mudanças em pequena escala antes de implementá-las é um processo poderoso de aprendizado, que permite a percepção, ainda nas fases iniciais do processo de testes, de que uma mudança pode não gerar a melhoria esperada, permitindo que

adaptações sejam realizadas precocemente, ou mesmo que uma ideia seja abandonada. Além de reduzir riscos, custos e tempo, é mais seguro e menos perturbador para pacientes e funcionários, uma vez que impactos negativos podem ser trabalhados e suavizados antes que a mudança seja aplicada mais amplamente. Além disso, nas situações nas quais os profissionais da ponta e usuários estiverem envolvidos no teste e no desenvolvimento das ideias, é provável que haverá menos resistência⁸.

Referências

1. Marshall M, Pronovost P, Dixon-Woods M. Promotion of improvement as a science. *Lancet*. 2013;381:419-421.
2. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:216-23.
3. Lucas B, Nacer H. The habits of an improver: thinking about learning for improvement in healthcare. London: Health Foundation; 2015.
4. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(supp 2):e00105815.
5. Jones B, Kwong E, Warburton W. Quality improvement made simple: what everyone should know about health care quality improvement. 3rd ed. London: Health Foundation; 2021.
6. Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit [Internet]. Boston: IHI; 2017 [cited 2021 Jul 4]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>
7. Public Health England. Guidance: introduction to logic models. PHE [Internet]. 7 Aug 2018 [cited 2021 Jul 4]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/evaluation-in-health-and-well-being-overview/introduction-to-logic-models>
8. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement. The How-to Guide for Measurement for Improvement. NHS [Internet]. 2008. Updated 2017 [cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-how-to-guide-for-measurement-for-improvement/>
9. Solberg LI, Mosser G, McDonald S. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Jt Comm J Qual Improv*. 1997;23(3):135-47.

10. Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. *Ann Intern Med.* 1998;128(6):460-6.
11. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med.* 1989;320:53-6.
12. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality. *Clin Nucl Med.* 2015;40(8):660-2.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):Suppl:166-206.
14. World Health Organization. Patient safety toolkit [Internet]. Cairo: WHO – Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/195709>
15. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Loyde PP. Tradução Petenate A. Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. *Campinas: Mercado de Letras;* 2011. 584 p.
16. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003;15:523-30.
17. Clarke A, Rao M. Developing quality indicators to assess quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2004;13:248-249.
18. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(6):1061-1078.
19. Gouvêa CSD, Travassos C, Caixeiro F, Carvalho LS, Pontes B. Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos. *Rio de Janeiro: Proqualis;* 2015.
20. Berg M, Meijerink Y, Gras M, Goossensen A, Schellekens W, Haeck, et al. Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy.* 2005;75(1):59-73.
21. Agency for Healthcare Research and Quality. *AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators.* Rockville, MD: AHRQ; 2003.
22. Raleigh VS, Cooper J, Bremner SA, Scobie S. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. *BMJ.* 2008;337:a1702.
23. Vincent C, Burnett S, Carthey J. *The measurement and monitoring of safety.* London: The Health Foundation; 2013.

24. Organisation for Economic Co-operation and Development. Measuring Patient Safety: opening the Black Box. Paris: OECD; 2018.
25. Proadi-SUS. Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 8]. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/76/indicadores>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 2021 jul 20]; Seção 1:43-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
27. Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Diretriz Ebserh para Monitoramento e Avaliação em Segurança do Paciente: Gestão Voltada para Resultados Efetivos e Seguros. Série “Diretrizes para Segurança do Paciente”. Brasília: Ebserh; 2018. v. 3
28. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP, et al. Methods for improvement. In: The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996. p. 49-138.
29. Batalden P, Davidoff F. What is ‘quality improvement’ and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care. 2007;16(1)2-3.
30. The Health Foundation. Quality improvement made simple: what everyone should know about health care quality improvement [Internet]. London: The Health Foundation; 2021 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple>
31. Jones L, Pomeroy L, Robert G, Burnett S, Anderson JE, Fulop NJ. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. BMJ Qual Saf 2017; 26:978-86.

Artigos Internacionais

O ENSINO DA SEGURANÇA DO DOENTE NOS CURSOS DE MEDICINA ENTRE 2010 E 2020 E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Miguel Castelo-Branco Sousa¹

1. Médico Doutorado; Consultor de Medicina Interna, Especialista de Medicina Interna e de Medicina Intensiva, Professor Catedrático de Medicina, Assistente Graduado Senior de Medicina. Centro Académico Clínico das Beiras: Universidade da Beira Interior e Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira. Orcid: 0000-0002-6191-5912. E-mail: mcbranco@fcsaude.ubi.pt

Resumo

O ensino e a formação sobre aspectos relacionados com a segurança do doente têm matérias que não são habitualmente apresentadas nos currículos médicos. Diversos estudos têm revelado que existe desconhecimento significativo em muitos profissionais, de diversos níveis, sobre a segurança do doente. Em 2009, a Organização Mundial da Saúde propôs a implementação generalizada (primeiro nas escolas médicas e dois anos mais tarde para todas as escolas de profissionais de saúde). O objetivo deste capítulo foi mostrar a importância do ensino da segurança do paciente nos cursos de medicina. São referidos exemplos de implementação, e descrevem-se os achados de uma revisão da literatura. Embora se reconheça a importância da segurança do doente e do seu ensino, a implementação efetiva de um programa de segurança do doente tem sido pouco relatada em termos de artigos publicados. Os promotores da segurança do doente terão que manter a sua advocacia para uma mais rápida incorporação de programa de segurança do doente de forma generalizada e eficaz.

Palavras-chave: Ensino pré-graduado; Currículo; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

Desde sempre, foi assumido que a variabilidade é uma característica inerente à medicina; nas manifestações clínicas, mas também na forma como os doentes reagem às intervenções diagnósticas e terapêuticas, existindo uma expectativa de resultado, que se pretende, e um conjunto de acontecimentos não pretendidos que se foram identificando ao longo do tempo na abordagem científica que tem vindo progressivamente a consolidar a medicina enquanto ciência.

A abordagem dos acontecimentos não pretendidos, geralmente considerados efeitos secundários potenciais, também de forma científica, veio por seu lado revelar, mais uma vez, uma grande variabilidade e permitiu uma melhor compreensão sobre os fatores associados, o que, por seu lado, possibilitou a identificação de mecanismos contributivos para a sua minimização.

Nos últimos anos da década de 1990, a noção da dimensão do problema¹ – associada a uma elevada mortalidade e à ideia de que muitos dos efeitos secundários adversos são manobráveis e de ser possível a sua redução – perpassou para um novo conceito, o da segurança do doente, que tem apresentado um papel na consolidação da medicina científica. A procura de objetivação, com a realização de trabalhos que têm tido como consequência a adaptação dos processos ou a criação de novos que

visam reduzir a probabilidade de ocorrência de efeitos secundários. O aprofundamento da compreensão permite, também, assumir que os profissionais de saúde envolvidos diretamente na linha de ação do acontecimento são, também, frequentemente, vítimas, e não culpados; e que é necessária uma abordagem sistemática para o esclarecimento cabal das verdadeiras causas dos acontecimentos, que, constantemente, estão muito para além do que parece.

A IMPORTÂNCIA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Na maioria das situações clínicas abordadas no dia a dia, a necessidade de ter um diagnóstico é chave, sendo um passo basilar de uma cadeia de acontecimentos. O diagnóstico é, geralmente, definidor de caminhos alternativos. Aumentar a precisão e a certeza do diagnóstico é fulcral, uma vez que as neurociências esclareceram aspectos relativos ao funcionamento da mente humana, identificando fatores que podem interferir e pôr em causa a sua credibilidade e particularidades que podem contribuir para a sua correção e certeza.

A segurança do doente é, por isso, também um pilar da cultura moderna de cuidar. Embora presente desde tempos imemoriais, a noção do “*primum non nocere*” estava associada à onipresente noção ética de que a intenção é sempre boa e que a nocividade associada aos cuidados, acidental e não evitável, a crescente demonstração da possível otimização e da necessidade de a procurar incorpora novos contornos em uma transformação necessária para um modo de estar e de agir que se associe ainda a melhores resultados

A evolução da medicina tem ainda um aspecto adicional que importa considerar e que tem sofrido uma evolução marcada nos últimos anos. Trata-se da quantidade de pessoas que é necessário envolver para cada situação. De fato, atualmente, os cuidados médicos implicam o envolvimento de muitas pessoas, diferentes profissões, locais e até organizações, trazendo maior complexidade e, inerentemente, mais risco. A presença de pessoas de preparação profissional diferente em uma equipe que tem que atuar de forma coordenada e coerente impõe relacionamentos intra e interprofissionais que também têm que assentar na nova cultura. De sistemas simples, passou-se a sistemas complexos, obrigando até ao desenvolvimento de novas ciências capazes de abordar essas novas entidades

Todos os aspectos referidos trazem novos conhecimentos, novas competências técnicas, novas atitudes, um profissionalismo com novas facetas, a serem incorporados na transformação das pessoas que ocorre por meio do ensino e formação, de forma a ficarem capazes de poder atuar com permissão e reconhecimento pela sociedade.

Torna-se por consequência imperativo incluir a questão da segurança do doente enquanto conteúdo e objetivo de aprendizagem nas escolas, melhorando a literacia em saúde de forma universal e incluindo os fatores relativos ao papel da pessoa, mesmo quando doente, nos seus aspectos ativos na sua segurança e do sistema de saúde.

No que diz respeito à formação de profissionais na área da saúde, torna-se fulcral a inclusão de conteúdos curriculares, aprendizagem e avaliação, relacionados com a segurança do doente, em todos os cursos que preparam pessoas para o exercício de profissões na área da saúde, acrescentando aos conhecimentos e competências já integrantes do currículo os referentes a trabalho em equipe, gestão da qualidade e do risco². Nesse sentido, em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentivou as escolas médicas a incluir no currículo médico as questões relativas à segurança do doente²; e, em 2011, alargou a todas as escolas de saúde a mesma recomendação³.

A convicção da necessidade de explicitar os conteúdos e objetivos relacionados com a segurança do doente foi reforçada por estudos feitos na altura envolvendo médicos internos e em que foi demonstrado o *deficit* de conhecimento significativo nas matérias de segurança do doente⁴

Começou a considerar-se que o ensino da segurança do doente devia começar nas escolas médicas, havendo diversas manifestações nesse sentido, como a carta que o Dr. Jordan Cohen, presidente da Associação das Escolas Médicas Americanas entre 1994 e 2006, escreveu, destacando a necessidade de sensibilizar e preparar os futuros profissionais de saúde para lidarem com as fontes de erro nos sistemas de saúde

A Associação Europeia de Educação Médica (Association for Medical Education in Europe – AMEE), em 2007, apelou pela inclusão da segurança dos doentes no currículo das escolas médicas começando no primeiro ano⁵.

A OMS, em 2009, publicou o *WHO Patient Safety Guide for Medical Schools*.

O manual inclui 11 tópicos derivados do *Australian Patient Safety Education Framework*:

- Tópico 1 – o que é a segurança do doente?
- Tópico 2 – o que são fatores humanos e por que são importantes para a segurança do doente?
- Tópico 3 – Compreender sistemas de cuidados de saúde e o impacto da complexidade nos cuidados aos doentes
- Tópico 4 – Participar ativamente nas equipas de saúde
- Tópico 5 – Compreender e aprender com os erros
- Tópico 6 – Compreender e gerir riscos clínicos
- Tópico 7 – Introdução à metodologia de melhoria da qualidade

- Tópico 8 – Envolvendo-se com doentes e cuidadores
- Tópico 9 – Minimizar a infecção por meio de práticas de controle de infecção
- Tópico 10 – Segurança do doente e procedimentos invasivos
- Tópico 11 – Melhorando a segurança do medicamento

Estes são organizados para sessões com a duração de 90 minutos que podem ser utilizadas diretamente ou como base para o ensino dos conteúdos relacionados. O Manual inclui ainda sugestões de aplicação e avaliação.

Com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICT/ Fiocruz), em 2011, foi desenvolvida uma versão portuguesa designada “Introdução a Investigação sobre a segurança do doente” que contou com reputados docentes de ambas as instituições, importantes líderes no que a segurança do doente diz respeito nos respectivos países. O processo de tradução e adaptação para os aspectos culturais dos países de língua portuguesa – Brasil, Portugal, Angola, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste – foi desenvolvido no âmbito das referidas instituições e coordenado pelos Professores Paulo Sousa e Cláudia Travassos⁶, tendo sido apoiado pela rede ePortuguese da OMS. Os *webinars* da sua versão *on-line* ainda hoje estão disponíveis no Proqualis.

Seguidamente, ver-se-á o processo de implementação do programa da segurança do doente no exemplo do Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior.

A EXPERIÊNCIA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

O Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior foi criado em 1998 e iniciou atividades em 2001. O seu currículo e a organização do processo de aprendizagem e avaliação foram feitos respondendo aos desafios de mudança no ensino da medicina que decorreram nos finais do século passado, visando assegurar que os médicos são formados no intuito de poder contribuir mais efetivamente para a melhoria da saúde das populações em uma perspectiva de uma saúde cada vez mais globalizada. No seu desenho, foram valorizadas as questões relacionadas com as competências técnicas e as atitudes profissionais, incluindo as relacionais.

Desde o início do programa do Laboratório de Competências, foram incluídos aspectos relacionados com a segurança do doente, como, por exemplo, a higiene das mãos ou a correta identificação do doente, ou o consentimento informado. Esses componentes surgiam em todas as competências que implicavam doentes; no entanto, uma abordagem holística e mais alargada foi implementada pela adoção da proposta da OMS.

O processo de adaptação do currículo envolveu uma revisão extensiva, o mapeamento dos conteúdos já cobertos e a definição das unidades curriculares em que os novos componentes foram introduzidos, bem como a definição dos processos de avaliação e os pesos relativos a eles. Requereu o envolvimento dos docentes das diversas áreas. Foi um processo desenhado para ser implementado em dois anos, implicou a criação de conteúdos temporários desenhados para serem usados durante o processo de transição que se pretendeu ser o mais rápido possível

Assim, no ano letivo de 2010-11, pela primeira vez, foi implementado o programa revisto:

Em novembro de 2012, foi manifestado o apoio da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior ao programa da OMS. Ainda em 2012, foi subscrito um protocolo com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e implementado o seu programa de *e-learning* de segurança do doente na faculdade, por intermédio do uso dos 16 módulos que dão direito ao Certificado Básico do IHI:

- Sete módulos sobre Segurança do Doente (PS100 a 107);
- Um módulo sobre Qualidade, custo e valor (QCV101);
- Um módulo sobre liderança (L101);
- Um módulo sobre Cuidados centrados na pessoa e na família (PFC101);
- Seis módulos sobre Melhoria da qualidade (QI101-106).

Nos últimos dois anos, foi introduzido um novo módulo sobre “Precisão diagnóstica” abordando os aspectos relacionados com o raciocínio clínico e os processos que possam aumentar a segurança e a credibilidade do diagnóstico.

Esses módulos foram integrados nos seis anos do currículo do Mestrado Integrado em Medicina, seguindo a estratégia sugerida pela OMS e encaixando na estratégia curricular do Mestrado Integrado em Medicina – que, desde que ficou disponível, passou também a se usar os *webinars* traduzidos para português referidos anteriormente.

Para além do reforço contextual devido à presença de componentes explícitos de segurança do doente em todos os conteúdos do LaC, adicionalmente ao curso em *e-learning* nos três primeiros anos do curso, são feitas discussões de casos clínicos em pequenos grupos (Small-Grup Teaching – SGT), usando casos e questões de discussão adaptadas de material fornecido pelo IHI.

A avaliação dos conhecimentos e competências no Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior é feita por meio da utilização de múltiplos instrumentos de avaliação selecionados de forma a serem adequados para os aspectos em análise:

- Participação ativa nas discussões;
- Trabalhos de reflexão escritos individuais;
- Trabalhos de aplicação de conceitos em grupo;
- Questões de resposta de múltipla escolha;
- Simulação usando *role-playing*;
- Aplicação de competências em simulação avançada;
- Realização de Avaliações Integradas de tipo OSCE (Objective Structured Clinical Examination);
- Cursos *on-line*.

Os pesos relativos e os critérios de aprovação são clarificados para cada Unidade Curricular. O programa é obrigatório para todos os alunos sendo indispensável a sua aprovação para conclusão do Curso de Medicina.

Além da Universidade da Beira Interior, sabe-se que o Curso de Medicina da Universidade do Algarve também adotou o programa da OMS. Em 2015, o Dr. Jorge Manuel da Fonseca, na sua dissertação de Mestrado em Segurança do doente da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, analisou o impacto da implementação do *World Health Organization Multi-Professional Patient Safety Curriculum* no conhecimento, competências e atitudes dos estudantes de medicina da Universidade do Algarve, concluindo que o currículo da OMS proporciona uma boa matriz organizacional para o ensino da segurança do doente⁷.

Dos outros programas de curso de medicina em Portugal, não há explicitação da adoção do programa ou da implementação de programa estruturado de segurança do doente, sabendo-se que, em algumas, pela voz dos seus responsáveis, não havia, ainda, intenção de implementação.

O documento criado em 2005 por um grupo de trabalho, visando à definição dos conhecimentos e competências nucleares dos, então, licenciados no fim do curso, “O licenciado médico em Portugal”⁸, não traz nenhuma referência à segurança do doente. No entanto, a data de elaboração é anterior ao movimento desenvolvido pela OMS. Em 2020, o documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal” foi revisto e já inclui a segurança do doente⁹.

Como tem sido a implementação do programa proposto pela OMS noutros países? Foi feita uma pesquisa na PubMed e encontram-se 135 artigos dos quais a maioria não aborda a questão concretamente. Dos que o fazem, em um total de 3, é referido que, apesar do tempo já passado, poucas escolas de profissionais de saúde incluíram no currículo a segurança do doente¹⁰. Sarah Elthon, da Universidade do Canal do Suez, no Egito, relata que analisou a opinião dos estudantes sobre 3 dos 11 tópicos (O que é a

segurança do doente, minimização da infecção e segurança da medicação), aplicando um questionário antes do processo de ensino (baseado em Problem Based Learning – PBL) e depois tendo obtido bons níveis de satisfação¹⁰.

Liane Ginsburg et al. publicaram, em 2017, uma análise feita com questionários aplicados a técnicos dos ministérios da saúde e da OMS em diversos países, obtendo como resultado a confirmação da aceitação da existência de um programa de segurança do doente (30/44), mas quanto à implementação, apenas uma pequena parte (4/44) já o fez¹¹. Os autores concluem sobre a necessidade de desenvolver lideranças promotoras da segurança dos doentes.

A AMEE, em dezembro de 2020, criou um Grupo de Interesses Especial (SIG) sobre segurança do doente e qualidade, reconhecendo a sua relevância e visando à otimização do programa educacional sobre essas matérias¹².

O número de artigos publicados sobre a implementação do programa de segurança do doente é bastante baixo, deixando, por isso, muita insegurança da quantificação do esforço realizado. Nos poucos artigos sobre o assunto, parece evidenciar-se que, à semelhança de outras reformas no passado, apesar da concordância na sua necessidade, denota-se a existência de uma resistência à incorporação da segurança dos doentes no currículo das escolas de profissionais de saúde. Será importante, dessa forma, haver lideranças promotoras e, se possível, assunção em sede de plano de ação. Tal fato vai ser a estratégia que Portugal vai seguir ao incluir no Plano Nacional de Segurança do Doente para os próximos anos o tópico do ensino da segurança do doente nos programas de formação inicial dos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

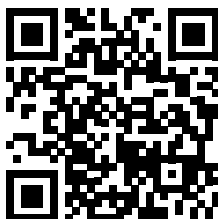
Apesar de passados 12 anos da publicação do *WHO Patient Safety Guide for Medical Schools*, há pouca evidência sobre a implementação estruturada do currículo de segurança do doente nas escolas médicas e, particularmente, sobre o seu impacto. Sendo a segurança do doente, atualmente, considerada como estruturante aos cuidados de saúde, é necessário continuar o movimento para a implementação sistemática do currículo e a sua valorização.

REFERÊNCIAS

1. King ME. To err is human. *Pharmaceutical Journal*. 2009;283. 650 p.
2. World Health Organization. World alliance for patient safety: WHO patient safety curriculum guide for medical schools [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited Oct 23]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf
3. World Health Organization. Patient safety curriculum guide – Multi-professional edition. Geneva: Who; 2011;
4. Kerfoot BP, Conlin PR, Trivison TT, McMahon GT. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1150-4.
5. Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Med Teach*. 2007;29(1):60-1.
6. Proqualis. Curso on-line da OMS “Introdução à investigação sobre a segurança do paciente” [Internet]. 2011 [citado 2021 out 23]. [S. l.]: Icict. Disponível em: <http://proqualis.net/noticias/curso-line-da-oms-introdução-à-investigação-sobre-segurança-do-paciente>
7. Fonseca JM. The world Health Organization Multi Professional Patient safety Currucul Implementation of Key Modules and its impact on patient safety knowledge, skills anda atitudes of medical students at the University of Algarve. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2015.
8. Victorino RM, Jolie C, McKimm J. O Licenciado Médico em Portugal - Core Graduates Learning Outcomes Project [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2005 [cited 2021 Oct 23]. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F2055226585/licenciadomedico_portugal2005-2.pdf
9. Conselho de Escolas Médicas Portuguesas. Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal.
10. Eltony SA, El-Sayed NH, El-Araby SES, Kassab SE. Implementation and evaluation of a patient safety course in a problem-based learning program. *Educ Heal Chang Learn Pract*. [S. l: s. d.]; 2017;30(1):44-9.
11. Ginsburg LR, Dhingra-Kumar N, Donaldson LJ. What stage are low-income and middle-income countries (LMICs) at with patient safety curriculum implementation and what are the barriers to implementation? A two-stage cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(6):1-9.
12. MedEdWorld. AMEE SIG: Patient Safety and Quality Improvement [Internet]. Scotland, UK: MedEdWorld, 2 Sep 2020 [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.mededworld.org/AMEE-News/AMEE-Articles/AMEE-SIG-Patient-Safety-and-Quality-Improvement.aspx>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA NA ÁREA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Cláudia Tartaglia Reis¹

Paulo Sousa²

Catherine Stragliotto Isoppo³

Susana Ramos⁴

1. PhD, MPH; Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz e do Proqualis – Icict, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil. Coordenadora de Planejamento e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, MG, Brasil.

2. Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Coordenador do Centro Colaborador da OMS Educação, Investigação e avaliação da qualidade e segurança do doente.

3. Pesquisadora colaboradora e Tutora no Curso Internacional de Ensino a Distância “Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente” da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

4. Enfermeira Gestora e Coordenadora do Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Tutora no Curso Internacional de Ensino a Distância “Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente” da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Resumo

A formação e o treinamento no âmbito da Segurança do Paciente assumiram grande relevância ao longo dos últimos anos como uma área prioritária no ensino da formação pré e pós-graduada em saúde. Diversos fatores interferem na educação dos profissionais de saúde. Neste capítulo, descrevem-se os desafios e as oportunidades da formação pós-graduada na área da Segurança do Paciente, enfocando as competências a serem desenvolvidas e as principais metodologias de ensino utilizadas. A formação pós-graduada é essencial para a capacitação de pesquisadores para o avanço na área da Segurança do Paciente. Para ilustrar as competências a serem desenvolvidas nos cursos de formação pós-graduada e metodologias de ensino utilizadas, apresenta-se um relato de caso. Embora a Segurança do Paciente seja um tema de crescente interesse, não se verifica uma padronização dos cursos, capacitações e temas no âmbito das organizações de saúde, sendo muitos os desafios a percorrer. É possível crer que os desenvolvimentos que têm ocorrido e que virão a ocorrer na área da Segurança do Paciente contribuirão para reforçar o tema na agenda das políticas e da ação nos diferentes sistemas de saúde por todo o mundo.

Palavras-chave: Capacitação profissional. Simulação. Currículo. Competência profissional. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A formação e o treinamento no âmbito da Segurança do Paciente assumiram grande relevância ao longo dos últimos anos como uma área prioritária no ensino da formação pré e pós-graduada em saúde. Esse fato deve-se essencialmente aos estudos que evidenciaram a magnitude dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde, o que levou à necessidade de mudança de cultura de segurança nas organizações de saúde, impulsionando, desse modo, o desenvolvimento de vários cursos e ações de formação e treinamento específicos voltados à área da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente^{1,2}.

Importa também salientar que os programas de acreditação e certificação no âmbito da Qualidade em Saúde contribuíram adicionalmente para dar o enfoque à necessidade de as organizações de saúde desenvolverem seus próprios programas de formação no âmbito da Segurança do Paciente e da melhoria contínua dos cuidados de saúde. Um dos exemplos em Portugal é o programa de acreditação do Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), que exige, entre os vários critérios constantes em seu ma-

nual, que a organização de saúde promova cursos de formação e de atualização sobre diversos temas. Práticas de prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, práticas seguras na gestão do medicamento, suporte básico e avançado de vida, segurança do profissional, segurança contra incêndio, entre outras, são alguns exemplos de temas de formações promovidas pelas organizações de saúde.

Neste capítulo, abordaremos as oportunidades e os desafios na formação pós-graduada na área da Segurança do Paciente, enfocando as competências a serem desenvolvidas e os fatores que interferem na educação dos profissionais de saúde, destacando as principais metodologias de ensino utilizadas.

Por fim, um relato de experiência de curso de pós-graduação é apresentado.

FATORES INTERFERENTES NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DO PACIENTE

A Segurança do Paciente é uma área de interesse ascendente. Entretanto, não se verifica uma padronização dos cursos, capacitações e temas no âmbito das organizações de saúde, sendo muitos os desafios a percorrer.

Uma revisão de literatura realizada por Walton, Shaw, Barnet e Ross³, sobre áreas e tópicos no âmbito da formação e treinamento em Segurança do Paciente, constatou que o tipo e os métodos de treinamento e formação que os profissionais de saúde recebem não estão bem definidos e uniformizados. A revisão de vários currículos de educação do profissional de saúde e de treinamentos no local de trabalho mostrou inúmeras lacunas, em que muitos programas de educação ainda não incorporaram elementos da Segurança do Paciente. Portanto, embora tenha havido uma grande evolução nessa matéria, existe a necessidade de investimento adequado e contínuo.

Os programas curriculares vigentes nas escolas da área da saúde, nomeadamente de medicina, enfermagem, ciências farmacêuticas e tecnologias em saúde, incidem essencialmente nas ciências básicas e na aquisição de conhecimentos técnicos de acordo com a sua área de especialização, oferecendo poucas oportunidades para a aprendizagem no âmbito das questões com enfoque na Segurança do Paciente e na melhoria contínua dos cuidados de saúde².

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao lançar os diferentes desafios e soluções para a Segurança do Paciente, despertou a atenção para a necessidade de investir na formação dos profissionais, publicando, em 2009, um guia curricular voltado à Segurança do Paciente. Inicialmente, o guia se referia apenas aos médicos; posteriormente, em 2011, ele foi atualizado para um guia multiprofissional, denominado *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional*⁴. Esse guia identificou uma lista de 11 tópi-

cos principais, inicialmente baseada no *Australian Patient Safety Education Framework*, a serem contemplados nos programas de formação dos profissionais de saúde².

A contextualização dos princípios da Segurança do Paciente e a utilização de exemplos reais para um melhor entendimento da problemática são propostas pelo guia. São também considerados vários princípios pedagógicos para o ensino e aprendizagem em Segurança do Paciente, nos quais se reforça que os ambientes de aprendizagem seguros são aqueles em que os alunos se sentem confortáveis para fazer perguntas e manifestam-se quando não entendem, de forma honesta e aberta, participando ativamente e sem ter receio de colocar questões⁴. Os diferentes temas e princípios pedagógicos propostos pelo guia são um excelente exemplo a aplicar na formação contínua dos profissionais de saúde e devem ser contemplados nos programas de formação inicial e contínua das organizações de saúde, considerando a complexidade das práticas nos ambientes de cuidados de saúde, bem como a necessidade de consciencialização dos profissionais de saúde para estas temáticas, nomeadamente:

- O conceito e a definição de segurança do paciente.
- A compreensão dos fatores humanos nas organizações de saúde.
- Os tipos de falhas de sistemas e seus efeitos nos pacientes.
- A atuação da equipe de saúde, comunicação e trabalho em equipe.
- A aprendizagem com os erros evitando danos aos pacientes.
- A utilização de ferramentas de melhoria da qualidade.
- O envolvimento dos pacientes e seus cuidadores e a cultura de comunicar a ocorrência de erros ao paciente e sua família de forma honesta e transparente.
- A Gestão do risco clínico, identificando os problemas e corrigindo outros potenciais, antes que ocorram.
- A prevenção e controle das infecções associadas aos cuidados de saúde.
- A aplicação de práticas seguras e listas de verificação em procedimentos invasivos.
- A segurança na utilização dos medicamentos.

Diante da complexidade e da variada gama de tópicos a serem trabalhados, Wu e Busch² sugerem que a Segurança do Paciente deve ser considerada uma nova ciência básica na formação dos profissionais de saúde. Os autores argumentam que preparar esses profissionais para uma prestação de cuidados de saúde mais seguros é um imperativo mundial visto que existem barreiras importantes no que diz respeito à cultura de segurança nas organizações de saúde, em que a tendência em negar a existência de erros é ainda bastante evidente.

Uma investigação sobre os cursos no âmbito da Segurança do Paciente para estudantes de medicina e médicos júniores⁵ explorou os fatores que influenciaram a im-

plementação desses cursos. Verificou-se que o conteúdo contemplado nesses cursos abrangeu, em sua maioria, conceitos-chave e enquadramento histórico sobre Segurança do Paciente (N=17; 65%), bem como a análise da causa raiz de incidentes de segurança do paciente ou análise baseada em sistemas (N=16; 62%). As competências em comunicação e trabalho em equipe (competências não técnicas) foram contempladas em 50% (N=13) dos cursos, e os princípios e metodologias da melhoria da qualidade destacaram-se em 46% (N=12) desses. Os fatores humanos e do sistema foram referidos em alguns cursos e, com menos frequência, incluíram segurança de medicamentos, divulgação de erros e métodos e barreiras para relatar incidentes. Apenas três estudos (12%) evidenciaram conteúdos do guia curricular de Segurança do Paciente da OMS para Escolas Medicina⁵. As principais barreiras identificadas para a integração sustentável dos cursos, abrangendo o aluno, o corpo docente e as instituições, foram, nomeadamente, o envolvimento insuficiente do aluno, a falta de professores especializados, as prioridades educacionais concorrentes e uma cultura institucional sem apoio⁵. A cultura institucional foi considerada como crucial para um ambiente de aprendizagem seguro, que permita uma discussão aberta em torno de temas sensíveis, como são os eventos adversos. Igualmente, a melhoria da articulação entre as instituições de saúde e os formadores foi reconhecida como fundamental para garantir a sustentabilidade dos cursos que visaram ao envolvimento em programas de melhoria da qualidade no âmbito do curso⁵.

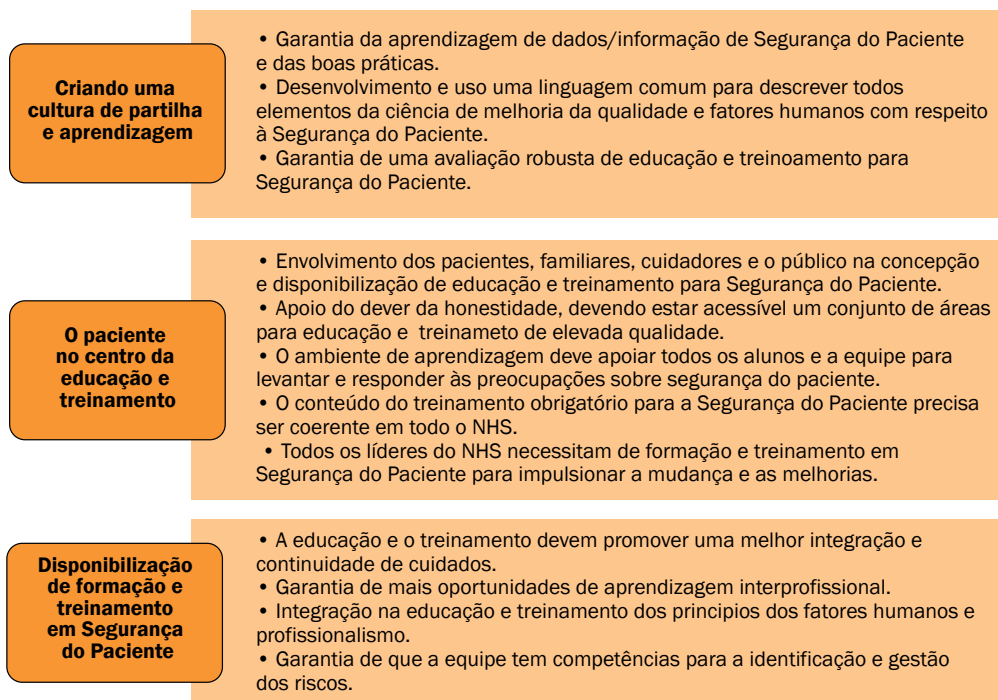
Um exemplo bem-sucedido para o desenvolvimento de um programa curricular de Medicina em Segurança do Paciente para alunos do primeiro ano foi apresentado por Thompson, Cowan, Holzmueller, Wu, Bass e Pronovost⁶. Baseado em sistemas multidisciplinares, o programa incluiu várias metas e objetivos: 1) fornecer uma estrutura prática para identificar erros; 2) identificar riscos para o paciente; 3) investigar evento adverso; 4) compreender o relato de incidentes; 5) compreender o impacto do trabalho em equipe e comunicação em segurança; 6) adquirir competências para melhorar o trabalho em equipe e a comunicação; e 7) aprender a revelar erros clínicos. Os alunos foram capazes de identificar muitos dos problemas de trabalho em equipe e de comunicação. A aprendizagem interativa foi importante para o processo de aprendizagem e, na avaliação, considerada uma experiência valiosa⁶.

Metodologias no ensino do profissional de saúde – desafios e perspectivas

A formação e o treinamento em Segurança do Paciente devem ser interativos, significativos e adaptáveis às necessidades locais. Na Inglaterra, a Health Education England, entidade responsável pelo treinamento de todos os profissionais de saúde do National Health Service (NHS), constituiu uma comissão independente para a revisão no âmbito da educação

e treinamento para a Segurança do Paciente (The Commission on Education and Training for Patient Safety, 2016)⁷. Essa comissão ressaltou em seu relatório que a educação e o treinamento na formação pré-graduada e contínua não podem apenas integrar a correta abordagem para prevenir e aprender com os erros. Ela enfatiza que os profissionais devem manter uma “mente receptiva” a novas ideias que podem melhorar a segurança dos cuidados de saúde. Foram utilizadas diferentes metodologias reunindo evidências por meio de grupo focal, entrevistas, visitas regionais e pesquisas *on-line*, incluindo a participação de pacientes e seus familiares, cuidadores, alunos e estagiários, profissionais de saúde de todos os níveis, gestores, executivos, bem como especialistas de organizações internacionais e nacionais. Essa comissão apresentou várias recomendações, em destaque na Figura 1.

Figura 1. Recomendações no âmbito da educação e treinamento para a Segurança do Paciente



Fonte: elaboração própria com base nas recomendações no âmbito da educação e treinamento para a Segurança do Paciente do National Health Service (The Commission on Education and Training for Patient Safety, 2016)⁷.

A despeito das metodologias utilizadas, a simulação como método de ensino e de treinamento na área das ciências da saúde e no contexto da Segurança do Paciente tem-se mostrado efetiva, vindo a ter grande relevância.

Uma revisão sistemática examinou as evidências sobre as técnicas de simulação e seus efeitos sobre resultados ligados à Segurança do Paciente⁸. Os estudos demonstraram evidências de melhora no desempenho técnico e procedimental, de desempenho da equipe e da dinâmica interpessoal⁸.

Considerada uma técnica versátil, a simulação pode ser utilizada para que profissionais de saúde adquiram e desenvolvam competências técnicas (conhecimentos, desempenho físico, gestualidade, manuseio de dispositivos) e competências não técnicas (comunicação, liderança, atenção, trabalho de equipe, pensamento crítico)⁹.

Para que a simulação seja efetiva, é de grande importância a recriação de cenários, testando a atuação dos profissionais em situações raras e desafiantes, para que possam treinar e alcançar níveis mais elevados de competência, sem colocar em risco os pacientes. É também importante ter presente que a qualidade e a segurança dos cuidados dependem de vários fatores, destacando-se os fatores humanos, sendo esse recurso pedagógico o que mais se adequa para testar em segurança as dificuldades e as necessidades de treinamento e de aprendizagem⁹.

Desafios no ensino-aprendizagem do adulto profissional de saúde

A excelência no desempenho de uma profissão está intimamente relacionada com a qualidade da formação. É crescente a discussão sobre o caráter da aprendizagem no que diz respeito ao equilíbrio entre teoria e prática e o quanto os diferentes modelos educativos proporcionam, além de conhecimentos sobre a área em estudo, o ensino de competências que permitam ao profissional realizar tarefas de forma eficiente¹⁰.

A educação médica e de outras profissões da área da saúde também é parte dessa reflexão, pois um bom exercício profissional deve estar consoante não só ao conhecimento específico da teoria, mas a habilidades que proporcionem uma melhor comunicação, cuidado centrado no indivíduo, capacidade para trabalho em equipe interdisciplinar, domínio sobre a saúde pública, entre outros, incluindo a Segurança do Paciente^{11,12}.

O aprendizado de competências deve englobar conteúdos conceituais, assim como procedimentos e atitudes; é importante clarificar que o indivíduo não será classificado em competente ou não competente, mas apresentará diferentes graus de competência para a realização de diferentes tarefas, com maior ou menor eficiência. É nesse desafio que se enquadra a pergunta: como proporcionar a melhor formação para estudantes e profissionais adultos na área da saúde?¹⁰

São muitas as alternativas que estão disponíveis para ensino em resposta ao antiquado e tradicional método expositivo. Para adquirir e treinar competências em adultos, é preciso que o conteúdo apresente sentido, seja significativo e relevante e esteja de

acordo com as expectativas do indivíduo. Isso é válido para todas as propostas de ensino, seja a formação inicial ou continuada, ensino formal, informal e não formal¹⁰.

A motivação para o aprendizado está diretamente ligada ao valor que o conteúdo tem para o profissional. Um fator importante a ser considerado é que o adulto traz consigo uma bagagem de conhecimentos, além da experiência profissional e pessoal. Isso pode ser um fator positivo, quando a formação consegue complementar os saberes, ou então pode ser um aspecto negativo, a partir do momento em que a experiência prévia torna o indivíduo rígido e com dificuldades para incorporar novos conhecimentos. Deve-se considerar também que o adulto possui autoconsciência e autonomia sobre si, e isso reflete na necessidade de os alunos serem independentes e contarem com opções e escolhas durante esse processo¹³.

Devido à experiência prévia dos indivíduos, é importante considerar estratégias para que o ensino consiga alcançar as necessidades diárias para resolução de problemas profissionais ou pessoais. O adulto estará mais disposto a aprender quando o foco está na orientação para o problema e que as competências que serão adquiridas e/ou treinadas estejam voltadas para esse objetivo. Motivações intrínsecas aos alunos podem ser utilizadas para que o professor oriente e estimule a determinação e motivação em aprender¹³.

Um fator que pode ser destacado como imprescindível para o sucesso na formação de adultos é que o programa de ensino contemple o tempo e a flexibilidade para o desenvolvimento de atividades formativas, de acordo com o método utilizado^{10, 14}.

Utilizar metodologias inovadoras, como é exemplo da simulação, descrita no tópico anterior, voltadas ao ensino do adulto é uma opção para aumentar o sucesso do aprendizado com o estímulo de competências específicas. São muitas as alternativas, e a escolha deve estar de acordo com o objetivo da formação^{15,16}. Consoante à metodologia, o formato de ensino também deve ser considerado, visto que, atualmente, conta com opções desde o ensino presencial até o ensino digital, seja por Educação a Distância (EAD) ou por ensino remoto, prática que vem sendo adotada com sucesso^{17,18}. Formações que permitam uma visão realística dos problemas, que incentivam a discussão e a colaboração mútua entre profissionais, além de fomentar o valor do aprendizado, parecem ter caráter assertivo na qualidade e no alcance do objetivo do ensino proposto¹⁹.

COMPETÊNCIAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE A SEREM TREINADAS NO ÂMBITO DAS PÓS-GRADUAÇÕES

Entre as oito competências destacadas pela *European Training Foundation*, as habilidades interpessoais e de adquirir novas competências constituem um fator primor-

dial de desenvolvimento dos profissionais do futuro; e que deverá ser estimulado continuamente por meio de aprendizagem formal ou informal²⁰.

O esforço dos profissionais de saúde sempre esteve voltado para o cuidado ao paciente e com o objetivo de proporcionar o melhor resultado aos indivíduos que buscam por atendimento. Contudo, a base para o desenvolvimento das atividades em saúde geralmente está suportada por condutas éticas e conhecimentos adquiridos durante a formação, sejam elas nas graduações ou pós-graduações, que envolvem práticas baseadas em evidências para tratamento e cura de doenças. Isso significa que, para produzir melhores resultados relacionados com a segurança dos pacientes, são necessárias algumas competências às quais muitos profissionais não foram expostos durante o ensino e, por consequência, não as aplicam às rotinas de trabalho. Isso reflete a fragilidade do ensino e a necessidade de incorporação de competências nos programas de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde²¹.

Além das competências técnicas inerentes a cada profissão, são necessárias algumas habilidades que podem ser chamadas de não técnicas. Ademais, no caso da área da saúde, as habilidades que estão nos programas de formação comumente são relacionadas com a comunicação com o paciente no que se refere à abordagem sobre a doença^{21,22}.

Para além da graduação, a educação dos profissionais encontra oportunidades nos programas de pós-graduação. É crescente o número de cursos ofertados por instituições de ensino em nível global, o que expressa a ascendência da oferta e demanda pela formação na área da Segurança do Paciente. O Quadro 1 apresenta alguns exemplos de cursos oferecidos em universidades de países europeus, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá.

Quadro 1. Cursos de Pós-Graduação de Universidades de países europeus, Arábia Saudita, Austrália, EUA e Canadá

Curso	Universidade	País
Master of Science in Healthcare Quality and Patient Safety (MQPS)	Imam Abdulrahman Bin Faisal University	Arábia Saudita
Master in Global Health Care (Leading Quality and Safety)	Flinders University	Austrália
Quality Improvement and Patient Safety	University of Toronto	Canada
The Master of Science in Healthcare Quality (MSchQ)	Queen's University	Canadá
Máster en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial	Universitat Autònoma de Barcelona	Espanha

Master en calidad asistencial y seguridad del paciente (ensino a distancia)	Instituto Europeo	Espanha
Gestión de la Calidad en Servicios de Salud	Universidad de Murcia	Espanha
Master inter-Universitario en seguridad del paciente y calidad asistencial	Universidade Miguel Hernandez, Alicante	Espanha
Master en Seguridad del paciente	Universidade de la Rioja, Madrid	Espanha
Master in Healthcare Quality and Patient Safety	Universidade de Northwestern	EUA
Master in Patient safety and Healthcare quality	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health	EUA
Master in Healthcare Quality and Safety	Thomas Jefferson University	EUA
MSHS in Health Care Quality (online)	The George Washington University	EUA
Master of Science in Healthcare Quality and Safety	Jacksonville University	EUA
MS in Quality, Safety and Risk Management in Healthcare	Drexel University	EUA
Master of Healthcare Quality and Safety (MHQS)	Harvard Medical School	EUA
Master in Human Factors in Patient Safety	Royal College of Surgeons in Ireland	Irlanda
Master Universitario in Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente	Università degli Studi di Verona	Itália
Master in Quality and Safety in Health	Imperial College of London	Reino Unido
Master in Patient safety and clinical human factor	The University of Edinburgh	Reino Unido
Quality and patient safety improvement	University of Nottingham	Reino Unido
Improving safety and quality in healthcare	University of Warwick	Reino Unido
Quality Improvement and Patient Safety MSc	University of Dundee	Reino Unido
Master in Quality and Safety in Healthcare	University of Leicester	Reino Unido
Healthcare Improvement and Patient Safety	University of Plymouth	Reino Unido
Master in Enhancing Quality Through Patient Safety	Universidade de Bedfordshire	Reino Unido
Health Safety and Risk Management MSc	Robert Gordon University	Reino Unido

A formação pós-graduada em Segurança do Paciente é, também, amplamente difundida em centros de colaboração para ensino e em treinamentos no local da prestação de serviço com vistas à capacitação contínua dos profissionais e para que obtenham competências para prestar um cuidado seguro. É muito importante que esse movimento tenha suporte e apoio governamental e das instituições e que os programas educacionais contem com educadores qualificados para capacitar os profissionais²¹.

Além da preocupação com a educação profissional, deve-se atentar também ao resultado que as formações proporcionam. Mudanças nos currículos e nas avaliações

dos profissionais fazem parte dessa inovação para melhoria da Segurança do Paciente. Para isso, é fundamental aplicar avaliações que condizem com as competências treinadas²¹⁻²⁴.

Outro ponto fundamental a ressaltar sobre a importância da formação pós-graduada é a necessidade de capacitar pesquisadores na área da Segurança do Paciente. A investigação é essencial para produzir e aumentar o conhecimento na área, disseminar informação, apoiar as tomadas de decisão, promover práticas baseadas em evidência e avaliar o impacto de medidas que visam aumentar a segurança dos pacientes e melhorar a qualidade dos cuidados prestados²⁵. Em 2010, a OMS elaborou um conjunto de competências necessárias para investigações na área da Segurança do Paciente que foram distribuídas em três grandes grupos: ciência da Segurança do Paciente, metodologias de investigação epidemiológica e nos serviços de saúde, e princípios da transferência de conhecimento²⁶. Nessa direção, os programas de pós-graduação desempenham papel essencial para a formação de pesquisadores e avanço na área.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA PÓS-GRADUAÇÃO: O CURSO INTERNACIONAL EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O Curso Internacional em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (CIQSSP) foi criado em 2014 e resultou de uma parceria estabelecida entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (Ensp-UNL) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.

O CIQSSP surgiu como uma proposta educativa altamente qualificada, contemporânea, casada com demandas globais de busca por qualidade nos serviços de saúde, com vistas à Segurança do Paciente²⁷.

Na Ensp-UNL, o CIQSSP é um curso de extensão universitária e destina-se aos profissionais de saúde que exercem, ou pretendem exercer, funções em instituições de saúde nos diferentes níveis de cuidados de saúde: Primários (Atenção Primária), Secundários (Hospitalares) ou Terciários (Cuidados Continuados), do setor público, privado ou social, em Portugal, no Brasil, nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e em Timor-Leste²⁸.

O Curso contabiliza um total de 30 ECTS (*European Credits Transfer System*) e é constituído por 25 módulos integrados em cinco Unidades curriculares/de aprendizagem:

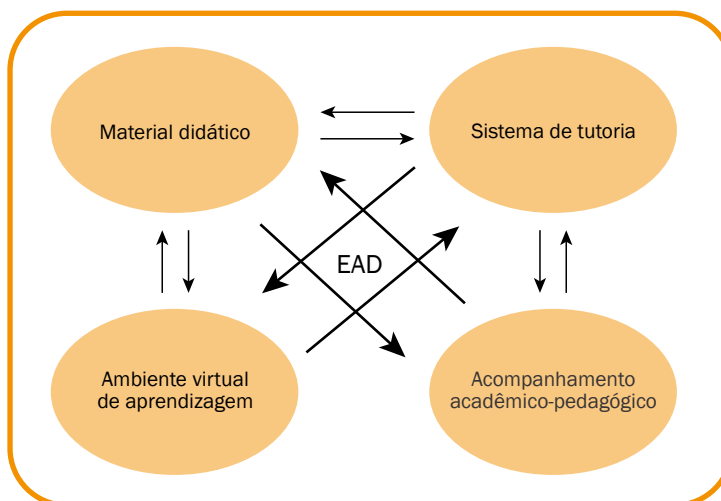
- Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente: aspectos fundamentais (6 ECTS).
- Avaliação e Gestão do risco em organizações de saúde (5 ECTS).
- Governança em Saúde e Segurança do Paciente (6 ECTS).
- Metodologias de Investigação (3 ECTS).
- Trabalho conclusão de curso (10 ECTS).

Modalidade de ensino

A importância do CIQSSP se estabelece não apenas por responder à real necessidade de formação dos profissionais dos diferentes países da lusofonia, mas também por valer-se dos recursos das chamadas “novas tecnologias”: um sistema de ensino híbrido, capaz de assegurar a qualidade e o nível científico do curso²⁷. Ele é lecionado na modalidade EAD, existindo, contudo, uma parte de ensino presencial, que ocorre no início e no meio do curso. A par dos conteúdos lecionados nas cinco unidades curriculares, o curso contempla sessões de seminários temáticos (presenciais), sessões de apoio ao desenvolvimento e acompanhamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso e visitas de estudo a hospitais e unidades de cuidados de saúde primários.

De acordo com a concepção pedagógica adotada, o processo de construção e implementação do curso baseia-se em quatro pilares interdependentes: material didático, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), sistema de tutoria e acompanhamento acadêmico-pedagógico (Figura 2)²⁹.

Figura 2. Pilares da ação educativa



Fonte: adaptada de Santos²⁹.

Durante o curso, os alunos têm acesso ao AVA, por meio da plataforma MOODLE, que contém um conjunto de materiais, ferramentas e recursos pedagógicos de apoio ao curso, bem como os manuais deste. Paralelamente, existe apoio tutorial com professores e especialistas nos diferentes temas abordados²⁹.

No âmbito de cada módulo do curso, são disponibilizadas sessões dedicadas aos temas em discussão, realizadas por peritos nacionais e internacionais. Essas sessões decorrem por videoconferência, podendo ser acompanhadas diretamente pelos alunos, promovendo a participação ativa, ou posteriormente, uma vez que ficam disponíveis para consulta²⁹.

Formação dos tutores do CIQSSP

O EAD é uma iniciativa estratégica de formação e qualificação de profissionais; uma modalidade de ensino inclusiva que vem tomando força e destaque ao longo dos anos. O EAD requer profissionais qualificados e capacitados para a condução da tutoria, fundamental no transcorrer de todo o curso.

O tutor atua como docente, mediando o processo ensino-aprendizagem, na construção do conhecimento dos alunos, na realização de atividades e desenvolvimento de habilidades e valores. Na Ensp-UNL, cada tutor acompanha cerca de 10 a 18 alunos, por meio eletrônico, e pela realização de um plantão presencial de 4 horas semanais, com base no material didático específico e nas normas acadêmicas da instituição.

As tutoras do CIQSSP da Ensp-UNL receberam capacitação na Ensp-Fiocruz, no Rio de Janeiro, instituição pioneira no EAD desde 1998.

Em 2014, quando do lançamento do Curso de Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Ensp-Fiocruz, os tutores foram selecionados criteriosamente²⁸. Foram elegíveis à tutoria os profissionais portadores de diploma de nível superior com especialização e comprovada experiência docente em processos educativos, bem como experiência em serviço nas áreas da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. O mesmo critério foi estabelecido para a tutoria em Portugal.

Os tutores brasileiros e portugueses selecionados foram capacitados em duas oficinas de formação realizadas no Rio de Janeiro. Essas oficinas tiveram por objetivo propiciar aos tutores conhecerem:

- A concepção e a metodologia de execução do curso.
- O material didático, seus conteúdos, atividades e sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem.
- O processo de gestão acadêmica e o AVA utilizado como mediação tecnológica³⁰.

Em 2021, encerrou-se a quarta edição do CIQSSP na Ensp-UNL, que contou com cinco tutoras e suporte do corpo docente dessa instituição. No transcorrer das quatro edições do curso, foram formados em torno de 150 alunos oriundos de Portugal continental e regiões autónomas dos Açores e da Madeira, Brasil, Angola, Cabo Verde, Moçambique, além de portugueses e brasileiros residentes em outros países espalhados

pelos quatro cantos do mundo. Entre os alunos, as formações de base predominantes foram enfermagem, medicina, tecnologias da saúde, ciências farmacêuticas e outras áreas afins, como gestão, economia, direito, engenharia e psicologia.

CONCLUSÕES

Como exposto ao longo deste capítulo, a formação pós-graduada em Segurança do Paciente é complexa à medida que busca desenvolver habilidades e competências específicas na equipe interdisciplinar das organizações de saúde. Fomentar essa área de formação visa contribuir para a cultura de segurança, fundamental para a proteção dos pacientes e profissionais dessas organizações, capacitando-os a reconhecer e a compreender a importância do papel da liderança e do aprendizado contínuo.

Promover a Segurança do Paciente enquanto uma ciência demanda a necessidade de investimentos nas concepções pedagógicas dos cursos de pós-graduação, no desenvolvimento do corpo docente e nas metodologias propostas.

Muitos avanços têm sido observados ao longo dos anos na formação pós-graduada em Segurança do Paciente, mas não se verifica uma padronização dos cursos, capacitações e temas no âmbito das organizações de saúde, sendo muitos os desafios a percorrer nessa direção. Encontra-se em fase de atualização e alargamento de conteúdos, o Guia multiprofissional para a Segurança do Paciente desenvolvido em 2011 pela OMS e que deverá ser publicado ainda em 2021, ou no início de 2022. É possível crer que os desenvolvimentos que têm ocorrido e que virão a ocorrer na área da Segurança do Paciente, a par com o crescimento da oferta e diversificação da formação dos profissionais de saúde (principalmente ao nível da formação contínua), contribuirão de forma marcante para o reforçar o tema na agenda das políticas e da ação nos diferentes sistemas de saúde por todo o mundo.

Referências

1. Kiersma ME, Plake KS, Darbishire PL. Patient safety instruction in US health professions education. *Am J Pharm Educ.* 2011;75(8):162. doi: [10.5688/ajpe758162](https://doi.org/10.5688/ajpe758162)
2. Wu AW, Busch IM. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS J Med Educ.* 2019;36(2) Doc21. doi: [10.3205/zma001229](https://doi.org/10.3205/zma001229)
3. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. *BMJ Qual Saf Health Care.* 2006;15(6):437-42. doi: [10.1136/qshc.2006.019216](https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019216)

4. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO Press; 2011 [cited 2021 Jul 10]. 272 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1
5. Kirkman MA, Sevdalis N, Arora S, Baker P, Vicent C, Ahmed M. The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: a systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(5):e007705. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007705
6. Thompson DA, Cowan J, Holzmueller C, Wu AW, Bass E, Pronovost P. Planning and implementing a systems-based patient safety curriculum in medical education. *Am J Med Qual*. 2008;23(4):271-8. doi: [10.1177/1062860608317763](https://doi.org/10.1177/1062860608317763)
7. The Commission on Education and Training for Patient Safety. Improving safety through education and training: report by the Commission on Education and Training for Patient Safety [Internet]. United Kingdom: Health Education England; 2016 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Improving%20safety%20through%20education%20and%20training.pdf>
8. Schmidt EM, Goldhaber-Fiebert SN, McDonald KM. Simulation Exercises as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):426-32. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00010
9. Garcia P, Cortez BC, Sales L. Simulação para a promoção da segurança do doente. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, coordenadores. *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lisboa: Lidel; 2021. p. 343-50.
10. Antoni Z, Arnau L. *Como Aprender e Ensinar Competências*. Porto Alegre: Grupo A; 2015.
11. Reed S, Shell R, Kassis K, Tartaglia K, Wallihan R, Smith K, et al. Applying adult learning practices in medical education. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2014;44(6):170-81. doi: 10.1016/j.cppeds.2014.01.008
12. Spaulding EM, Marvel FA, Jacob E, Rahman A, Hansen BR, Hanyok LA, et al. Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. *J Interprof Care*. 2021;35(4):612-21. doi: 10.1080/13561820.2019.1697214
13. Edward LD, Richard MR. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in human Behavior*. Boston: Springer; 1985.
14. Artioli G, Cosentino C, Foà C, Sarli L. Inter-Professionalism in Health Care Post-graduate specialization: an innovative Laboratory. *Acta Biomed*. 2019;90(4-S):8-16. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8306
15. Camargo F, Daros T. *A Sala de Aula Inovadora: Estratégias Pedagógicas para Fomentar o*

Aprendizado Ativo – Desafios da Educação. Porto Alegre: Grupo A; 2018.

16. Efe-project.eu. Latvia: Entrance to future education EFE [Internet]. 2017-19 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://efe-project.eu/>

17. Rocha DGD, Ota MA, Hoffmann G. Aprendizagem Digital: Curadoria, Metodologias e Ferramentas para o Novo Contexto Educacional. Porto Alegre: Grupo A; 2020.

18. Sinclair P, Kable A, Levett-Jones T. The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015;13(1):52-64. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1919. PMID: 26447007

19. Kiersma ME, Plake KS, Darbishire PL. Patient safety instruction in US health professions education. Am J Pharm Educ. 2011;75(8):162. doi: 10.5688/ajpe758162

20. Fetsi A, Bardak U, Rosso F. Changing skills for a changing world. Understanding skills demand in EU neighboring countries. Turin: European Training Foundation; 2021. 280 p. doi:10.2816/069224

21. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.

22. Reed S, Shell R, Kassis K, Tartaglia K, Wallihan R, Smith K, et al. Applying adult learning practices in medical education. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2014;44(6):170-81. doi: 10.1016/j.cppeds.2014.01.008

23. Brasaitė I, Kaunonen M, Martinkėnas A, Mockienė V, Suominen T. Health care professionals' skills regarding patient safety. Medicina (Kaunas). 2016;52(4):250-56. doi: 10.1016/j.medic.2016.05.004

24. Watanabe H, Makino T, Tokita Y, Kishi M, Lee B, Matsui H, et al. Changes in attitudes of undergraduate students learning interprofessional education in the absence of patient safety modules: evaluation with a modified T-TAQ instrument. J Interprof Care. 2019;33(6):689-96. doi: 10.1080/13561820.2019.1598951

25. Caldas BN, Sousa P, Mendes W. Investigação/pesquisa em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

26. Andermann A, Ginsburg L, Norton P, Arora N, Bates D, Wu A, et al. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. BMJ Qual Saf. 2011;20:96-101. doi: 10.1136/bmjqs.2010.041814

27. Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

28. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Curso Internacional em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente [Internet]. Lisboa: Ensp; 2020 [citado 2021 jul 10]. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/cursos/pos-graduacoes/qualidade-em-saude-e-seguranca-do-paciente/>

29. Santos H, organizador. Caderno do aluno: Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2014.

30. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Edital de Seleção de Tutores – Curso de Formação Pedagógica em EAD - Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2014 [citado 2021 jul 10]. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/processo-seletivo-interna/269>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO DOENTE: O CAMINHO FAZ-SE CAMINHANDO

Paulo Sousa¹

Helga Oliveira²

Sofia Guerra Paiva³

Carlos Palos⁴

1. Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Coordenador do Centro Colaborador da OMS Educação, Investigação e avaliação da qualidade e segurança do doente.

2. Doutoranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/Universidade de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Enfermeira Perita no Hospital da Luz Lisboa.

3. Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

4. Doutorando em Saúde Pública na NOVA Escola Nacional de Saúde Pública. Coordenador da Comissão Nacional de Prevenção, Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos do Grupo Luz Saúde.

Resumo

Os princípios que devem orientar a investigação em segurança do doente encontram-se bem definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e integrados no ciclo iterativo que compreende cinco etapas: 1) Medir o dano, para identificar as áreas de alto risco e definir prioridades; 2) Compreender as causas dos Eventos Adversos (EA), preferencialmente mediante abordagens mistas; 3) Identificar as soluções, ou seja, as principais estratégias para mitigar/colmatar o dano identificado; 4) Avaliar o impacto das ações de melhoria implementadas; e 5) Transpor a evidência para a prática, isto é, a translação da investigação teórica e dos níveis de evidência alcançados para a prática efetiva de cuidados. Neste capítulo, descrevem-se as principais áreas em que se desdobram cada uma das cinco etapas do ciclo de investigação definido pela OMS, bem como alguns exemplos de resultados de pesquisas que influenciaram o desenvolvimento e a evolução de algumas práticas de segurança, concretamente nas áreas: da avaliação de EA em instituições de saúde; da cultura de segurança e resposta a essas ocorrências, destacando-se a definição e a implementação de programas de apoio e suporte a profissionais de saúde envolvidos em EA; na área das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistências aos antimicrobianos.

Palavras-chave: Metodologias de investigação. Evidência científica. Segurança do doente.

INTRODUÇÃO

A segurança do doente é uma das dimensões da qualidade em saúde que tem apresentado uma crescente valorização na investigação e na prática clínica desde o final do século XX. A publicação do relatório *To Err is Human* pelo Institute of Medicine, que, por meio de dados epidemiológicos, revelou o impacto dos danos evitáveis nos hospitais norte-americanos, foi um marco importante para o desenvolvimento na investigação em segurança do doente (*patient safety research*) em todo o mundo. A investigação tem sido um pilar importante para o investimento em soluções inovadoras nos serviços de saúde que pretendem diminuir danos evitáveis, contribuindo para a otimização de cuidados.

Atualmente, é ainda presente um estigma cultural em torno do dano durante a prestação de cuidados, sendo difícil avaliar epidemiologicamente a realidade nas instituições devido à subnotificação de Eventos Adversos (EA). A melhoria da cultura de segurança das organizações de saúde, das estruturas e processos institucionais e dos sistemas de informação são alguns dos aspectos essenciais para otimizar a relação entre a investigação e a prática clínica, com o objetivo final de melhorar a segurança dos doentes e a qualidade em saúde nas instituições de saúde.

Em seguida, iremos abordar os princípios de investigação em segurança do doente, nomeadamente, o ciclo iterativo da Organização Mundial da Saúde (OMS); a evidência em segurança do doente, em particular, os pressupostos metodológicos; e as metodologias de investigação mais utilizadas em segurança do doente.

PRINCÍPIOS DA INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO DOENTE: O CICLO DEFINIDO PELA OMS

A investigação sobre a temática da segurança do doente tem uma importância crucial para aumentar o conhecimento sobre essa questão. A forma como a investigação é conduzida, a determinação de prioridades e a disseminação de resultados podem ter (espera-se que tenham) um impacto significativo na definição de políticas de saúde e na prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados e para a redução de eventos indesejados¹. Compreender a magnitude do problema e os principais fatores contribuintes é essencial para ajudar a encontrar soluções adequadas. Nesse sentido, a OMS, em uma rede colaborativa com investigadores de diversas nacionalidades, definiu os princípios que devem orientar e estruturar a investigação sobre a temática da segurança do doente, integrando-os em um ciclo que compreende cinco etapas: medir o dano; compreender as causas; identificar as soluções; avaliar o impacto; e transpor a evidência em cuidados mais seguros^{2,3}. Esses cinco componentes do ciclo de investigação resultam em um *continuum* que se inicia com a identificação das áreas de elevado risco e respectivas causas, de forma a definir as principais estratégias para mitigar/evitar o risco identificado e, conseqüentemente, o potencial dano resultante de ocorrências indesejáveis, fazer a avaliação do impacto das ações de melhoria implementadas e, por fim, elaborar a translação da investigação realizada e dos resultados e níveis de evidência alcançados para a prática de cuidados no dia a dia.

A primeira etapa de **medição do dano** permite identificar as áreas críticas em um contexto específico, particularmente, por meio da incidência e tipologia dos EA, de forma a definir áreas de intervenção prioritárias e estabelecer um plano de atuação que vise a sua mitigação^{2,3}. Tendo em vista que não existe um instrumento de medida universal que meça o dano em extensão e profundidade, é necessário recorrer à multiplicidade de instrumentos de medida válidos, confiáveis e específicos e conhecer as suas vantagens e limitações⁴. Tal fato é fundamental para que se possam interpretar os resultados à luz desses aspectos metodológicos. Dentro dos métodos mais utilizados de coleta de dados, destacam-se a revisão documental de processos clínicos e de outras fontes de dados (laboratoriais ou referentes a medicação), a análise de relatórios relativos a óbitos, a observação direta e vigilância, as entrevistas e questionários a profissionais de saúde

e a doentes. A observação direta é um método potencialmente preciso e adequado para identificar erros ativos, sendo as suas principais desvantagens o treino dispendioso, a sobrecarga de informação e o efeito de *Hawthorne*. Paralelamente, a vigilância, apesar de também ser um método dispendioso e inadequado para medir erros latentes, tem potencial para identificar EA e é adequado para testar a efetividade das intervenções para a sua redução. A revisão de processos clínicos é um método amplamente utilizado, e a principal vantagem é a utilização de dados clínicos e administrativos já disponíveis. Como desvantagens, destacam-se a dependência da qualidade dos dados existentes, o tempo e os recursos exigidos para este tipo de método e o potencial de viés associado à abordagem retrospectiva^{2,3}.

Uma vez avaliada a frequência e tipologia dos EA, o passo seguinte é a análise e **compreensão das causas** que contribuíram para a ocorrência do EA. A análise dos fatores contribuintes, isto é, das condições e circunstâncias em que os EA ocorrem, é fundamental para ajudar a definir uma estratégia de segurança consistente e com elevado potencial de efetividade. Vincent⁵ definiu um enquadramento (*framework*) com os fatores que influenciam a prática clínica e contribuem para os EA, particularmente, fatores relacionados com a organização e a gestão, com o ambiente de trabalho, com as equipas e os seus elementos individualmente, com as tarefas e com as características dos doentes.

No seguimento desse enquadramento, Taylor-Adams e Vincent⁶ criaram o protocolo de Londres, que é uma ferramenta para investigação e análise abrangente de incidentes decorrentes ou associados à prestação de cuidados de saúde. O protocolo contempla etapas de análise com uma ordem sequencial: 1) a identificação e a decisão de investigar o incidente; 2) a seleção da equipe de investigação, 3) a documentação do incidente com a coleta e organização dos dados; 4) a determinação da cronologia do incidente; 5) a identificação dos problemas inerentes à prestação de cuidados; 6) a identificação dos fatores contribuintes; e 7) o desenvolvimento de um plano de ação com recomendações.

A utilização dessa ferramenta com uma metodologia estruturada permite ir além da falha, estimulando a avaliação e a reflexão da equipe sobre a sequência de ações/eventos que conduziram à sua ocorrência e facilitando a identificação dos fatores contribuintes com maior impacto no incidente em análise e maior potencial de causar incidentes futuros. Para além disso, o fato de haver um processo estruturado permite que essa análise seja feita de forma contínua e regular, utilizando a experiência clínica e a perícia dos profissionais, podendo tornar-se, assim, uma parte integrante dos cuidados. Por último, a abordagem educativa e não punitiva,

com foco nas soluções, e não na procura “do(s) culpado(s)”, estimula um processo de aprendizagem e ajuda a promover uma cultura organizacional focada na melhoria dos processos.

Qualquer combinação desses fatores pode resultar na ocorrência de um evento, e cabe ao investigador diferenciar os que são sistêmicos daqueles que foram relevantes para uma ocasião específica. Para realizar a análise desses fatores, existem também diferentes instrumentos: a análise de causa raiz, que nos fornece múltiplas informações e permite uma avaliação rigorosa das condições latentes e, em parte, das ativas. Essa informação deve ser complementada com entrevistas aos profissionais de saúde e, sempre que possível, aos doentes, família/cuidador. O recurso ao conhecimento da equipe é muito importante, apesar de depender de uma elevada adesão dos profissionais e de ter associado o viés retrospectivo.

A análise de reclamações de má prática permite a identificação de condições latentes, proporcionando, também, a inclusão da perspectiva dos múltiplos *stakeholders*, tendo como principais desvantagens o viés retrospectivo, o viés do relato e o fato de não serem sistematizados enquanto uma fonte de dados padronizada. Os sistemas de notificação que, apesar das mesmas desvantagens do instrumento anterior, têm um procedimento padronizado e permitem múltiplas perspectivas ao longo do tempo. Importa referir que, tal como na medição do dano, uma abordagem mista e complementar com recursos a diferentes instrumentos – que têm vantagens e limitações distintas – pode melhorar a compreensão desses tipos de ocorrências indesejáveis^{2,3}.

A terceira etapa do ciclo da OMS diz respeito a **identificação e implementação de soluções** que abordem as causas subjacentes aos cuidados não seguros. Os métodos de investigação para detectar soluções efetivas devem basear-se em níveis de evidência e implicam que o desenho da investigação possa testar essas mesmas soluções que podem ou não ser já conhecidas. Se forem conhecidas, é necessário melhorar a confiabilidade nas práticas com maior efetividade, mas, se pelo contrário, as soluções ainda não tiverem sido identificadas, poderão ser realizados os estudos com desenho pré-pós (intervenção) ou os ensaios randomizados e controlados. A investigação nessa fase pode ter como foco os doentes, os profissionais de saúde, o contexto da prática ou o próprio sistema de saúde, sendo fundamental encontrar as intervenções mais consistentes e que a evidência revele como sendo as mais adequadas, com estudos com desenho robusto e desenvolvidos de forma adequada^{2,3}.

Após a identificação das soluções mais efetivas, é necessário **avaliar o impacto** da sua implementação, bem como a sua aceitabilidade (utilidade) e acessibilidade (disponibilidade). Se recorrermos à definição de Donabedian⁷ sobre as dimensões da qualidade, composta pela tríade estrutura, processo e resultados,

podemos também avaliar o impacto das intervenções com base nesses três eixos. A medição direta dos resultados *per se*, a adequação dos cuidados que são prestados (processo) ou a cultura de segurança existente (estrutura) são exemplos de como podemos relacionar o impacto e a qualidade das intervenções. O Institute of Medicine⁸ integrou, posteriormente, a segurança como um pilar indissociável da qualidade, acrescentando ainda a dimensão da satisfação em uma ótica de cuidados centrados no cliente que sejam efetivos, eficientes, equitativos e prestados em tempo útil. Nesse sentido, importa enquadrar que existem diferentes perspectivas de avaliar os resultados: a perspectiva clínica que resulta da efetividade das intervenções; a perspectiva do doente, detalhadamente, ao nível das expectativas do grau de satisfação e da sua qualidade de vida; e a componente econômica, por meio da avaliação dos custos e da utilização de recursos. Por fim, importa salientar que, independentemente da investigação realizada, é essencial o envolvimento da equipe multidisciplinar na aplicação e na avaliação sistemática das soluções que visem melhorar a segurança, alinhando os resultados da evidência científica com a prática clínica^{2,3}.

O ciclo para a investigação em segurança do doente definido pela OMS termina com a etapa dedicada à **translação da evidência científica para a prática clínica**, ou seja, que estratégias podem ser implementadas para que os resultados da investigação tenham uma aplicação prática e um contributo efetivo para a melhoria contínua da segurança dos cuidados. A translação do conhecimento deve ocorrer no seio das organizações de saúde, com o envolvimento dos vários parceiros implicados e de forma ajustada aos contextos locais, com o objetivo de minimizar as barreiras e as resistências que habitualmente se colocam à inovação e à introdução de mudanças nas práticas. Essa abordagem integrada deve colocar o enfoque no todo (sistema), e não em partes (ações individuais ou pontuais), ser liderada pelas equipas interdisciplinares locais, ter o apoio das lideranças, incentivar a adaptação local à mudança e promover um espírito cooperativo entre os diferentes níveis e parceiros.

Uma das estratégias que impulsionam essa melhoria contínua foi desenvolvida pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI)⁹ e tem relação com no modelo *Plan, Do, Study, Act* (PDSA). O ciclo PDSA é uma ferramenta útil para testar mudanças, já que é pensado, organizado (*plan*) e implementado (*do*) um plano que, posteriormente, é observado e analisado de forma a levar a uma aprendizagem (*study*) perante a qual se determinam quais as modificações necessárias para que essa mudança seja uma melhoria ou para iniciar um novo ciclo (*act*) testando a mudança em outras condições. Na maioria dos projetos de melhoria, as equipas testam várias mudanças, e cada uma delas pode passar por vários ciclos PDSA, promovendo uma aprendizagem contínua. Importa ainda referir que

a implementação desses projetos requer um planejamento relativo à formação das equipes, à definição de objetivos, à identificação de eventuais constrangimentos contextuais e à estratégia de atuação. As equipes efetivas devem incluir membros que representem os três níveis de competência dentro da organização – liderança de topo, expertise técnica e liderança de proximidade –, e o estabelecimento de objetivos deve definir de forma concreta os valores dos resultados desejados e o limite temporal para os atingir.

Quanto à estratégia de atuação, esta inicia-se com o resumo da evidência (para identificar o procedimento com maior benefício e menos barreiras), posteriormente, passa pela identificação de fatores facilitadores e barreiras locais à implementação (identificando os fatores que ajudam e os que dificultam a mudança) e pela avaliação da performance das medidas escolhidas (com indicadores sequenciais e facilmente mensuráveis), e termina com a garantia de que todos os doentes recebem a intervenção planeada. Para este último ponto, poder-se-á recorrer aos “quatro E”: envolver (os *stakeholders*, explicando-lhes o motivo pelo qual as intervenções são importantes), educar (todos os elementos envolvidos, partilhando a evidência que suporta a intervenção proposta), executar (com um plano e processo de cuidados padronizados e verificações independentes) e estimar/avaliar (a performance das medidas de forma regular)^{2,3}.

Em suma, esse ciclo que estrutura as diferentes etapas da investigação na área da segurança do doente permite aos investigadores planearem projetos de investigação de uma forma sólida e sequencial, contribuindo para aumentar o conhecimento e a sua disseminação, elemento fundamental para apoiar tomadas de decisão baseadas na melhor evidência científica e, dessa forma, contribuir para a inovação e melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO DOENTE

No seguimento da descrição do ciclo de investigação em segurança do doente proposto pela OMS, iremos explorar em seguida o desenvolvimento do processo de investigação e alguns dos aspectos essenciais para a sua concretização.

O ponto de partida para o processo de investigação é um acontecimento/problema que é identificado (experiência ou necessidade concreta). Este é, posteriormente, revisto, analisado e avaliado em um processo cíclico com o objetivo de apresentar soluções. David Kolb, em 1983, introduziu o modelo reflexivo, que traduz as várias fases descritas anteriormente nas seguintes dimensões: experiência concreta, observação reflexiva, conceitualização abstrata e experimentação ativa¹⁰.

Após a identificação do problema, ou seja, a magnitude, a tipologia e o impacto dos EA, seguir-se-á um processo reflexivo baseado na compreensão das causas. Esse processo precederá à formação de conceitos e conceptualizações que irão contribuir para a aplicação de soluções para o problema identificado¹⁰.

Figura 1. Modelo Reflexivo adaptado ao Ciclo de investigação em Segurança do Doente adaptado de David Kolb



Antes de desenvolver investigação na área da segurança do doente, deverão ser avaliados os seguintes pontos: o nível de interesse dos envolvidos no processo, o contexto e os recursos disponíveis (tais como espaço, tempo, atributos, custos)³. Toda essa informação será importante para conduzir o processo de investigação. Para além disso, é necessário um conjunto de competências base para o desenvolvimento de investigação³:

- Conhecimento: conhecimento dos conceitos fundamentais da segurança do doente e do fenómeno a estudar.
- Capacidades: saber desenhar e conduzir uma investigação de forma coerente e robusta.

Após esse conjunto de competências e condições adquiridas, é importante definir os pressupostos a incluir nos estudos, que deverão se centrar nos seguintes pontos¹¹:

- paradigma utilizado (qualitativo ou quantitativo);
- tipo de estudo (observacional, experimental);
- identificação da população e/ou da amostra;
- definição das variáveis;
- seleção dos instrumentos de recolha e análise dos dados.

Esses pressupostos condicionam o sucesso da investigação e estão na base do seu rigor, robustez, validade e consistência interna e externa.

METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO EM SEGURANÇA DO DOENTE: PARADIGMAS E TIPOS DE ESTUDOS

O objetivo da investigação em segurança do doente consiste em criar conhecimento que possa ser utilizado para diminuir o risco, aumentar o entendimento da realidade prática e contribuir para apoiar as tomadas de decisão (política e clínica) e as ações de melhoria a implementar em nível local, regional, nacional e internacional¹¹.

Para desenvolver um processo de investigação, existem dois grandes paradigmas: o qualitativo e o quantitativo. De acordo com a questão colocada pelo investigador, surge o paradigma que mais se adequa.

Nos últimos anos, o paradigma quantitativo tem sido o mais utilizado em investigação na área da segurança do doente, particularmente, focado na investigação clínica e de resultados (*outcome research*)¹¹. Embora a investigação clínica seja a mais utilizada, a investigação de resultados (*outcome research*) tem tido uma evolução crescente na área. Esta tem na sua base um ciclo contínuo entre a pesquisa e a prática e é frequentemente promovida por organizações como a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esse tipo de estudo caracteriza-se por analisar e interpretar resultados de uma intervenção em saúde e os próprios fatores que os influenciam¹¹. Atualmente, assiste-se a um aumento de publicações centradas no desenvolvimento e na aplicação de programas de apoio à segunda vítima, ou seja, profissionais de saúde, individualmente ou enquanto equipe envolvidos em um evento adverso, que sofrem um impacto psicológico, social e/ou profissional¹².

A necessidade de compreender o fenómeno, as perspectivas, as vivências enquanto segundas vítimas e a necessidades de apoio após a ocorrência de incidentes tornam os métodos qualitativos os mais adequados para responder a esses tipos de questões de investigação^{13,14}. A aplicação de técnicas como entrevistas, *focus group* e grupos nominais tem sido frequentemente utilizada nesses tipos de estudos¹¹.

Ainda no âmbito das abordagens qualitativas, a técnica de painel de *Delphi* tem sido utilizada para procurar consenso em temas de segurança do doente¹¹.

De acordo com Sousa, Uva e Serranheira¹¹, as duas grandes linhas de investigação nas quais se tem investido têm sido no desenvolvimento do conhecimento epidemiológico (frequência, causas, tipologia e impacto) dos EA e no desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras.

O investimento em estudos focados na ciência da melhoria, sobretudo, centrados em melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, eficácia, eficiência

e equidade, tem sido muito desenvolvido nos últimos anos e promovido internacionalmente por diferentes organizações. O método PDSA, já referido neste capítulo, tem sido utilizado frequentemente para aplicar estratégias de melhoria com base na observação e aprendizagem, permitindo um processo cíclico de readaptação ao longo do tempo nas organizações de saúde⁹. A abordagem pelo *Breakthrough Series* (BTS) tem por base a mobilização de equipas multidisciplinares, de diferentes instituições, para a melhoria e resolução de problemas comuns, recorrendo à utilização de ciclos PDSA para testar mudanças de uma forma estruturada. A sua base assenta em programas de aprendizagem conjuntos e na monitorização e avaliação contínua de um conjunto de indicadores¹⁵.

A publicação de estudos de custo-efetividade, embora ainda escassa, tem uma tendência crescente, nomeadamente, os que avaliam os benefícios associados à prevenção do dano nas instituições de saúde e na aferição do impacto económico associado à ocorrência de EA. Dentre as publicações nessa área, destaca-se o relatório *The Economic of Patient Safety from Analysis to Action* publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2020¹⁶.

Realça-se que o número de publicações com nível de evidência mais robusto, como as revisões sistemáticas e as meta-análises, tem aumentado na área da segurança do doente, como resultado da elevada quantidade de estudos observacionais e experimentais que tem sido publicada na área. Esse tipo de estudos secundários tem permitido aumentar a robustez da evidência e contribuir para a elaboração de recomendações para a melhoria da segurança dos cuidados. Diversas revisões sistemáticas têm sido publicadas nos últimos anos, em tópicos emergentes na área, tais como a cultura de segurança, o fenómeno das segundas vítimas, a efetividade de iniciativas de melhoria com base em colaborativas, avaliação do impacto (económico e clínico) de intervenções para redução de EA, entre outras¹⁷⁻²².

Com a abundância de estudos com diferentes abordagens metodológicas, urge a necessidade de especialização das equipas de investigação para garantir a qualidade e a consistência dos estudos e, conseqüentemente, da robustez dos resultados.

Uma área que tem sido muito estudada e que, acreditamos, continuará a ser nos próximos anos é a área das infeções relacionadas à assistência à saúde e, principalmente, das resistências aos antimicrobianos.

A Resistência Antimicrobiana (RAM), definida como a capacidade de sobrevivência dos microrganismos aos agentes que habitualmente os destroem, tornou-se, nos últimos anos, um dos maiores problemas de saúde pública e, simultaneamente, um dos maiores desafios para a Humanidade^{23,24}. Segundo o relatório *Stemming the Superbug Tide: Just a Few Dollars More* da OCDE, de 2018, anualmente, nos países da União Eu-

ropeia e da Área Econômica Europeia, poderão ocorrer 671.689 infecções no âmbito de RAM, sendo responsáveis por 33.110 mortes e 874.541 DALYs (incapacidade ajustada de anos de vida), com um custo total de € 1,1 milhão²⁵. De acordo com uma projeção, se não forem tomadas medidas para inverter a atual situação, a RAM será responsável pela morte anual de cerca de 10 milhões de pessoas por volta de 2050²⁶. Além do mais, a RAM compromete o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável definidos pela OMS^{27,28}.

A resistência das bactérias aos antibióticos, a principal forma de RAM, tem mais de 30 mil anos, sendo muito anterior à descoberta dos antibióticos por Fleming em 1928²⁹. Estima-se que, pelo menos, 30% a 50% das prescrições contendo antibióticos sejam inapropriadas^{30,31}. Para inverter essa situação, foram criados os programas de apoio à prescrição de antimicrobianos (*Antimicrobial Stewardship Programs, ASP*), cuja definição pode ser resumida como sendo um “conjunto coerente de ações que promovem o uso de antimicrobianos para garantir o acesso sustentável a terapêuticas eficazes a quem delas precisa”, compreendendo múltiplas intervenções sobre os prescritores e o sistema de prescrição³²⁻³⁴. Ao melhorarem a prescrição, os ASP apresentam impactos favoráveis, principalmente, no perfil das bactérias resistentes, apresentando elevada eficácia-custo, apenas ultrapassada pelas intervenções visando à melhoria da higienização das mãos^{25,35,36}. Na verdade, eles vão ao encontro do 3º Desafio de Segurança do Doente definido pela OMS, Medicação sem Danos³⁷.

No artigo “Antimicrobial stewardship: another focus for patient safety?”, Tamma e colegas argumentam que esses programas constituem um componente da segurança dos doentes, sugerindo uma definição mais perceptível para profissionais de saúde, cidadãos, reguladores e decisores políticos: segurança antibiótica³⁸. Existe também evidência de que a segurança dos doentes é potencializada pela sinergia entre as atividades inerentes aos ASP e as demais atividades de prevenção e controle de infecção, devendo ser implementadas de uma forma harmoniosa e integrada³⁹. Também aqui, a investigação a desenvolver se revestirá de extrema importância para apoiar ações de melhoria e ajudar na tomada de decisão política, técnica e clínica.

REFLEXÕES

Não obstante, nos últimos anos, a investigação na área da segurança do doente ter tido um crescimento interessante, muito há ainda por fazer a esse nível. A esse propósito, destaca-se a necessidade de aumentar o número de projetos de investigação na atenção primária, nos cuidados continuados e integrados e nas novas modalidades de prestação de cuidados – com reforço dos cuidados em domicílio, mas também decor-

rente dos desafios que a saúde digital (*e-health*, teleconsulta, telemedicina, entre outros) coloca aos sistemas de saúde e ao desenvolvimento da investigação e da inovação na área da segurança do doente.

O grande desafio da investigação, nessa área, é criar conhecimento e, por meio da sua transferência, permitir o desenvolvimento de soluções inovadoras que contribuam para diminuir o risco inerente à prestação de cuidados de saúde e, dessa forma, melhorar a segurança do doente. Paralelamente, é fundamental que esse conhecimento contribua para a tomada de decisão política em saúde.

Nesse sentido, deve ser promovida a articulação entre as instituições de ensino superior/centros de investigação e os serviços de saúde no duplo sentido de potenciar a investigação e facilitar a transferência desse conhecimento para a prática do dia a dia.

Referências

1. World Health Organization. Global Priorities for Patient Safety Research: Better knowledge for safer Care [Internet]. Patient Safety: a world alliance for safer health care. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Sep 29]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44205/1/9789241598620_eng.pdf
2. Caldas BN, Sousa P, Mendes W. Investigação/pesquisa em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, editores. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. p. 201-24.
3. World Health Organization. Patient safety research: a guide for developing training programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2021 Sep 29]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf
4. The Health Foundation. A framework for measuring and monitoring safety : A practical guide to using a new framework for measuring and monitoring safety in the NHS Contents. Londres: The Health Foundation; 2016.
5. Vincent C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med*. 2003;348(11):1051-6.
6. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: The London protocol. *Clin Risk*. 2004;10(6):211-20.
7. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2003 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzg052>

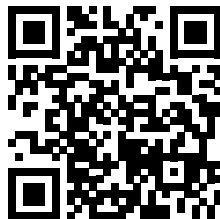
8. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: The National Academies Press; 2001.
9. Institute for Healthcare Improvement. Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade: Planilha PDSA [Internet]. 2021 [citado 2021 set 29]. Disponível em: [http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx?PostAuthRed=/resources/_layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge Center Assets/Tools – Plan-Do-Study-ActPDSAWorksheet_2f9145ee-2203-49c6-be19-7dcda98b31c5/Planilha-PDSA_Port](http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx?PostAuthRed=/resources/_layouts/download.aspx?SourceURL=/resources/Knowledge%20Center%20Assets/Tools%20-%20Plan-Do-Study-ActPDSAWorksheet_2f9145ee-2203-49c6-be19-7dcda98b31c5/Planilha-PDSA_Port)
10. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Inc.: New Jersey; 1984. p. 20-38.
11. Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e Inovação em Segurança do Paciente. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado 2021 set 29];10:89-95. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/19760>
12. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(March):726-7.
13. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325-31.
14. Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1-12.
15. Institute for Healthcare Improvement. *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. *Diabetes Spectr*. 2004;17(2):97-101.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. *The economics of patient safety: From analysis to action* [Internet]. OECD; 2020. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
17. Lawati MH Al, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1-12.
18. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Heal Prof*. 2013;36(2):135-62.
19. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Heal Care*. 2020;32(7):487.
20. Wells S, Tamir O, Gray J, Naidoo D, Bekhit M, Goldmann D. Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(3):226-40.

21. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Heal Care*. 2008;17(3):216-23.
22. Connolly W, Li B, Conroy R, Hickey A, Williams DJ, Rafter N. National and Institutional Trends in Adverse Events Over Time: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Retrospective Patient Record Review Studies. *J Patient Saf*. 2021;17(2):141-8.
23. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Antimicrobial (Drug) Resistance [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.niaid.nih.gov/research/antimicrobial-resistance>
24. Courvalin P. Why is antibiotic resistance a deadly emerging disease? *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 29];22(5):405-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2016.01.012>
25. Organisation for Economic Co-operation and Development. Stemming the Superbug Tide – Just A Few Dollars More [Internet]. OECD; 2018. 224 p. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264307599-en>
26. O'Neill J. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations [Internet]. Hm Government; 2014. Available from: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
27. World Health Organization. Fact sheets on sustainable development goals: health targets – Antimicrobial Resistance [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Sep 29]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348224/Fact-sheet-SDG-AMR-FINAL-07-09-2017.pdf
28. Jasovsky D, Littmann J, Zorzet A, Cars O. Antimicrobial Resistance – A Threat to the World's Sustainable Development. *Ups J Med Sci* [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 29];121(3):159-64. Available from: <http://www.daghammarskjold.se/publication/antimicrobial-resistance-threat-worlds-sustainable-development/>
29. Dcosta VM, King CE, Kalan L, Morar M, Sung WWL, Schwarz C, et al. Antibiotic resistance is ancient. *Nature* [Internet]. 2011 [cited 2021 Sep 29];477(7365):457-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nature10388>
30. European Centre for Disease Prevention and Control. Summary of The Latest Data on Antibiotic Consumption in The European Union [Internet]. European Antibiotic Awareness Day. ECDC; 2017 [cited 2021 Sep 29]. Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Final_2017_EAAD_ESAC-Net_Summary-edited-FINALwitherratum.pdf

31. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among us ambulatory care visits, 2010-2011. *J Am Med Assoc.* 2016;315(17):1864-73.
32. Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C, ESGAP. What is antimicrobial stewardship? *Clin Microbiol Infect [Internet]*. 2017 [cited 2021 Sep 29];23(11):793-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2017.08.026>
33. Society for Healthcare Epidemiology of America, Infectious Diseases Society of America, Pediatric Infectious Diseases Society. Policy Statement on Antimicrobial Stewardship by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), and the Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS). *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012;33(4):322-7.
34. Centers for Disease Control. The Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs [Internet]. US Department of Health and Human Services, CDC. Atlanta; 2014 [cited 2021 Sep 29]. Available from: http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/core-elements.html#_ENREF_46
35. Timbrook TT, Hurst JM, Bosso JA. Impact of an antimicrobial stewardship program on antimicrobial utilization, bacterial susceptibilities, and financial expenditures at an academic medical center. *Hosp Pharm.* 2016;51(9):703-11.
36. Malani AN, Richards PG, Kapila S, Otto MH, Czerwinski J, Singal B. Clinical and economic outcomes from a community hospital's antimicrobial stewardship program. *Am J Infect Control [Internet]*. 2013 [cited 2021 Sep 29];41(2):145-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.021>
37. World Health Organization. Medication Without Harm [Internet]. WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>
38. Tamma PD, Holmes A, Ashley ED. Antimicrobial stewardship: Another focus for patient safety? *Curr Opin Infect Dis.* 2014;27(4):348-55.
39. Manning ML, Septimus EJ, Ashley ESD, Cosgrove SE, Fakhri MG, Schweon SJ, et al. Antimicrobial stewardship and infection prevention—leveraging the synergy: A position paper update. *Am J Infect Control [Internet]*. 2018 [cited 2021 Sep 29];46(4):364-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.01.001>

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



A SEGURANÇA DO DOENTE E A RELAÇÃO COM A GESTÃO DE SAÚDE, O FINANCIAMENTO E OS CUSTOS

Joana Seringa¹

Rui Santana²

1. NOVA National School of Public Health, Public Health Research Center; Universidade NOVA de Lisboa. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

2. NOVA National School of Public Health, Public Health Research Center; Universidade NOVA de Lisboa. Comprehensive Health Research Center; Universidade NOVA de Lisboa.

Resumo

Os eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde apresentam um elevado impacto econômico e social, sendo imprescindível a sua mitigação tendo em vista a melhoria da qualidade, eficiência e efetividade dos sistemas de saúde. O financiamento apresenta-se como uma ferramenta com potencial para contribuir para a diminuição desses eventos ao associar a eficiência e a efetividade dos cuidados prestados à afetação de recursos financeiros, funcionando como um estímulo à melhoria do desempenho das instituições. Para que o impacto do financiamento na redução dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde seja efetiva, são fundamentais a determinação e o acompanhamento regular dos impactos financeiros desses eventos, bem como do investimento realizado nesse âmbito. A implementação de uma ferramenta regular de monitorização da segurança dos doentes e do seu impacto econômico-financeiro, estabelecendo-se como um meio de conciliação entre os diferentes *stakeholders* envolvidos, contribui para a melhoria da cultura de segurança, redução dos eventos adversos e, sobretudo, para melhorar os níveis de criação de valor das organizações de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Custos. Eventos adversos. Financiamento. Segurança do doente.

INTRODUÇÃO

Os eventos adversos na prestação de cuidados de saúde continuam a determinar um impacto significativo nos indivíduos, sistemas de saúde e economias, constituindo um grave problema de saúde pública¹.

Estima-se que, todos os anos, em nível global, mais de 3 milhões de mortes sejam resultado de cuidados de saúde inseguros¹, e que 64 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade sejam perdidos por esse motivo^{1,2}.

Para além da perda de qualidade de vida e esperança de vida, os eventos adversos na prestação de cuidados de saúde estão associados a elevados custos. Nos países desenvolvidos, o custo direto de tratamento de indivíduos que sofreram de cuidados inseguros ronda os 13% dos gastos com a saúde, dos quais, 5,4% nos cuidados hospitalares, 3,3% nos cuidados de saúde primários e 3,9% nos cuidados de longa duração¹.

Tendo em consideração o elevado impacto econômico e social, a necessidade de atuar nesse âmbito é ainda mais premente considerando que cerca de 6% dos eventos adversos ocorridos na prestação de cuidados de saúde são potencialmente evitáveis³ por meio de mudanças na prática clínica, gestão baseada no valor e investimento adequado¹.

Apesar de ter sido encorajado, em nível internacional, o foco nos eventos adversos potencialmente evitáveis, as práticas de melhoria direcionadas a esse tipo de eventos são ainda limitadas, existindo necessidade de melhorar a avaliação e os padrões de reporte de forma a reduzir esses eventos na prestação de cuidados³.

O financiamento tem sido considerado como um instrumento com capacidade para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, estabelecendo uma ligação entre a eficiência e a efetividade dos cuidados prestados e a afetação de recursos financeiros⁴. Nesse sentido, apresenta potencial enquanto ferramenta de apoio à melhoria do desempenho das instituições de saúde também no que respeita à segurança dos pacientes.

Em Portugal, no âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, aprovado a 24 de setembro de 2021⁵, uma das ações identificadas é a “formulação de índice de indicadores de execução do PNSD 2021-2026, para integração nos termos de referência da contratualização de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, estando estabelecidas como metas para 2026 que 70% das instituições hospitalares e 100% das unidades de cuidados de saúde primários tenham indicadores da segurança do doente em sede de contratualização.

Contudo, apesar de o atual modelo de financiamento instituído em Portugal, por intermédio de um modelo contratual, incluir uma componente dirigida para a qualidade, com especial enfoque na acessibilidade; e de terem sido implementados no âmbito do sistema de incentivos de *benchmarking* dois índices dirigidos à segurança do paciente⁶, verificam-se limitações a esse reporte que não possibilitam a utilização em pleno do financiamento enquanto ferramenta para a redução dos eventos adversos.

Uma das principais limitações, senão mesmo a principal limitação, a esse instrumento de gestão relaciona-se com a ausência de um sistema de medição e monitorização de eventos adversos e respectivos custos diretos. De forma a contribuir para a mitigação desse constrangimento, apresenta-se, a seguir, uma proposta de desenvolvimento de *dashboard* de segurança dos doentes em que se estabelece uma ligação entre eventos adversos e custos diretos, e que permite acompanhar o investimento realizado, tendo como objetivo o seu reflexo no modelo contratual das instituições de saúde.

MÉTODOS DE CUSTEIO E SEGURANÇA DO DOENTE

Um dos problemas clássicos dos serviços de saúde é a obtenção exaustiva e fiável dos custos incorridos na prestação de cuidados de saúde. Fatores relacionados com a recolha de informação, a dificuldade de imputação de custos indiretos ou a incerteza e complexidade do processo de produção hospitalar contribuem para a dificuldade opera-

cional no processo de obtenção de custos. Apesar da aplicação de várias metodologias de custeio *bottom-up* ou *top-down* ao longo do tempo (custeio por absorção, *activity-based costing*, *time-driven activity costing*) e de este poder ser já considerado um tema clássico no âmbito da gestão de organizações de saúde, tal como Kaplan e Porter⁷ identificam, todavia, ainda não conseguimos calcular os custos da forma mais adequada.

Essas dificuldades refletem-se quando se torna necessária a utilização da informação de custos como apoio ao processo de tomada de decisões. São exemplos importantes a definição de preços e incentivos ou o desenvolvimento de estudos de avaliação económica.

O apuramento dos custos e o eventual desenvolvimento de incentivos associados aos eventos adversos apresentam à partida as dificuldades estruturais já existentes. Além disso, a tentativa de desenvolvimento de custeio associado aos eventos adversos encontrar-se-á ferida dessas limitações preexistentes.

A essa realidade, acresce a natureza intrínseca e, também, identificada na literatura que se pretende com os próprios registos dos eventos adversos. A regra de que só podemos medir o que se encontra registado também se aplica nesta situação: a medição do esforço incorrido por meio da aplicação de métodos de custeio só poderá ser aplicada se a informação de partida existir e for adequada.

Aos problemas tradicionais inerentes à aplicação dos métodos de custeio em organizações de saúde e ao estudo dos eventos adversos, acrescentam-se três desafios:

- A regularidade da sua obtenção: os sistemas tradicionais apresentam uma regularidade de obtenção dos custos já estabelecida, não acompanhando o ritmo imprevisível de ocorrência de eventos adversos. Para a determinação de custos dos eventos adversos, são tradicionalmente desenvolvidos estudos específicos, não existindo uma incorporação natural dessa informação nos indicadores económico-financeiros regularmente analisados na gestão intermédia ou estratégica das organizações de saúde.
- A unidade de custeio: tradicionalmente as unidades/objetos de custeio são os produtos, departamentos, programas, prestadores, populações, indivíduos. Apesar da ciência económica recorrer com regularidade ao conceito de oportunidade, a verdade é que a sua mensuração é complexa e recorre à melhor alternativa existente. O custeio da evitabilidade não é diretamente obtido por meio dos métodos tradicionais de custeio, necessitando de métodos comparativos e da identificação do esforço adicional ou marginal acrescido a uma determinada *baseline* (sabendo-se que também não há *golden standards* de erros aceitáveis).
- O custo do evento adverso é um custo evitável, que, em teoria, deveria não ser pagável. Trata-se de uma situação que não é regular e não se encontra diretamente

explícita nos modelos de pagamento do internamento hospitalar, como, por exemplo, por produto (grupos de diagnóstico homogêneos). Apesar da permanência acrescida do doente no internamento ser penalizante para um preço médio, há tipologias de eventos que poderão ser lesivos para os doentes e cuja duração de internamento *per se* poderá não ser sensível. Nos últimos anos, o desenvolvimento de métodos de *bundled payment* e pagamento baseados no valor apresentam vantagens a esse nível, uma vez que são mais compreensivos e focados nos problemas concretos de cada doente, incorporando medidas de qualidade relacionadas com a condição de cada doente.

A presença dessas limitações deverá ser atendida, mas não terá de ser desmobilizadora. Existe claramente espaço e *rationale* para uma conciliação que é mais do que metodológica e operacional. Em uma análise mais abrangente, essa relação representa um dos exemplos mais relevantes do interesse comum, mas, por vezes, pouco pacífico entre a retórica da “gestão” e da “clínica”. Parece ser evidente que a criação de valor (*outcome/custos*) deverá representar um ponto de encontro dessa dupla linha hierárquica.

FINANCIAMENTO E SEGURANÇA DO DOENTE

O financiamento tem sido considerado um importante instrumento para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, estabelecendo uma ligação entre a eficiência das instituições de saúde e a efetividade dos cuidados prestados e a afetação de recursos financeiros⁴.

Ao estabelecer incentivos financeiros, o processo de financiamento promove a adoção de comportamentos e estratégias que visem atingir os objetivos definidos. Nesse sentido, esse instrumento de gestão apresenta potencial enquanto ferramenta para a melhoria do desempenho das instituições de saúde no que se refere à qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes.

Da revisão realizada por El-Jardali e Fadlallah⁵, foi identificado que, no Líbano e na Jordânia, existe uma subutilização dos sistemas de incentivos que ligam acordos contratuais, regulamentos, acreditação e indicadores de desempenho, o que não estimula as instituições de saúde a melhorar a qualidade e a segurança do paciente. Contudo, essa realidade não é exclusiva desses dois países.

Em Portugal, o atual modelo de financiamento das instituições de saúde inclui uma componente dirigida para a qualidade, com especial enfoque na acessibilidade, mas também na segurança do paciente, por intermédio de dois índices (índice de risco e segurança do doente e índice do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – PPCIRA) implementados no âmbito do sistema de incentivos de *benchmarking*⁶.

Entretanto, esses indicadores compostos (índice de risco e segurança do doente e índice PPCIRA) não incluem uma vertente de valorização econômico-financeira da segurança do paciente, não se observando uma ligação entre custos diretos e indicadores específicos, o que limita o potencial da contratualização enquanto instrumento potenciador de melhoria nesse âmbito.

Desse modo, uma vez estabelecido um sistema de medição e monitorização de eventos adversos, custos diretos e investimento, poderá ser criado um indicador de fácil interpretação, descrito com numerador – total de custos diretos poupados pela prevenção de eventos adversos – e denominador – total de custos com investimento para a promoção da segurança do paciente, que expresse o desempenho alcançado pela instituição no âmbito da segurança do paciente e que o associem à afetação de recursos financeiros.

O total de custos diretos poupados pela prevenção de eventos adversos poderá ser calculado utilizando como valores de referência aqueles expressos na literatura¹, isto é, sabendo que cerca de 5,4% dos gastos com cuidados hospitalares, 3,3% dos gastos com cuidados de saúde primários e 3,9% dos gastos com cuidados de longa duração dizem respeito ao tratamento de indivíduos que sofreram de cuidados inseguros. Então, os custos poupados serão resultado da subtração dos custos diretos ocorridos para tratamento de danos resultantes de eventos adversos aos custos previstos para esse tratamento, ajustando ao número de doentes saídos por instituição de forma a ser possível a comparação entre instituições.

Dando como exemplo Portugal, assumindo para o ano 2019 a previsão de € 20.392.491 em despesa em saúde⁹, € 2.569.453,87 terão sido gastos para tratamento de danos resultantes de eventos adversos, dos quais € 1.101.194,51 terão sido gastos nos cuidados hospitalares. Assumindo um total de 787.746 doentes saídos em todas as instituições do SNS português no ano de 2019¹⁰, € 1,40 foi gasto por paciente para tratamento de danos por eventos adversos.

Assim, o total de custos diretos poupados pela prevenção de eventos adversos por instituição de saúde hospitalar poderá ser como *proxy* o total de custos diretos para tratamento de danos por eventos adversos (informação extraída do *dashboard* de segurança dos doentes) a subtrair pela multiplicação do total de doentes saídos por € 1,40.

No que concerne ao denominador do indicador – investimento realizado –, este poderá ser extraído diretamente do *dashboard* de segurança dos doentes. Para além desse indicador, e de forma complementar aos índices de segurança do paciente já definidos, propõe-se a definição de indicadores econômicos específicos, tais como a percentagem de gastos com medicamentos para tratamento na sequência de evento adverso, no total de gastos com medicamentos.

Para além da definição de indicadores de desempenho associados a incentivos financeiros, também o modelo de financiamento das instituições de saúde deve ser equacionado tendo em consideração o objetivo de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Por exemplo, apesar das vantagens existentes no modelo de financiamento dos cuidados hospitalares com base na atividade e na codificação dos episódios, perante um evento adverso, o nível de complexidade do paciente pode aumentar, levando a um pagamento superior, e estando, assim, o modelo de financiamento a funcionar como um incentivo perverso¹.

Também a possibilidade de o paciente ser tratado por múltiplas instituições e serviços de saúde de forma fragmentada e em silos pode contribuir para que a instituição na qual o dano (decorrente do evento adverso) teve origem não tenha informação sobre esse dano, não podendo, assim, avaliá-lo e corrigir os problemas subjacentes a ele¹.

O grande desafio reside na criação de um modelo de financiamento que, por um lado, estimule o investimento na prevenção dos eventos adversos e que recompense as instituições com melhor desempenho, e que, por outro lado, garanta que o custo do dano seja suportado pelo prestador de cuidados de onde o dano teve origem¹.

Novos modelos de financiamento, como os *bundled payments*/pagamentos por pacote de cuidados, podem contribuir para a melhoria da segurança do paciente ao nível dos sistemas de saúde¹.

Os pagamentos por pacote de cuidados caracterizam-se por incentivar os prestadores a trabalharem em coordenação para atingir melhores níveis de eficiência. Nesse modelo de financiamento, o custo do pacote de cuidados para tratamento de determinada condição de saúde, em um determinado período, está predeterminado, e os prestadores compartilham eventuais perdas ou ganhos resultantes da diferença entre o custo predeterminado e o custo real. Nesse modelo, os prestadores assumem o risco, uma vez que devem cobrir os custos incorridos para além do custo predeterminado, incluindo complicações e reinternações¹¹.

Modelos de financiamento como o descrito contribuem para que todos os prestadores se sintam envolvidos nos cuidados prestados e nos resultados desses cuidados para além da sua intervenção direta¹.

É possível, assim, por meio do modelo de financiamento, um alinhamento dos diferentes *stakeholders* da saúde, em particular, prestadores, gestores e decisores políticos, para a melhoria da segurança do paciente ao longo de todo o sistema de saúde.

Apenas com essa perspectiva de sistema de saúde e com o alinhamento de todos os envolvidos é possível melhorar a segurança do paciente e reduzir custos, para um sistema de saúde mais eficiente, de maior qualidade, orientado para o paciente e para a criação de valor.

PROPOSTA DE *DASHBOARD* DE SEGURANÇA DOS DOENTES

Sistema de medição e monitorização

Medir é o primeiro passo para gerir e melhorar, tal como referido pelo célebre físico William Thomson: “aquilo que não se pode medir, não se pode melhorar”. Desse modo, para que melhor se possa atuar no sentido de melhorar a segurança do paciente, é crucial o estabelecimento de um sistema de medição e monitorização regular dos eventos adversos e dos respectivos custos associados.

No que diz respeito à monitorização dos eventos adversos, esta é habitualmente realizada em exclusivo mediante a notificação de eventos adversos. Esse método apresenta limitações, tais como a elevada heterogeneidade e a subnotificação por ser um sistema de notificação voluntário¹² e pelo eventual receio dos profissionais de saúde de sofrerem represálias pelo evento ocorrido¹³.

Assim, o recente *policy brief* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)¹⁴ realça a necessidade de utilização de uma abordagem de medição assente em múltiplos métodos, sendo os principais:

- Notificação de eventos adversos (anteriormente referido);
- Dados recolhidos de forma rotineira – estes dados podem ser recolhidos para outros fins como financiamento e incluem os registos clínicos;
- Medidas reportadas pelos pacientes – a perspectiva dos pacientes é única e ajuda a melhorar os cuidados de saúde, mais centrados nos pacientes, ao captar *insights* que dificilmente são detectados por meio de outros métodos.

Para dar resposta ao método de recolha de dados reportados diretamente pelos indivíduos, a OCDE¹⁵ desenvolveu um conjunto de questões centrais a serem colocadas ao paciente submetido a cuidados de saúde, tais como “durante o internamento, sentiu-se confiante na segurança do seu tratamento e cuidados?” e “antes de sair do hospital, obteve todas as informações necessárias para saber que sintomas ou problemas de saúde ter com conta depois de sair do hospital?”.

No que concerne ao apuramento de custos associados aos eventos adversos, o estabelecimento de indicadores económicos exige a implementação de uma metodologia de custeio por paciente que permita a identificação do custo acrescido relacionado com o tratamento dos danos resultantes do evento adverso.

O somatório dos custos diretos acrescidos por paciente resultará em um custo total respeitante a um determinado período definido.

A implementação de um sistema de monitorização dos eventos adversos e dos custos a si associados tem potencial em si mesmo para incentivar as instituições de

saúde a melhorarem a segurança dos doentes¹, uma vez que permite uma maior consciencialização do impacto econômico desses eventos, bem como possibilita estabelecer comparações entre instituições, aumentando, assim, a motivação para melhorar o desempenho.

É ainda de ressaltar a mais-valia da implementação de um *dashboard* de segurança dos doentes para a promoção da comunicação e alinhamento estratégico de visões entre os prestadores de cuidados de saúde e os gestores, contribuindo, assim, para o envolvimento de todos para a melhoria da cultura de segurança e redução dos eventos adversos.

Eventos adversos e custos diretos

Atendendo ao objetivo primário do desenvolvimento de um *dashboard* de segurança dos doentes, que é o estabelecimento de uma ligação entre os eventos adversos e custos, consideramos como objeto de análise os principais tipos de eventos adversos identificados pela OCDE¹: a) eventos adversos a medicamentos; b) infecções associadas aos cuidados de saúde; c) quedas; d) úlceras por pressão; e) tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar); e f) erro de diagnóstico (diagnóstico incorreto ou tardio).

Do lado dos custos, em uma perspectiva de sistema de saúde, para além dos custos diretos para tratamento dos danos resultantes dos eventos adversos, também os custos indiretos, tais como a perda de produtividade associada, devem ser considerados¹. Contudo, em uma fase inicial de gestão do desempenho da instituição de saúde, o principal foco deve recair nos custos diretos.

Desse modo, como metodologia de apuramento de custos diretos e considerando que a ocorrência de eventos adversos está associada a elevados custos por mais dias de internamento, consumo de medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)¹⁶, propomos a identificação do tempo de internamento acrescido (valorizado ao preço da diária de internamento), calculando em separado o custo do tempo de internamento acrescido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como a identificação dos custos por consumo acrescido de medicamentos e de MCDT.

Para além dos custos diretos associados aos eventos adversos ocorridos quando do episódio de internamento, também os custos das admissões na urgência após a alta hospitalar e das readmissões no internamento, associadas a esses eventos, devem ser monitorizados. Assim, quando da admissão na urgência, propomos a identificação do tempo de permanência na urgência e a sua valorização considerando o total de custos associados ao centro de custos da urgência pelo total de horas na urgência de todos os

episódios, no período definido, bem como a identificação do tempo de internamento do episódio de readmissão no internamento, valorizado ao preço da diária de internamento. Quando de readmissão no internamento, para além do custo do tempo de internamento, também os custos por consumo de medicamentos e de MCDT devem ser considerados.

A identificação desagregada dos custos diretos permitirá uma melhor compreensão do fenómeno e conseqüente definição de estratégias.

Investimento

A monitorização precisa e regular dos custos diretos associados aos eventos adversos permite guiar o nível de investimento a realizar para a prevenção desses eventos¹.

Por meio de uma abordagem multinível – clínico, organizacional e sistêmico – o investimento na segurança do paciente ao longo de todo o sistema de saúde apresenta-se como um dos principais investimentos para gerar valor na área da saúde, ao otimizar quer os resultados em saúde, quer os custos¹.

No contexto da segurança do paciente, o numerador inclui os ganhos em saúde resultantes da prevenção de danos por eventos adversos e os custos poupados pela prevenção desses danos, enquanto o denominador inclui os custos de tornar os cuidados mais seguros¹.

Assim, em uma perspectiva de valorização econômico-financeira da segurança do paciente, também a inclusão de uma rubrica dedicada ao investimento realizado para promoção da segurança e prevenção de eventos adversos no *dashboard* é fundamental.

Para além das intervenções em nível clínico, a formação e os sistemas de informação apresentam significativo potencial de reduzir os eventos adversos, assumindo-se como estratégias nas quais o investimento se traduz em criação de valor para a saúde¹.

No âmbito do PNSD 2021-2026⁵, um dos objetivos estratégicos definidos para melhorar a cultura de segurança é, precisamente, “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente”; sendo também dado ênfase à necessidade de “promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras [...]” de forma a implementá-las e consolidá-las.

Nesse sentido, propomos que o *dashboard* evidencie, em particular, o investimento realizado em formação e investigação, programas de computador e sistemas de informação, e em equipamento e material específico. Poderão ser também incluídos outros tipos de investimento, tais como os gastos com os profissionais de saúde que desempenham funções em departamentos dedicados à segurança do paciente, tais como Gabinetes de Segurança do Doente ou Grupos de Coordenação Local do PPCIRA

A configuração do *dashboard* proposto é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. *Dashboard* Segurança dos Doentes

		Total	Eventos adversos a medicamentos	infecções associadas aos cuidados de saúde	Quedas	Úlceras por pressão	Tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar)	Erro de diagnóstico (diagnóstico incorreto ou tardio)
CUSTOS DIRETOS	Tempo de internamento acrescido em enfermaria							
	Tempo de internamento acrescido em UTI							
	Medicamentos							
	MCDT							
	Admissões na urgência							
	Readmissões no internamento							
	Total							
INVESTIMENTO	Equipamento e material específico							
	Formação e investigação							
	Programas de computador e sistemas de informação							
	Outros							
	Total							

Fonte: elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento apresenta potencial para contribuir para a melhoria de desempenho das instituições de saúde quanto à redução de eventos adversos. Contudo, para tal, é fundamental conhecer os métodos de custeio, a determinação e o acompanhamento dos impactos financeiros desses eventos, bem como do investimento realizado nesse âmbito.

O presente capítulo propõe, nesse sentido, a implementação de um *dashboard* em que é estabelecida a relação entre os principais eventos adversos e os custos diretos a si associados (discriminando por tempo de internamento acrescido em enfermaria, tempo de internamento em UTI, consumo acrescido de medicamentos e de MCDT, admissões na urgência e readmissões no internamento), e o investimento realizado no sentido de reduzir cada um desses eventos.

Uma vez identificados os custos diretos associados aos eventos adversos, é possível a definição de indicadores econômicos que reflitam o desempenho da instituição nesse âmbito e os recursos a afetar mediante esse desempenho, motivando, por meio do financiamento, a melhoria da qualidade dos cuidados e, em particular, da segurança do paciente. Desse modo, o modelo de financiamento e o processo de contratualização com as instituições de saúde são ferramentas que não podem ser desconsideradas para atingir o objetivo de melhoria da segurança do paciente.

Além do mais, para um sistema de saúde mais eficiente e de maior qualidade, é fundamental o envolvimento de todos os *stakeholders* com um objetivo comum. Outrossim, a implementação de um *dashboard* de segurança dos doentes, sendo um meio de comunicação entre os diferentes *stakeholders*, contribui para a melhoria da cultura de segurança e redução dos eventos adversos.

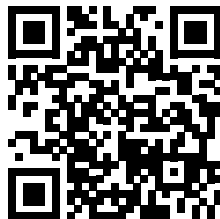
Referências

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. The economics of patient safety: from analysis to action. OECD; 2020.
2. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General. Geneva: WHO; 2019.
3. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366.
4. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, editors. Purchasing to improve health systems performance [Internet]. United Kingdom: Eur Obs Heal Syst Policies Ser; 2005 [cited 2021 Aug 8]. 322 p. Available from: www.openup.co.uk.
5. Portugal Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 9390/2021, de 24 setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*. 2021 set. 24.

6. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021 [Internet]. Lisboa ACSS; 2020 [citado 2021 ago 8]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>.
7. Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. *Harv Bus Rev.* 2016;94(7-8):88-98.
8. El-Jardali F, Fadlallah R. A review of national policies and strategies to improve quality of health care and patient safety: a case study from Lebanon and Jordan. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:1-13.
9. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Despesa corrente em cuidados de saúde [Internet]. Pordata; 2021 [citado 2021 ago 8]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde-3010>
10. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do sistema de Saúde (ACSS). Produção e rácios de eficiência [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 ago 8]. Disponível em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard
11. What Are Bundled Payments? *NEJM Catal*; 2018.
12. Chedid V, Vijayvargiya P, Camilleri M. Advantages and Limitations of the Federal Adverse Events Reporting System in Assessing Adverse Event Reporting for Eluxadoline. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:336-8. doi: 10.1016/j.cgh.2017.11.025.
13. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 29763131.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Measuring Patient Safety. Opening the black box. OECD; 2018.
15. Organisation for Economic Co-operation and Development. Patient-reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance. OECD; 2019.
16. Magdelijns FJH, Stassen PM, Stehouwer CDA, Pijpers E. Direct health care costs of hospital admissions due to adverse events in the Netherlands. *Eur J Public Health.* 2014;24:1028-33.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



CULTURA DA SEGURANÇA, LIDERANÇA E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE MAIS EFICIENTES

Paulo Sousa¹

Sofia Guerra Paiva²

Rui Cortes³

1. Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Coordenador do Centro Colaborador da OMS Educação, Investigação e avaliação da qualidade e segurança do doente.

2. Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

3. Doutorando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Consultor Lean na Saúde, na Lean Health Portugal.

Resumo

A aposta em uma cultura de segurança e de um ambiente de confiança nas organizações de saúde depende de vários fatores e da colaboração dos diferentes parceiros. A cultura de segurança deve ser mais do que uma estratégia prioritária, ela deve ser um valor essencial e estar alinhada com a visão e a missão da organização. Para tal, as lideranças têm de definir e tornar visíveis as prioridades e criar as condições necessárias para que os cuidados sejam prestados de acordo com os melhores padrões e de forma segura. No sentido de melhorar os processos, reduzir o desperdício e assegurar o máximo de eficiência, têm sido utilizadas, por diversas instituições de saúde, metodologias e ferramentas que deram provas de sucesso na área industrial. Exemplo disso são o Lean e o Six sigma. Neste capítulo, serão explorados os fatores que influenciam a cultura de segurança em organizações de saúde, destacando o papel da liderança e a adoção de ferramentas e metodologias que visam reduzir o desperdício, aumentando, assim, a qualidade e a segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Cultura de segurança. Organizações confiáveis. Segunda vítima. Eficiência. Lean.

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é um dos pilares da segurança do doente que tem ganhado relevo nos últimos anos entre a comunidade científica e clínica. Esta centra-se na compreensão de crenças e padrões que são valorizados, apoiados e esperados nas organizações de saúde¹. A cultura de segurança influencia a forma como os membros das organizações se comportam em relação a determinados eventos, por meio da aplicação de certos processos, procedimentos e ações.

Organizações com uma cultura de segurança fortalecida são caracterizadas por ter boa comunicação entre as equipes, confiança, alinhamento de visão em relação à importância da segurança dos doentes nas organizações de saúde e da aplicação de medidas preventivas para a melhoria dos cuidados^{2,3}.

O primeiro passo para a melhoria da cultura de segurança de uma instituição de saúde é a sua avaliação⁴. A escala de avaliação *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvida pela Agency for Healthcare Research and Quality, é uma das mais utilizadas em todo o mundo para avaliar a cultura de segurança nas organizações de saúde e encontra-se traduzida e adaptada para diferentes idiomas, nos quais se incluem o português e, concretamente, o português do Brasil. Essa escala é centrada em

12 dimensões principais: i) Trabalho em equipe; ii) Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; iii) Apoio à segurança do doente pela gestão; iv) Aprendizagem organizacional (melhoria contínua); v) Percepções gerais sobre a segurança do doente; vi) *Feedback* e comunicação acerca do erro; vii) abertura na comunicação; viii) frequência da notificação; ix) trabalho entre as unidades; x) dotação dos profissionais; xi) transições; xii) resposta ao erro não punitiva.

De acordo com uma revisão sistemática publicada em 2016, as dimensões mais robustas nas organizações de saúde são o “trabalho em equipe dentro das unidades” e a “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”. Por outro lado, a “resposta não punitiva ao erro”, a “transferência e transições de cuidados” e a “comunicação entre unidades” foram as dimensões sublinhadas como pontos fracos em nível organizacional⁵.

Vários estudos têm demonstrado que a promoção do trabalho em equipes multiprofissionais, a melhoria da comunicação, a utilização de ferramentas que têm como objetivo a redução do desperdício e o aumento da eficiência, a par com o empenho da liderança, são aspectos que contribuem para reforçar a cultura de segurança e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Neste capítulo, são abordados os diferentes fatores que importam considerar quando se pretende melhorar a cultura de segurança, dando particular enfoque no papel da liderança e das estratégias de redução do desperdício e aumento da eficiência – questão nuclear para as organizações de saúde e para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

ASPECTOS RELACIONADOS COM A CULTURA DE SEGURANÇA

A segurança constitui uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde. A busca pela melhoria contínua da qualidade da assistência e da segurança do paciente requer que os serviços de saúde desenvolvam uma cultura organizacional pautada na segurança como uma prioridade. Partilhar uma cultura de segurança fortalecida nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de Eventos Adversos (EA) evitáveis, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros e incidentes ocorridos e do redesenho dos processos – ou seja, atuando nos indivíduos e no sistema. Por consequência, nas últimas duas décadas, tem-se observado um interesse crescente pela cultura de segurança do paciente por parte de profissionais de saúde, pesquisadores/investigadores, gestores e formuladores de políticas/decisores políticos.

A melhoria da cultura de segurança nas organizações de saúde contribui para ambientes mais “transparentes”, seguros e eficazes. Daí resulta o estabelecimento de uma

comunicação atempada, honesta, empática e “aberta” entre os profissionais de saúde que prestam os cuidados, os doentes (envolvidos em um incidente durante a prestação de cuidados e que sofreram dano) e as suas famílias.

Esse tipo de abordagem, internacionalmente referida como “*open disclosure*”, pretende identificar o que correu mal e os pontos de melhoria para serem aplicados futuramente; responder de forma imediata às necessidades e apoiar os doentes e familiares; dar conhecimento e assumir a responsabilidade perante o outro⁸. Essa é uma das dimensões essenciais que fazem parte da resposta não punitiva ao erro, uma das áreas mais sensíveis nas organizações de saúde.

A resposta não punitiva ao erro tem, na sua base, ambientes psicologicamente seguros (*psychological safety*). O termo *psychological safety*, inicialmente introduzido por James Reason e, mais tarde, popularizado por Amy Edmondson, é definido “*shared belief that is safe to take interpersonal risks*”, ou seja, baseia-se no estabelecimento de uma premissa em que é “seguro” partilhar e discutir os diversos problemas e preocupações entre os diferentes membros das equipas, sem julgamento⁹. Igualmente relacionada com a cultura organizacional, encontra-se a importância de incentivar e promover a notificação de EA, incidentes ou quase erros (*near miss*).

A subnotificação nas organizações de saúde é um problema que tem sido realçado por todo o mundo^{10,11}. O baixo número de notificações limita a ação de melhoria após a ocorrência do incidente, na medida em que não se tem conhecimento do que aconteceu e, por isso, não se pode analisar o contexto, os fatores contribuintes nem atuar com ações que visem mitigar ou prevenir ocorrências semelhantes – ou seja, não permite a procura de soluções e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, a cultura de segurança é um pilar essencial da segurança do doente. A existência de equipas de saúde mais atentas, despertas e participativas na resposta ao erro, de forma não punitiva, o compromisso das lideranças, o envolvimento dos doentes nos seus cuidados e uma política e ambiente promotor de notificação de incidentes para a procura de soluções futuras constituem fatores relevantes para consolidar o caminho para organizações mais eficientes e confiáveis.

CULTURA DE SEGURANÇA E APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA RESPOSTA À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Estudos realizados nos Estados Unidos da América e no Canadá estimam que 30% a 40% dos profissionais de saúde, respectivamente, sofrem consequências físicas e/ou psicológicas decorrentes do envolvimento em um incidente durante a prestação

de cuidados de saúde^{12,13}. Esses profissionais são considerados as segundas vítimas, ou seja, profissionais que “também sofrem” após a ocorrência de um EA durante a prestação de cuidados, tal como Albert Wu, em 2000, refere no editorial intitulado “*Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too*”¹⁴.

A questão das segundas vítimas tem adquirido uma importância crescente nas agendas internacionais. Assim, no ano 2020, o Dia Mundial da Segurança do Doente, celebrado em 17 de setembro de 2020, foi dedicado à necessidade de apoiar os profissionais de saúde nas organizações de saúde e a sua importância para a segurança do doente, retratada no slogan ‘*Safe health workers, Safe patients*’. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou como principais objetivos: reconhecer a importância da segurança dos profissionais de saúde e a sua relação com a segurança do doente; envolver os vários parceiros na adoção de diversas estratégias para melhorar a segurança dos profissionais de saúde e dos doentes; implementar ações urgentes e sustentáveis envolvendo parceiros empenhados; fornecer o devido reconhecimento à dedicação e trabalho árduo dos profissionais de saúde, particularmente, durante a pandemia provocada pela covid-19¹⁵. Foi ainda publicado um capítulo intitulado “*Health worker safety: a priority for patient safety*” que recomenda o desenvolvimento e a implementação de programas centrados no apoio e na segurança dos profissionais de saúde como ações prioritárias para fortalecer o sistema de saúde¹⁶.

Em 2020, teve início o projeto internacional denominado *The European Researchers’ Network Working on Second Victims*, parte da *COST (19113) Action European Cooperation in Science and Technology* (para mais informações, <https://cost-ernst.eu/>). Esse projeto reúne, pela primeira vez, vários peritos de diversas áreas de atuação e experiências profissionais, bem como organizações (por exemplo, associações de doentes e instituições governamentais) para desenvolver investigação, criar conhecimento e partilhar na área da segunda vítima e contribuir para a alteração de políticas e formas de atuações diante do erro e da ocorrência de EA.

A melhoria de qualidade dos cuidados prende-se não apenas por processos e procedimentos efetivos, mas também por recursos humanos e equipas clínicas motivadas, resilientes e saudáveis. Por isso, a otimização do desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados, ou seja, a minimização da ocorrência de incidentes inesperados, é considerada essencial em sistemas complexos como são as organizações de saúde^{17,18}.

O Programa RISE: *Caring for the Caregiver*, desenvolvido no Johns Hopkins Hospital, é um exemplo de implementação de sucesso de um programa de apoio e suporte aos profissionais de saúde envolvidos na ocorrência de incidentes ou EA em contexto hospita-

lar. Os seus programas de formação para apoio, entre pares, à segunda vítima têm sido internacionalmente reconhecidos. O RISE revela estratégias importantes que permitem ultrapassar barreiras à implementação e, dessa forma, aumentar a sua efetividade¹⁹.

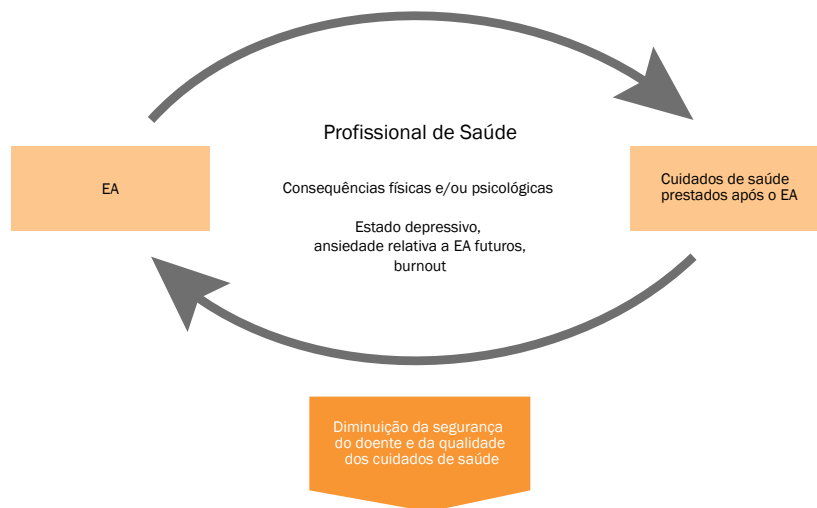
Sabe-se que após o envolvimento de um profissional de saúde em um EA, a probabilidade de ele estar envolvido em um incidente futuro é maior, caso não existam estruturas e processos organizacionais adequados, que analisem a ocorrência e definam atuações, de forma a dar o devido apoio aos profissionais de saúde²⁰⁻²³.

A ausência de apoio aos profissionais poderá levar a que os profissionais de saúde encontrem formas disfuncionais de lidar com o acontecimento e com as suas emoções²⁴. Situações relacionadas com estados depressivos, ansiedade, *burnout*, aumento de consumo de álcool são algumas consequências após o envolvimento em incidentes, podendo mesmo, em alguns casos, potenciar o suicídio^{20,25,26}.

Vários estudos têm indicado que estes tipos de consequências são frequentemente impactantes na vida pessoal e profissional das segundas vítimas, fato que aumenta o risco de envolvimento em incidentes futuros e afeta a prestação de cuidados, tanto no âmbito das relações entre os profissionais de saúde e os doentes como nas relações interprofissionais^{20,26,27}.

Desse modo, a ausência de estruturas e processos organizacionais poderá levar a um ciclo repetitivo, ilustrado na figura seguinte:

Figura 1. Ciclo ocorrência de Eventos Adversos na perspectiva da SV



Fonte: elaboração própria.

A organização de saúde deve estar, por isso, preparada para apoiar esses profissionais, com estratégias, ferramentas e estruturas apropriadas, apoio das lideranças e dos pares para minimizar o impacto que os profissionais de saúde vivenciam após o envolvimento no incidente²⁸.

CULTURA DE SEGURANÇA E LIDERANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Os serviços de saúde, tendo em consideração a sua natureza complexa, enfrentam conjuntos específicos de riscos e desafios relacionados com a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade. Essa complexidade é dinâmica ao longo do tempo, sendo influenciada por diversos fatores, como a estrutura e os processos de trabalho; os investimentos técnicos e financeiros; os avanços tecnológicos; as mudanças demográficas e epidemiológicas; as lideranças e as prioridades que estas definem e o comportamento dos pacientes²⁹.

As questões da cultura de segurança são transversais a todos os profissionais que, direta ou indiretamente, relacionam-se com a prestação de cuidados de saúde. No entanto, o papel e o compromisso da alta liderança (por exemplo, Conselhos de Administração, CEO) são fundamentais. Os líderes das organizações de saúde devem definir e criar condições para promover expectativas e comportamentos essenciais a uma cultura de transparência e segurança.

Ao priorizar, desenvolver e criar condições de sustentabilidade para uma cultura centrada na segurança, os líderes conduzem a organização para um patamar/nível no qual os pacientes e os prestadores de cuidados sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema e a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também para que se aprenda com os erros e como responder de forma transparente aos desafios da complexidade e do contexto, inerentes à prestação de cuidados de saúde³⁰.

Apesar de ser consensual a importância que os líderes das organizações de saúde têm, ou devem ter, na definição de estratégias que ajudem a reforçar a cultura de segurança, tal tem-se mostrado tarefa difícil em muitas instituições em todo o mundo. Atentos a essa necessidade, o Institute for Healthcare Improvement/National Patient Safety Foundation (IHI/NPSF) em conjunto com o Lucian Leape Institute (LLI) e o American College of Healthcare Executives (ACHE) elaboraram, recentemente, um documento que contém os seis domínios que os líderes devem seguir para desenvolver e garantir a sustentabilidade de uma cultura de segurança robusta para as suas organizações de saúde³⁰.

Os seis domínios incluem: i) estabelecer uma visão convincente para a segurança – a ideia aqui é que essa visão seja alinhada com a missão da organização e, dessa forma, demonstre-se que a segurança é um valor central da organização; ii) construir um clima de confiança, respeito e inclusão que seja transversal a toda a organização e que inclua os pacientes e famílias; iii) envolver os profissionais de saúde e promover a formação contínua nas áreas da segurança, da ciência da melhoria e, em simultâneo, garantir que a cultura de segurança é avaliada e que são introduzidas melhorias com vista ao seu reforço; iv) priorizar a segurança e o desenvolvimento de líderes, identificando profissionais que se destaquem como “champions” (com capacidade para influenciar os pares) pelo seu interesse e preocupação para com as questões da qualidade e da segurança do paciente; v) criar condições para uma cultura justa, em que se promova a notificação de erros, incidentes, “near-misses”/quase-erros, EA e se discuta livremente as preocupações relativas a segurança dos pacientes e dos profissionais – as organizações de saúde devem implementar um sistema que permita monitorizar o respeito (ou não respeito) pelos protocolos e procedimentos de boas práticas, bem como estratégia de resposta e apoio aos profissionais envolvidos em ocorrências indesejáveis (EA, erros, etc.); vi) promover comportamentos e expectativas que favoreçam e reforcem a cultura de segurança da organização. Os líderes seniores devem ser os exemplos a seguir e mostrar o seu compromisso e colaboração na promoção de um clima de transparência (em que qualquer profissional possa falar sobre as suas preocupações em relação às questões da segurança – speak up). Nesse domínio devem, ainda, ser incentivados o *feedback* contínuo, o trabalho em equipe e a comunicação efetiva.

ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE MAIS EFICIENTES: LEAN

A eficiência das organizações de saúde, bem como a segurança dos cuidados prestados aos pacientes, revela-se um dos principais desafios atuais no setor da saúde. Isto é expresso de forma clara no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) *Tackling Wasteful Spending in Healthcare, 2017*³¹, em que é referido que “uma significativa parte das despesas de saúde nos países da OCDE é, na melhor das hipóteses, ineficaz e, na pior das hipóteses, um desperdício. Existem soluções”³¹.

É também referido que “Um em cada dez pacientes em países da OCDE é desnecessariamente prejudicado nos cuidados de saúde”³¹, para além de ser destacado que “mais de 10% das despesas hospitalares são relacionadas com erros médicos e infeções que os pacientes adquirem e que podem ser prevenidos”³¹.

Contudo, e tal como mencionado inicialmente, existem soluções. Para tal, é necessário reduzir o máximo possível os desperdícios na prestação de cuidados, na gestão e organização de serviços de saúde, e na governança dos sistemas de saúde³¹.

Em um momento em que os orçamentos públicos estão sob pressão, em todo o mundo, é preocupante que uma parte relevante – cerca de 20% dos gastos com saúde – não contribua diretamente para a obtenção de bons resultados em saúde”³¹.

Além do acima referido relatório da OCDE, vários estudos estimam que, nos Estados Unidos da América, cerca de 30% da despesa em saúde pode ser considerada desperdício. Isso apesar de todos os esforços que têm sido feitos para reduzir situações de sobretratamento (*overuse*), para melhorar os cuidados prestados e para combater os custos excessivos³².

O reconhecimento do elevado nível de desperdício associado ao setor da saúde pode ter sido um dos impulsionadores do crescimento da utilização de metodologias como o Lean ou o Six Sigma, com as quais se procura dar resposta à necessidade de reduzir o desperdício e assegurar a redução da variabilidade dos processos. Podemos assim dizer que muitas organizações de saúde, tendo em consideração os desafios acima referidos, têm recorrido a abordagens tradicionalmente usadas na indústria, de modo a aumentar a qualidade e a segurança nos cuidados prestados aos doentes³³. A utilização do Lean aplicado à prestação de cuidados em saúde, para além de inovador, acrescenta valor e melhora os serviços prestados ao doente e, simultaneamente, diminui ou elimina os desperdícios: a adoção dos princípios Lean tem sido cada vez mais utilizado em diversas instituições de saúde em diferentes países.

Do ponto de vista histórico, podemos recuar à fase do pós-II Guerra Mundial; em um período em que a economia japonesa tentava recuperar a indústria de automóvel Toyota, tendo como objetivo aumentar a sua competitividade ante as marcas dos Estados Unidos da América. Um colaborador da Toyota, Engenheiro Taichi Ohno, desenvolveu o, ainda hoje inspirador, “Toyota Production System”. Esse sistema assenta na procura constante de melhoria e tem por base a lógica em que cada colaborador tem duas tarefas essenciais: fazer o seu trabalho e melhorar o seu trabalho³⁴. A componente de “melhorar o seu trabalho” estava muito associada à constante identificação dos sete desperdícios que podem ser identificados em cada processo, seja ele de saúde ou de outra área, e que são os seguintes: i) de tempo; ii) de deslocação; iii) de transporte; iv) de inventário; v) de excesso de produção; vi) de excesso de processos; vii) de defeito. Mais recentemente, surgiu um oitavo desperdício – de talento – que se prende com o fato de ter colaboradores diferenciados a executar tarefas sem valor acrescentado.

Assim, segundo Rotter e colaboradores³³, a metodologia Lean é um conjunto de ferramentas que podem ser usadas para melhorar o desempenho, destacando-se dois tipos de atividades essenciais: atividades de “avaliação” ou de “observação” e atividades de melhoria. As primeiras são de carácter analítico e servem para identificar os

desperdícios e áreas de possível melhoria. As segundas sugerem formas específicas de reduzir o desperdício e melhorar o posto de trabalho (e, conseqüentemente, o que daí resulta), por meio da introdução de novas práticas – melhorias.

São vários os processos em que se pode assistir ao benefício que a metodologia Lean acrescenta às organizações de saúde de diferentes níveis e tipologias de cuidados. O uso das ferramentas Lean nas atividades diárias de unidades de cirurgia ambulatorial, essenciais para reduzir o desperdício, melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais efetivos e eficientes, é exemplo disso³⁵.

Também Sethi³⁶, em um estudo feito em um serviço de ortopedia, refere que hospitais que usam Lean estão mais preparados para reduzir complicações, melhorar os “outcomes” dos doentes e otimizar o ratio custo/benefício por doente tratado.

Os erros de medicação são uma das tipologias que mais afetam a segurança do doente. Os princípios do Lean e Six Sigma têm demonstrado contribuir para a melhoria e conseqüente redução dos erros de medicação e para aumentar a segurança do doente e reduzir custos operacionais³⁷.

DESEMPENHO, COMUNICAÇÃO, LIDERANÇA, MONITORIZAÇÃO E SUPORTE ENTRE PARES

No ponto anterior, evidenciou-se a necessidade de implementar uma cultura de melhoria contínua de forma que, idealmente por meio do envolvimento dos profissionais, seja possível combater o elevado nível de desperdício organizacional e, simultaneamente, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população.

Gary Kaplan, médico e presidente do Virginia Mason Medical Centre, refere que a cultura de transparência é um dos pontos essenciais para desenvolver organizações de saúde seguras para os doentes, e pode-se encontrar no relatório *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency* do National Patient Safety Foundation’s Lucian Leape Institut, de 2015, a definição da transparência como “o livre e desinibido fluxo de informação que é aberta a ser descortinada por outros”³⁸.

No referido relatório, são identificados quatro níveis de transparência que deverão existir nas organizações de saúde: i) a transparência entre profissionais de saúde e os doentes, estimulando um clima de confiança, responsabilidade e antecipação perante os riscos e eventuais ocorrências indesejáveis; ii) a transparência intraprofissionais de saúde e dentro da(s) equipe(s); iii) a transparência entre organizações de saúde; e iv) a transparência com o público em geral – muito relacionado com a responsabilidade perante a sociedade (*accountability*) que deve existir e que deve incluir informação clara sobre os resultados em saúde, no que diz respeito à qualidade e segurança do doente.

Para reforçar a coesão das equipes e das organizações de saúde, bem como a cultura de transparência, os “*Huddle Meeting*” têm tido um papel fundamental^{39,7}. Os “*Huddle Meetings*” ou “*Daily Safety Huddle*” são uma ferramenta/forma robusta para criar e reforçar um ambiente em que os profissionais da linha da frente podem falar abertamente sobre preocupações relativas à segurança do doente além de contribuir para uma maior abertura e discussão com a liderança das organizações sobre esses aspectos⁴⁰. Essas reuniões devem ter uma duração curta (cerca de 10 a 15 minutos), e deverão ser abordados e discutidos pela equipe multidisciplinar, de forma aberta e participativa, os problemas que ocorreram no turno, dia ou semana anterior, bem como antecipar – dentro do possível – as respostas ao turno, dia ou semana seguinte. Essas reuniões podem ser realizadas à escala da organização ou de um serviço ou departamento⁴¹.

Em síntese, pode-se afirmar que é essencial uma transformação ao nível das organizações de saúde, em que uma cultura de transparência e abertura perante o erro e as falhas permite reduzir o desperdício em saúde. A esse nível, o trabalho de equipe, a comunicação efetiva, a transparência e confiança entre os parceiros e o compromisso das lideranças, com definição clara das prioridades e criação das condições adequadas, constituem os pilares essenciais para a melhoria contínua da qualidade (incluindo as dimensões da efetividade, eficiência, acesso atempado, foco no doente/paciente, equidade) e segurança dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança deve ser mais do que uma estratégia prioritária, ela deve ser um valor essencial e estar alinhada com a visão e missão da organização. Para tal, requer o envolvimento e o compromisso de toda a equipe de saúde, os que estão na linha da frente, os gestores, as lideranças e todos os que contribuem, de forma direta ou indireta, para os cuidados; bem como os pacientes e famílias. Um ponto muito importante a destacar é que, apesar das exigências em criar uma visão estratégica para a segurança nas organizações de saúde, as ações para disseminar e garantir a sustentabilidade de uma cultura de segurança robusta e ações com vista a tornar as organizações mais eficientes são um trabalho contínuo e permanente no qual todos temos um papel a desempenhar.

Referências

1. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041) [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2021 Oct 25]. Available from : <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
2. Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group of Human Factors. London: HMSO; 1993.
3. Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work & Stress*. 1991;5:93-106.
4. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004;30: 59-68.
5. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 2020;23;32(7):487. doi: 10.1093/intqhc/mzy171.
6. O'Donovan R, McAuliffe E. A systematic review exploring the content and outcomes of interventions to improve psychological safety, speaking up and voice behaviour. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:101 doi: 10.1186/s12913-020-4931-2
7. Edbrooke-Childs J, Hayes J, Sharples E, Gondek D, Stapley E, Sevdalis N, et al. Development of the Huddle observation tool for structured case management Discussions to improve situation awareness on inpatient clinical wards. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:365-72. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006513
8. Aged Care Quality and Safety Commission. Open disclosure Framework and guidance. Australian Government; 2019.
9. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350-83. doi: 10.2307/2666999.
10. Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf*. 2010;6(4):247-50. doi: 10.1097/pts.0b013e3181fd1697
11. Hazell L, Shakir SA. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf*. 2006;29(5):385-96.
12. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;35(5):233-40.

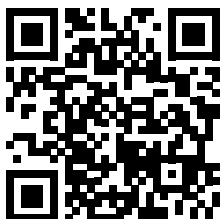
13. Wolf Z, Serembus J, Smetzer J, Cohen C. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec.* 2000;14(6):278-87
14. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320(7237):726-7. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726
15. World Health Organization. Keep health workers safe to keep patients safe: WHO [Internet]. Geneva: WHO; 17 Sep 2020 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
16. World Health Organization. Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.
17. Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;(10):89-95.
18. Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *Int J Qual Heal Care.* 2020;32(5):1-6.
19. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open.* 2016;6(9).
20. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325-31
21. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:593-603;
22. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev.* 2007;32(3):203-12.
23. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336(7642):488-91.
24. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320(7237):726-7. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726
25. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open.* 2019;9(7):e029923.

26. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325-31;
27. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2012;36(2):135-62.
28. Marran JE. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manage.* 2019;26(6):36-43.
29. Waterson P, editor. *Patient safety culture: theory, methods, and application.* Farnham, Surrey UK: Ashgate; 2014.
30. The American College of Healthcare Executives *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success.* Chicago: The American College of Healthcare Executives; 2017.
31. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Tackling Wasteful Spending on Health.* Paris: OECD Publishing; 2017. doi: 10.1787/9789264266414-en
32. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. (2019). Waste in the US Health Care System. *JAMA.* 2019;322(15):1501-09. doi: 10.1001/jama.2019.13978
33. Rotter T, Plishka C, Lawal A, Harrison L, Sari N, Goodridge D, et al. What Is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review. *Eval Health Prof.* 2019;42(3):366-90. doi: 10.1177/0163278718756992
34. Ohno T. *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production.* New York: Productivity Press; 1988.
35. Elsharydah A, Michaelis MA, Rajan N. *Lean Management: Inventory, Waste Management.* In: Rajan N, editor. *Manual of Practice Management for Ambulatory Surgery Centers.* Cham: Springer International Publishing; 2020. doi: 10.1007/978-3-030-19171-9_8
36. Sethi R, Yanamadala V, Burton DC, Bess RS. Using Lean Process Improvement to Enhance Safety and Value in Orthopaedic Surgery. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017;25(11):244-50. doi: 10.5435/JAAOS-D-17-00030
37. Trakulsunti Y, Antony J. Can Lean Six Sigma be used to reduce medication errors in the health-care sector? *Leadersh Health Serv (Bradf Engl).* 2018;31(4):426-33. doi: 10.1108/LHS-09-2017-0055
38. National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. *Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency.* Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
39. Schwappach D, Richard A. Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Qual Saf.* 2018;27:827-35

40. Aldawood F, Kazzaz Y., AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Quali.* 2020;9(1):e000753. doi: 10.1136/bmjoq-2019-000753
41. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, Huancahuari N, Morris CA, Pearson M, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(10):1-2. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009911

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES

Paulo Sousa¹

Maria João Lobão²

Luiziane Pereira³

1. Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Coordenador do Centro Colaborador da OMS Educação, Investigação e avaliação da qualidade e segurança do doente.

2. Doutoranda em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Médica especialista em Medicina Interna no Hospital de Cascais.

3. Mestranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Enfermeira.

Resumo

O tema da segurança do doente tornou-se, nas últimas décadas, uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e por todo o mundo, sendo internacionalmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade em saúde. Não é surpreendente que a segurança do doente constitua, provavelmente, aquela que tem tido maiores desenvolvimentos nas últimas décadas no contexto internacional. Recentemente, a apresentação e a aprovação do documento *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, na 74ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2021, reforçaram a necessidade de destacar na agenda das políticas de saúde dos países signatários a importância da segurança do doente, pretendendo constituir o princípio orientador dos planos nacionais desenvolvidos e a desenvolver no âmbito da segurança do doente. Nos últimos quatro anos, foram publicados diferentes documentos, em diversos países da Europa, Estados Unidos da América, Canadá e Austrália, que acentuaram a importância que tem tido o planejamento estratégico na área da segurança do doente. Neste capítulo, apresentam-se os principais aspectos e características de alguns planos estratégicos desenvolvidos em diversos países, bem como as principais orientações do Plano Global para a Segurança dos Doentes para a próxima década (2021-2030) definido pela Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: Planejamento estratégico. Realidades internacionais. Definição de prioridades.

INTRODUÇÃO

A segurança dos doentes e as consequências que decorrem da falta dela constituem, hoje, tema incontornável em muitos países, sendo considerado como um sério problema de saúde pública que urge dar resposta.

Torna-se, assim, muito importante definir prioridades, metas e ações para um determinado período, assim como identificar quem faz o quê (responsabilidade), como, quando e com que recursos – em síntese, é fundamental planejar estrategicamente e acompanhar a sua implementação para que se possam alinhar ações, otimizar recursos e potenciar resultados em segurança doente.

Neste capítulo, são apresentadas as linhas gerais do documento estratégico, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a próxima década – *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* –, bem como os principais aspectos e prioridades definidas por vários países ao nível do planejamento estratégico para a área da Segurança do Doente (SD).

GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030 – A ESTRATÉGIA GLOBAL DA OMS PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES PARA A PRÓXIMA DÉCADA 2021-2030

A resolução 72.6 da Assembleia Mundial da Saúde, de 28 de maio de 2019, intitulada “*Global Action on patient safety*”, concretizou a importância da definição de um plano estratégico global na área da SD, considerada como uma prioridade na agenda da saúde à escala mundial¹. É nela que se declara, pela primeira vez, o Dia Mundial da Segurança do doente (17 de setembro), como forma de aumentar a consciencialização global sobre o tema e comprometer os Estados-Membros ao desenvolvimento de esforços conjuntos em prol da SD. A resolução clarifica a necessidade de colaboração com todos os parceiros relevantes para promoção, priorização e inclusão dos aspectos relacionados com a SD nas políticas de saúde¹. É ainda solicitada a construção de um Plano de Ação Global para a Segurança do Doente, 2021-2030, elaborado pela OMS e aprovado para implementação na 74ª Assembleia Mundial da Saúde decorrida em maio de 2021².

O *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* da OMS resulta de um processo participativo com o contributo de peritos internacionais reconhecidos na área da SD. Esse plano tem como visão um mundo no qual ninguém é sujeito a danos relacionados com os cuidados de saúde e em que cada doente recebe cuidados seguros, de forma respeitosa, em cada momento e em qualquer lugar. A missão é impulsionar o desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, baseadas na evidência, na experiência do doente, no desenho dos sistemas e no estabelecimento de parcerias, para eliminar todas as fontes de riscos e danos evitáveis para os doentes e profissionais de saúde. O objetivo último deste plano estratégico é mitigar e reduzir, à escala global, o máximo possível, o dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros².

Para orientar o desenvolvimento e a implementação da estrutura de ação proposta nesse documento orientador, foram estabelecidos sete princípios orientadores: 1) envolvimento dos doentes e famílias com parceiros na prestação de cuidados seguros; 2) alcance dos resultados por meio de um trabalho colaborativo; 3) análise e partilha de dados para gerir o conhecimento; 4) tradução das evidências em ações de melhoria mensuráveis; 5) políticas e ações ajustadas a cada contexto; 6) uso do conhecimento científico e da experiência do doente para melhoria da segurança; 7) promoção da cultura de segurança no desenho do sistema de saúde e na prestação de cuidados.

A garantia da SD na prestação de cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos, sem exceção, que requer uma participação ativa dos envolvidos no processo, sejam doentes e suas famílias, instituições de saúde, organizações governamentais ou

não governamentais, do setor público ou privado, governos e organizações internacionais. Assim, para a implementação e execução desse plano, são considerados parceiros fundamentais: i) os governos de cada país: ministérios da saúde e outros que possam ser envolvidos na SD, órgãos legislativos, órgãos regulatórios, órgãos executivos em nível nacional e subnacional; ii) todas as unidades de saúde, em todos os níveis de prestação de cuidados, independentemente do seu âmbito de atividade; iii) parceiros vários, como organizações não governamentais, associações de doentes, grupos profissionais, sociedades científicas, instituições acadêmicas e na área da investigação, organizações da sociedade civil, entre outras; iv) secretariados e responsáveis nos diferentes níveis da OMS, incluindo a sede, escritórios regionais e delegações dos próprios países².

A operacionalização do *Global Patient Safety Action Plan 2021-203* assenta em sete Objetivos Estratégicos (OE) que terão necessariamente de ser tidos em conta por todos os parceiros envolvidos. Os OE definidos nesse plano são²:

- OE1: Fazer do “dano evitável zero” o estado de espírito e a regra para o envolvimento no planejamento e prestação de cuidados de saúde em qualquer lugar;
- OE2: Construir sistemas e organizações de saúde altamente confiáveis que protejam diariamente os doentes do dano;
- OE3: Assegurar a segurança em todos os processos clínicos;
- OE4: Envolver e empoderar os doentes e as famílias na prestação de cuidados de saúde seguros;
- OE5: Inspirar, educar e capacitar os profissionais para a contribuição em relação ao desenho e atuação nos sistemas de saúde seguros;
- OE6: Garantir um fluxo constante de informação e conhecimento para impulsionar a mitigação de riscos e reduzir o dano evitável e, com isso, introduzir melhorias na segurança da prestação de cuidados de saúde;
- OE7: Desenvolver e sustentar sinergias, parcerias e solidariedade, multinacionais e multissetoriais, para melhorar a SD e, de forma mais geral, a qualidade dos cuidados de saúde.

Nesse documento orientador, cada um desses objetivos tem subjacente cinco estratégias, que permitirão a criação de uma matriz 7x5. As estratégias são operacionalizadas em ações, categorizadas em função dos quatro parceiros atrás descritos, de forma a facilitar o processo de implementação.

Naturalmente que o contexto e a maturidade das organizações de saúde em relação à SD não são homogêneos à escala global, aspectos que foram tidos em conta pela OMS na construção desse plano estratégico. A cada Estado-Membro, cabe a responsabilidade de efetuar uma análise situacional (diagnóstico de situação) e identificar as

áreas em que há margem para melhoria, em alinhamento com o determinado no plano. São propostos um enquadramento global e um conjunto de metas a alcançar por cada Estado-Membro, de forma a que esse plano possa ser implementado de acordo com as metas e *timings* definidos.

O processo de implementação desse plano será avaliado pela OMS, em coordenação com os Estados-Membros, por meio da recolha de dados de um conjunto de dez indicadores principais, que estão alinhados com os OE. Além disso, caberá a cada país desenhar indicadores adicionais específicos para medir resultados relacionados com problemas específicos no seu próprio contexto.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA A SD: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Outro aspecto importante que o *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* reforçou foi a necessidade de destacar na agenda das políticas de saúde dos países signatários a importância da SD, pretendendo constituir o princípio orientador de todos os planos nacionais desenvolvidos e a desenvolver no âmbito da SD.

Adicionalmente, a SD encontra-se intrinsecamente relacionada com o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde, que, por sua vez, é um dos *Sustainable Development Goals* (SDG) – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) – definido pelas Nações Unidas (Objetivo 3.8): “*Ensure healthy lives and promote health and well-being for all at all ages*”³.

A análise, que a seguir se descreve, de diferentes documentos, todos eles elaborados nos últimos quatro anos, reforçou a importância que tem havido, em nível nacional e internacional, em definir e planejar estrategicamente essa componente fundamental e transversal dos sistemas de saúde – a avaliação, melhoria e garantia da segurança dos doentes.

Um trabalho dessa natureza, com o rigor e a profundidade que os autores lhe quiseram imprimir, beneficiou-se da análise desses diferentes planos nacionais elaborados por vários países, concretamente: Suíça, Inglaterra e País de Gales, Escócia, Espanha, Irlanda, Austrália e Finlândia, para referir alguns exemplos.

Destaca-se o relatório do Conselho Federal de Saúde Pública suíço, *Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare*, publicado em 25 de junho de 2019. Nesse documento, é feita uma análise transversal do país em relação à segurança dos doentes e à qualidade em saúde, concluindo com oito recomendações para o futuro. Dessas Recomendações, destacam-se: i) a importância de envolver os doentes e os cuidadores como parceiros; ii) a necessidade de valorizar, capacitar e apoiar os profissionais de saúde/equipes de saúde; iii) a necessidade de apoiar os doentes, cuidadores e profissionais

após a ocorrência de Eventos Adversos (EA); iv) a importância de investir na formação dos profissionais de saúde nas áreas da qualidade e segurança e; v) a importância de investir na investigação nessas mesmas áreas^{4,5}.

O plano elaborado para Inglaterra e País de Gales, *The NHS Patient Safety Strategy*, publicado em julho de 2019, traduz a estratégia definida por esses países para os próximos anos no âmbito da segurança dos doentes. A estratégia passa pela definição de áreas clínicas prioritárias e pelo desenvolvimento de Recomendações nesse âmbito, tais como: i) Maternidade e Segurança Neonatal; ii) Segurança do Medicamento; iii) Saúde Mental; iv) Saúde do Idoso; e v) Inovação e Investigação⁶.

O plano escocês, *Scottish Patient Safety Programme*, foi desenvolvido pela primeira vez em 2008, sendo, desde então, atualizado diversas vezes. Esse plano define uma série de princípios orientadores, dos quais se destacam quatro: i) o cuidado centrado na pessoa/doente; ii) a comunicação segura entre equipes; iii) a liderança para promover uma cultura de segurança em todos os níveis; iv) a necessidade de processos clínicos e de cuidados seguros consistentes em todos os níveis de cuidados. Por sua vez, de forma semelhante ao plano desenvolvido para Inglaterra e País de Gales, também são definidas áreas clínicas para intervenção prioritária, de que são exemplo: a) Cuidados de Saúde Agudos e Cuidados de Saúde Primários; b) Saúde Mental; c) Saúde Materna; d) Neonatologia e Pediatria; e) Segurança do Medicamento⁷.

No cenário espanhol, a *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020* consistiu inicialmente em uma análise da situação expressa pela magnitude e pelo impacto dos danos associados aos cuidados de saúde, juntamente com as intervenções desenvolvidas em nível internacional e nacional⁸. Nesse âmbito, foram elaboradas linhas estratégicas que mantêm os princípios básicos da estratégia de SD já em desenvolvimento, incorporando novos objetivos e recomendações, com base na avaliação do próprio desenvolvimento da estratégia, recomendações internacionais e opinião de peritos, profissionais de saúde e doentes. As principais linhas definidas foram:

Linha 1: Cultura de segurança, fatores humanos e organizacionais;

Linha 2: Práticas clínicas seguras;

Linha 3: Gestão de risco e relatórios de incidentes e sistemas de aprendizagem;

Linha 4: Participação de doentes e cidadãos para a sua segurança;

Linha 5: Investigação na área da segurança do doente;

Linha 6: Participação e colaboração internacional.

Na Irlanda, o *Health Service Executive* (HSE) reconheceu os ganhos significativos que resultaram das múltiplas iniciativas de SD que foram implementadas nos últimos

anos. Com base nessa avaliação, foi definida a *Patient Safety Strategy 2019-2024*, que tem como base os resultados alcançados anteriormente⁹.

A estratégia, recentemente apresentada, tem como visão “todos os indivíduos que utilizam os serviços de saúde e de assistência social receberão de forma consistente o atendimento mais seguro possível”. Para sustentar essa visão, recomendam o desenvolvimento de uma cultura de SD que dê particular ênfase à transparência e à aprendizagem em nível organizacional como um elemento-chave⁹.

Assim, a estratégia definida pelo governo irlandês assenta em seis compromissos com respectivas ações, nomeadamente:

1. Capacitar e envolver os doentes na melhoria da segurança;
2. Capacitar as equipas para melhorar a segurança dos doentes;
3. Antecipar e responder aos riscos;
4. Reduzir causas comuns de danos;
5. Medir, aprender e melhorar;
6. Promover uma liderança e uma governação eficazes com vista a melhorar a SD.

No contexto australiano, a SD está plasmada na Estratégia de Qualidade (*ACT Health Quality Strategy 2018-2028*), que apresenta uma estrutura na qual a melhoria dos serviços prestados pode ser escrutinada e medida. Resultado de um processo de auscultação realizado aos utilizadores dos serviços de saúde e aos profissionais da saúde, no sentido de recolher a opinião e sugestões sobre as áreas estratégicas a priorizar, o plano contempla também recomendações para a sua implementação¹⁰. Como ideia central, apresenta uma visão partilhada, comprometendo-se em colocar a segurança e a qualidade no centro da *Estratégia de Qualidade*, tendo como elemento nuclear as pessoas (doentes, família e profissionais de saúde). Além disso, reconhece o contexto de crescente procura e expectativas em relação aos cuidados de saúde, alterações nas características populacionais e demográficas e promove a eficiência organizacional enquanto *driver* significativo para melhorar a qualidade e reduzir o desperdício e os custos¹⁰.

A estratégia definida apresenta um conjunto de prioridades que visam melhorar a segurança e a qualidade do atendimento, reduzir os danos e as variações de práticas, melhorar a experiência do doente e garantir que o atendimento que a comunidade recebe é confiável e baseado na melhor evidência científica. As prioridades definidas foram:

- Prioridade 1 – Cuidado centrado na pessoa – melhorando a experiência do cuidado, com o compromisso de ouvir as opiniões dos doentes e o relato das suas experiências;
- Prioridade 2 – Segurança do doente – procura proativa para a redução dos danos,

nomeadamente sépsis, quedas, úlceras por pressão, erros relacionados com o medicamento, IACS e complicações adquiridas em hospitais;

- Prioridade 3 – Cuidado eficaz – com a prática sustentada na melhor evidência científica, prestando cuidados eficientes e de forma padronizada; garantindo uma comunicação efetiva, principalmente entre as transições de cuidados e promovendo o trabalho em equipe.

Os responsáveis pela estratégia australiana consideram que o sucesso desta irá depender essencialmente da cultura organizacional e de segurança que existe nas instituições de saúde, do compromisso das lideranças e dos esforços e ações das equipas em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.

Na Finlândia, a primeira estratégia nacional para a SD foi elaborada para o período 2009-2013 pelo *National Institute for Health and Welfare*, suportada em um quadro legal no qual se destaca a Lei de Saúde, que entrou em vigor em 2011, e os decretos emitidos no âmbito dessa lei. Posteriormente, a segurança do paciente foi reforçada pela Lei de Previdência Social e pela Lei de Apoio à Capacidade Funcional da População Idosa e de Serviços Sociais e de Saúde para Pessoas Idosas¹¹. Como é característico nos países nórdicos, as componentes da saúde e da ação/apoio social surgem muito alinhadas.

O Ministério de Assuntos Sociais e de Saúde da Finlândia atualizou, em 2017, a estratégia de SD definindo-a como a “*Estratégia de segurança do doente e do cliente*”. A qualidade e a segurança do doente e do cliente são definidas, nesse documento estratégico, sob a forma de quatro dimensões: cultura de segurança, responsabilidade, gestão e dispositivos legais¹¹.

O objetivo essencial da estratégia finlandesa é garantir atendimento, tratamento e serviços oportunos, seguros e eficazes, com o mínimo de danos ao doente e ao cliente. No âmbito da estratégia 2017-2021, foram definidos os seguintes OE:

- i) Doentes, clientes e familiares participarem ativamente para garantir e desenvolver a segurança do doente e do cliente;
- ii) A qualidade e a segurança do doente e do cliente fazem parte da gestão de risco;
- iii) Os processos e as práticas são seguros e protegem os doentes e clientes em relação à ocorrência de incidentes;
- iv) Os recursos e a competência exigidos para prestar cuidados seguros estão garantidos;
- v) A monitorização e a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados estão garantidas;
- vi) A segurança do doente e do cliente é promovida em nível nacional.

Em Portugal, o planeamento estratégico a esse nível ganhou maior visibilidade a partir de 2009 com a publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2009-2014 e, posteriormente, 2015-2020¹². A estratégia 2015-2020 assenta em seis prioridades, a saber:

- i) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- ii) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- iii) Reforço da segurança dos doentes;
- iv) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- v) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- vi) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Mais adiante, foi definido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020¹³, que integrava nove OE, concretamente,

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos.

O PNSD 2015-2020 foi, entretanto, avaliado, tendo saído, recentemente, sob a forma de Despacho, as linhas gerais para o PNSD 2021-2026¹⁴.

O modelo conceitual e operacional desenvolvido como proposta para o PNSD 2021-2026 resultou de um processo metodológico robusto, sendo fundamental a análise de documentos estratégicos de diferentes países e das principais organizações internacionais que se dedicam às questões da qualidade e SD, nomeadamente, OMS, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Banco Mundial, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), União Europeia (UE), entre outras.

Assim, chegou-se a uma proposta de modelo que reflete um conjunto de áreas que as instituições de saúde, dos diversos níveis de cuidados e com diferentes estágios de maturidade e experiência nestes domínios, deveriam priorizar e desenvolver ações para as reforçar. A essas áreas, denominou-se de Pilares. As instituições de saúde, ao priorizarem e robustecerem esses Pilares, reforçarão, de forma transversal, as condições que tornarão mais efetiva a concretização dos OE e que alcançarão as metas definidas para cada um deles.

O PNSD 2021-2026, em uma lógica de transparência e compromisso por parte das instituições, deve ser acompanhado por um plano de medição que permita um escrutínio, uma monitorização e um acompanhamento sistemático que possibilitem introduzir ajustes, pontuais ou de âmbito mais geral, assegurando um processo de melhoria contínua. Assim, a par com a monitorização anual, por meio de relatórios a realizar pelas instituições que prestam cuidados de saúde – nos diferentes níveis, cuidados de saúde primário, cuidados hospitalares e cuidados continuados e integrados –, seria importante a realização de uma análise mais detalhada ao final dos primeiros dois anos de implementação do PNSD 2021-2026. É também importante que a implementação desse PNSD se faça acompanhar de um conjunto de legislação, normas, protocolos, orientações nacionais, regionais e locais que regulem e direcionem a ação e sustentem o plano na perspectiva normativa.

Da análise dos documentos estratégicos de diferentes países, a par com as recomendações inscritas no WHO *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, destaca-se a relevância do planejamento estratégico enquanto elemento fundamental e orientador das políticas e ações em nível nacional e internacional para a área da qualidade em saúde e segurança dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente, a apresentação e a aprovação do documento *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* na 74ª Assembleia Mundial de Saúde reforçaram a necessidade de destacar na agenda das políticas de saúde dos países signatários a importância da SD, pretendendo constituir o princípio orientador de todos os planos nacionais desenvolvidos e a desenvolver no âmbito da SD.

Pela análise dos diversos documentos estratégicos definidos por vários países e, em nível internacional, pela OMS, ficou claro que a definição de um plano estratégico é muito importante para ajudar a orientar a ação e a definição de políticas, mobilizar parceiros com interesse e responsabilidade na área bem como para estabelecer parcerias e apoiar a tomada de decisão na área da SD.

O estabelecimento de prioridades a par com a definição de metas tangíveis é um passo fundamental para, em nível internacional e nacional (de um país ou região), alinhar a visão e o desempenho das instituições de saúde e, simultaneamente, aumentar o compromisso das lideranças e orientar a ação dos profissionais de saúde e *stakeholders*, no sentido da melhoria contínua da SD e, de uma forma mais ampla, da qualidade em saúde.

Referências

1. World Health Organization. Global action on patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Jul 3]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf
2. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm e health care. Geneve: WHO; 2021.
3. United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. New York, NY: Department of Economic and Social Affairs; 2021 [cited 2021 Sep 12]. Available from: <https://sdgs.un.org/>
4. Vincent C, Staines A. Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare: a national report commissioned by the Federal Office of Public Health on the quality and safety of healthcare in Switzerland. Bern: Federal Office of Public Health; 2019.
5. Glasper A. Implementing the NHS patient safety strategy. Br J Nurs. 2019;28(15):1030-1.
6. NHS Improvement. NHS England. The NHS Patient Safety Strategy: safer culture, safer systems, safer patients. London: NHS Improvement. NHS England; 2019.
7. Healthcare Improvement Scotland. Scottish Patient Safety Programme [Internet]. Edinburgh: NHS Scotland; 2021 [cited 2021 Sep 10]. Available from: https://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/patient_safety/spsp.aspx
8. España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud: período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
9. Ireland. Health Service Executive. Patient Safety Strategy 2019-2024. Dublin: Health Service Executive; 2019.
10. Australia. ACT Government. ACT Health Quality Strategy 2018-2028. Canberra: ACT Government; 2018.
11. Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Government resolution: Patient and Client Safety Strategy. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2017.
12. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 [Internet]. Lisboa: SNS; 2015 [citado 2021 set 10]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
13. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Internet]. Lisboa: SNS; 2015 [citado 2021 set 10]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/seguranca/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes.aspx>

dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx

14. Portugal Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 9390/2021, de 24 setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República. 2021 set. 24.

Experiências Brasileiras

SIG SEGURANÇA DO PACIENTE, A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA ATIVAÇÃO DE REDES COLABORATIVAS

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves¹

Deisy Adania Zanoni²

1. Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Secretária Adjunta da Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul, <http://lattes.cnpq.br/8870088651921261>, crhismay@gmail.com.

2. Deisy Adania Zanoni, Mestra em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, <http://lattes.cnpq.br/2950587457146159>, deisyazanoni@gmail.com.

Resumo

O SIG (*Special Interest Groups*) Segurança do Paciente surgiu a partir de uma proposta de Cooperação Técnica Internacional debatida durante a 4ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), realizada no ano de 2018, na cidade do Rio de Janeiro. Nessa reunião, a Escola Técnica do SUS Professora Ena de Araújo Galvão fez a proposição para a utilização de tecnologias de informação e comunicação para desenvolver um trabalho por meio de uma cooperação técnica internacional em conjunto com o Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (Maputo, Moçambique). Este SIG tem como objetivo promover encontros virtuais para o intercâmbio de experiências, discussões de casos clínicos, além de promover espaços para atualizações entre profissionais, professores e alunos, com vistas ao desenvolvimento de práticas colaborativas na área da Segurança do Paciente. Durante o ano de 2019, foram realizados encontros mensais, todas as terças-feiras do mês, às 9 horas no horário de Brasília (Brasil) e às 14 horas no horário de Maputo (Moçambique), conforme temas previamente pactuados entre as coordenações e as necessidades dos serviços. O relato dessa experiência se dá pela sua potência em ativar redes e possibilitar o acesso *on-line* aos profissionais, estudantes e interessados nesta temática.

Palavras-chaves: Segurança do paciente. Educação permanente. Pessoal técnico de saúde. Meios de comunicação. Cooperação internacional.

Introdução

A Escola Técnica do SUS (ETSUS) “Professora Ena de Araújo Galvão”, escola-serviço, é sediada na capital do Estado de Mato Grosso do Sul e vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Sua atuação é pautada de acordo com a demanda apresentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que disponibiliza ofertas pedagógicas conforme as necessidades e especificidades de cada município/macrorregião de saúde alinhada às diretrizes do Plano Estadual de Saúde, ou seja, atua na formação do SUS e para o SUS. Para tanto, desenvolve atividades educativas de forma descentralizada, firmando parcerias com escolas e universidades que atendam às necessidades dos alunos e aos requisitos regulamentares do Conselho Estadual de Educação.

Desde a sua criação, em 1986, a ETSUS tem ofertado cursos de qualificação e formação técnica na área da saúde. Além disso, já participou de grandes movimentos nacionais para a formação e qualificação destinada aos profissionais de saúde de nível médio, tais como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enferma-

gem (Profae), e mais recentemente, da qualificação para Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan). Assim, ao longo de sua trajetória, foram mais de 15 mil profissionais formados e/ou qualificados.

A ETSUS tem como missão promover a educação profissional na área da saúde e a educação permanente para os trabalhadores de nível médio da rede pública de saúde e outras clientela, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, nas necessidades dos serviços e da sociedade, buscando a integração entre o ensino-serviço-comunidade, contribuindo com a formação de redes de apoio técnico, colaborativo e solidário para o SUS.

Desde a sua criação, a ETSUS se diferencia de uma escola regular por sua abordagem metodológica adotada e pelo fato de não possuir um quadro fixo de professores. – que prestam serviço por cada curso ofertado –, e contando com profissionais que atuam nos serviços de saúde para comporem seu quadro docente, com o objetivo de discutir as experiências do mundo do trabalho no contexto escolar e domínio dos temas trabalhados.

Essa peculiaridade vem ao encontro da abordagem teórica vygotskyana, na qual o homem é visto como produto de trocas recíprocas, que se estabelecem durante toda a vida, entre indivíduo e meio, cada aspecto influenciando sobre o outro^{1,2}. Dessa forma, espera-se que o profissional inserido nos processos de trabalho possa realizar trocas de saberes com os alunos, assim os profissionais têm uma maior proximidade com a realidade dos serviços. Portanto, a ETSUS utiliza a Política de Educação Permanente como estratégia de transformação das práticas do trabalho.

A Política de Educação Permanente em Saúde reforça a necessidade da aprendizagem significativa, com articulação entre o mundo do trabalho, práticas educativas e comunidade, entendendo que é no trabalho que as atividades educativas devem ser incorporadas e que os produtos dessa intersecção contribuem para a construção do SUS³.

Por esse motivo, as práticas educativas desenvolvidas pela ETSUS visam superar a Pedagogia da Transmissão⁴, que concebe o ensino como uma prática de transmissão de conteúdo e a aprendizagem como acumulação de conhecimentos e informações, utilizando uma metodologia problematizadora, que é desenvolvida por meio de uma aprendizagem construtivista, articulando as relações entre teoria e prática de modo a permitir aos alunos a constante reflexão sobre sua atuação profissional.

É somente com a compreensão da autonomia dos sujeitos, a problematização das práticas e a análise dos problemas cotidianos, com o objetivo de superar o tradicionalismo da pedagogia bancária de transmissão de conhecimentos, na qual o docente faz um depósito de conteúdos e o discente deve memorizá-los, que haverá possibilidade do desenvolvimento de um senso crítico e a superação da fragmentação do conhecimento⁴.

Com base nessa concepção pedagógica, a equipe técnica da ETSUS participou da 4ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), realizada no ano de 2018, na cidade do Rio de Janeiro. Nessa oportunidade, fez a proposição para a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para desenvolver um trabalho em conjunto com o Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (Maputo, Moçambique), visando à área temática escolhida da segurança do paciente (Figura 1).

Figura 1. SIG Segurança do paciente “Special Interest Groups”



Fonte: Koehne⁵.

A proposta foi prontamente aceita e contou também com o apoio da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, que viabilizou a plataforma para as webconferências, bem como da área técnica de segurança do paciente do Ministério da Saúde (MS).

Desse modo, o SIG Segurança do paciente já iniciou sua proposição em consonância com o Plano de Trabalho (2019-2022) da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP), conforme apresentado abaixo.

Objetivo 3 - *Fortalecimento da comunicação e interatividade da/para a Rede através do fortalecimento, incorporação e uso de tecnologias educacionais e de informação e comunicação.*

- *Aprimorar os mecanismos de comunicação interna e de gestão da Rede, de forma a fortalecer sua gestão e a interação entre os membros, tendo por base o Plano de Comunicação da RETS 2019-2022;*
- *Estabelecer, em parceria com a Rede Nacional de Pesquisa/Rede Universitária de Telemedicina (Rute), o estímulo à implantação de ferramentas de comunicação a distância que possam favorecer a realização de encontros e eventos virtuais e a criação de redes ou grupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos comuns:*
 - *Mapeamento das capacidades de cada país, com vistas ao delineamento de plano estratégico para atendimento à demanda de utilização das TICs, como uma ferramen-*

ta de formação de trabalhadores e de docentes, de forma a minimizar as distâncias e recursos. Responsabilidade: RNP/RUTE, Secretaria Executiva RETS e Secretaria Executiva CPLP, especialmente no que se refere com à articulação com o GT Permanente de Telemedicina e Telesaúde da CPLP, ainda em fase de implementação.

- Contribuir para estruturação da Rede de Bibliotecas das CPLP e utilização do Repositório Científico da CPLP.⁶

Após ampla discussão com o grupo, alinhamos as ações a serem desenvolvidas conforme o plano de trabalho da RETS-CPLP (2019 a 2022) aprovado durante essa reunião, definindo o escopo de atuação no objetivo específico de ampliar o fluxo interno de informações e fomentar ações de comunicação no âmbito da Rede; e como ações estratégicas, a criação e a manutenção de uma rede de contatos de comunicação que permita ampliar o fluxo interno de informações e fomentar ações de comunicação no âmbito da rede⁷ conforme descrito no Plano de trabalho-comunicação da RETS e apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Plano de trabalho-comunicação 2019-2022

Objetivos específicos	Ações/Estratégias	Responsáveis	Prazo/ Periodicidade
1.3. Promover o uso das TICs para fortalecer a articulação entre instituições-membro, organismos parceiros (CPLP, Opas/OMS e outros) e outras Redes que tenham interface com a RETS (e-Português, Rede Rute etc.), a fim de ampliar as possibilidades de trabalho conjunto.	1.3.1. Realizar Reuniões Virtuais da Rede e de suas sub-redes para avaliações mais frequentes do Plano de Trabalho, realinhamento de ações e pactuação de novas metas que se façam necessárias.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Executiva; • Membros; • Parceiros 	De acordo com o prazo a ser definido pelos membros.
	1.3.2. Realizar encontros em meio virtual, para discutir temáticas específicas, construir ações conjuntas, avaliar o desenvolvimento de ações já acordadas, etc.		De acordo com o andamento dos projetos em andamento.

Fonte: Fiocruz⁷.

A institucionalização de um programa dentro de uma política, certamente é um fator decisório para a sustentabilidade desta. Foi em maio de 2019, na reunião geral da RETS-SUS, sob a coordenação da CGATES/DEGES/MS que o SIG Segurança do paciente foi aprovado e homologado.

Este capítulo, portanto, tem como objetivo relatar a experiência da ETSUS na coordenação compartilhada deste SIG.

Métodos

Os SIG (<http://rute.rnp.br/sigs>) são grupos de interesses especiais, vinculados à RNP e à Rede Universitária de Telemedicina e que utilizam as ferramentas de tecnologia de informação e comunicação (MOODLE, Mobile 3.3.1, (<http://mconf.rnp.br/webconf/ret-sus>)) para o desenvolvimento de atividades educativas, colaborativas, interinstitucionais, entre outras, sendo uma ferramenta essencial para aproximação e troca de experiências entre profissionais de diversas áreas, além de permitir o acesso remoto aos encontros.

Esse SIG tem como objetivo promover encontros virtuais para o intercâmbio de experiências, discussões de casos clínicos, além de promover espaços para atualizações entre profissionais, professores e alunos, com vistas ao desenvolvimento de práticas colaborativas na área da Segurança do Paciente, com a coordenação compartilhada entre a ETSUS “Professora Ena de Araújo Galvão” (Brasil) e o Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Maputo (Moçambique).

Inicialmente, foi realizado um primeiro encontro virtual entre as coordenações, para definir em conjunto quais os temas a serem trabalhados, datas e horários dos encontros, além do período a ser realizado. Assim, foi proposto um calendário para o ano de 2019 com as responsabilidades de cada instituição já previamente definidas.

Outrossim, foi definido que os encontros teriam frequência mensal, a serem realizados todas as terças-feiras do mês, às 9 horas no horário de Brasília (Brasil) e às 14 horas no horário de Maputo (Moçambique). Para tanto, seriam utilizadas ferramentas de webconferências, sendo abertas ao público para acessar *on-line*, com o intuito de alcançar um maior número de pessoas durante essas ofertas.

A divulgação para os participantes e convidados era realizada por e-mail, WhatsApp e disponibilizada no site dos SIG/RNP. Para tanto, eram encaminhados e-mails com o *banner* de divulgação tanto pela assessoria de imprensa da CGATES/MS que enviava para todos os representantes da RETS e área técnica de Segurança do Paciente do MS, pela RNP que encaminhava para os participantes dos SIG e pela ETSUS-MS que disponibilizava via mala direta dos contatos, além de contar também com o apoio do Telessaúde-MS.

Foi definido também que seria realizado um rodízio de apresentação entre Brasil e Maputo, ficando sob cada coordenação a responsabilidade de organizar o encontro mensal. As apresentações nas webconferências teriam duração de 10 a 15 minutos para explanação do tema, utilizando *slides*; e, posteriormente, seriam abertas as discussões entre os participantes. Cada encontro do SIG teria a duração de 1 hora.

Os participantes em Mato Grosso do Sul foram: Núcleo de Segurança do Paciente(NSP) da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande; NSP do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; NSP do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian; e o Comitê Estadual de Segurança do Paciente.

Resultados e Discussão

O SIG Segurança do Paciente teve sua criação pioneira nesse âmbito, principalmente no que se refere à formação de profissionais de nível médio nessa área. Essa necessidade surgiu no intuito de realizar o compartilhamento de experiências, além da oportunidade de criar um espaço cooperativo internacional de educação permanente em saúde entre os NSP.

No ano de 2019, foram realizados os encontros mensais e apresentados no SIG Segurança do paciente os seguintes temas: Melhoria da comunicação, Cultura de Segurança, Organização de Equipes de Segurança do Paciente, Metodologias Educativas, Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Prevenção e controle de infecções, NSP, Gestão de risco e qualidade, Eventos adversos – ficando assegurada a avaliação no mês de dezembro para reformulação necessária em 2020.

Figura 2. Eventos realizados em Brasil-Moçambique, 2019

Mês	Data	Horário			Tema	Responsável
		Mato Grosso do Sul	Brasil	Moçambique		
MARÇO	26	8 horas	9 horas	14 horas	Melhoria da comunicação.	Moçambique
ABRIL	17	8 horas	9 horas	14 horas	Cultura de Segurança.	Brasil
MAIO	15	8 horas	9 horas	14 horas	Organização de Equipes de Segurança do Paciente.	Brasil
JUNHO	19	8 horas	9 horas	14 horas	Metodologias Educativas	Moçambique
JULHO	17	8 horas	9 horas	14 horas	Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.	Brasil
AGOSTO	21	8 horas	9 horas	14 horas	Prevenção e controle de infecções.	Moçambique
SETEMBRO	18	8 horas	9 horas	14 horas	Núcleo de segurança do Paciente.	Brasil
OUTUBRO	16	8 horas	9 horas	14 horas	Gestão de risco e qualidade.	Moçambique
NOVEMBRO	20	8 horas	9 horas	14 horas	Eventos adversos.	Brasil
DEZEMBRO	18	8 horas	9 horas	14 horas	Avaliação do ano e programação para 2020.	Moçambique/Brasil



Fonte: elaboração própria, desenvolvido pela ETSUS-MS.

A potência desse SIG internacional se deu, pois, desde a sua concepção, que ocorreu de forma colaborativa, contou também com o apoio de diversos parceiros nacionais, entre eles: MS; Rede de Escolas Técnicas do SUS; Rede Universitária de Telemedicina; Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Estado de Mato Grosso do Sul; NSP do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; NSP da Secretaria Municipal de Saúde de

Campo Grande – Mato Grosso do Sul; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Núcleo Campo Grande.

Além disso, observamos, ao longo dos encontros, a ativação de várias redes colaborativas e solidárias, de modo que vários profissionais com *expertise* no assunto compartilhassem suas experiências, dificuldades e aproximassem mais esse assunto em cada local.

Outro ponto importante a ser destacado se refere aos processos de educação permanente em saúde que foram possíveis de serem realizados utilizando as ferramentas de tecnologia de informação e comunicação, que possibilitaram a aproximação de dois locais distintos e o compartilhamento de experiências conforme a realidade local.

Corroborando esse relato, encontramos experiências exitosas, tais como da Organização Pan-Americana da Saúde, que é pioneira e possui *expertise* na utilização de TIC, por meio de cooperação técnica internacional, para a gestão e produção de conhecimento de forma coletiva na região das Américas⁸.

Em se tratando do uso das TIC, as evidências apontam que a utilização de redes, como, por exemplo, o telessaúde, é uma ferramenta que pode ser utilizada para o compartilhamento de conhecimentos, além de ser eficiente para promover a educação permanente dos profissionais⁹.

Por fim, durante o encontro de dezembro do ano de 2019, foram definidos inicialmente dois temas para o ano de 2020, sendo eles: Gestão de risco e qualidade, e Eventos Adversos. Posteriormente, ambas as coordenações definiriam os novos temas conforme as necessidades locais que fossem surgindo. Cabe lembrar que, em dezembro de 2019, tivemos o anúncio da covid-19, que alterou toda a programação do ano de 2020.

Considerações Finais

Além de atender às metas definidas no plano de trabalho da RETS, viabilizada por meio das TIC, ativação de redes e compartilhamento de experiências a respeito da temática de segurança do paciente, o SIG Segurança do paciente permitiu ampliar o acesso aos profissionais, estudantes e docentes para ser utilizado como um espaço de educação permanente em saúde.

Possibilitou, também, a participação imprescindível de profissionais com grande *expertise* no assunto que enriqueceram as discussões e trouxeram vários tópicos importantes que foram debatidos ao longo dos encontros.

Por mais que alguns locais apresentassem dificuldade de conexão, devido aos problemas com internet, em sua maior parte, os encontros foram realizados sem pro-

blemas ou grandes interferências, permitindo a troca de experiências e sua inovação da criação de uma rede colaborativa, solidária e internacional.

Infelizmente, em virtude da pandemia da covid-19 que assolou o mundo e das necessidades dos serviços de saúde, que passam por um grande desafio, o SIG teve suas atividades suspensas, pois entendemos a prioridade deste momento.

Nossa avaliação final é que a experiência desenvolvida no SIG Segurança do Paciente durante o ano de 2019 foi muito exitosa, principalmente pela potência em ativar redes e possibilitar o acesso *on-line* aos profissionais, estudantes e interessados nessa temática.

Esperamos que experiências como essa possam ser retomadas, assim que possível, e que possamos unir forças em prol de uma saúde pública de qualidade, ofertando um cuidado seguro e de qualidade a todos os pacientes.

Referências

1. Neves RA, Damiani MF. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. UNIrevista [Internet]. 2006 [citado 2011 nov. 17];1(2):1-10. Disponível em: <http://www.miniweb.com.br/educadores/Argos/PDF/vygotsky.pdf>.
2. Resende MLM. Vygotsky: um olhar sociointeracionista do desenvolvimento da língua escrita [Internet]. [S. l.]. 25 nov. 2009 [citado 2021 set 21]. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1195>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2021 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Ed. Paz e terra; 2015.
5. Koehne A. Mapa da Província de Maputo, em Moçambique [Internet]. Wikipédia. 7 abr. 2006 [citado 2021 set 28]. Disponível em: https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Mo%C3%A7ambique_Maputo.gif
6. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP) [Internet]. RETS. 16 jun. 2021 [citado 2021 set 28]. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/rede-de-escolas-tecnicas-de-saude-da-cplp-rets-cplp>

7. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. RETS-CPLP [Internet]. RETS. 16 jun. 2021 [citado 2021 set 21]. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/rets/rets-cplp>
8. Moya J, Santos E. Informação e conhecimento como instrumentos de cooperação técnica no marco das novas tecnologias de comunicação: a experiência da OPAS/OMS no Brasil. TEMPUS [Internet]. 2009 [citado 2021 set 21];3(1):64-72. Disponível em: [//www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/713](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/713)
9. Farias QLT, Rocha SP, Cavalcante ASP, Diniz JL, Ponte Neto AO, Vasconcelos MIO. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. RECIIS (Internet). 2017 [citado 2021 set 21];11(4):1-11. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24033/2/13.pdf>.

ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO TÉCNICA E PROFISSIONALIZANTE: REFLEXÕES SOBRE SABERES E PRÁTICAS

Priscila Meyenberg Cunha Sade¹

Eliane Cristina Sanches Maziero²

Virginia Dobkowski Franco dos Santos³

1. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Chefe da Divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID – <https://orcid.org/0000-0001-5021-5147>. E-mail: priscila.sade@sesa.pr.gov.br

2. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Chefe da Divisão de Ensino Técnico da Escola de Saúde Pública do Paraná. ORCID – <http://orcid.org/0000-0003-1264-0833>. E-mail: elianemaziero@sesa.pr.gov.br

3. Farmacêutica. Coordenadora Estadual dos Núcleos de Segurança do Paciente da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ORCID – <http://orcid.org/0000-0002-2199-0897>. E-mail: virginia.santos@sesa.pr.gov.br

Resumo

Trata-se de um relato de experiência com o objetivo descrever como foi realizado o processo de inserção de conteúdos relacionados com a Segurança do Paciente em disciplinas dos cursos de Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal e Cuidador de Idoso do Centro Formador de Recursos Humanos/Escola de Saúde Pública do Paraná, unidade da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Durante esse processo, foi proposta uma abordagem transversal do tema Segurança do Paciente que culminou na atualização dos ementários de determinadas disciplinas, bem como de um plano preliminar para avaliação da inserção desse tema nos cursos. Nesse sentido, tais conteúdos passaram a ser ofertados de forma estruturada, objetiva, abrangente e normatizada, em conformidade com as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente do Paraná, as quais se alinham às Políticas Públicas preconizadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e às recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Ensino. Saúde Pública. Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de incidentes relacionados com a assistência à saúde tem se tornado um problema de saúde pública em todo o mundo; e a busca pela qualidade da assistência coloca a segurança do paciente no centro das discussões entre políticos, gestores, profissionais de saúde e sociedade. Concomitantemente a isso, os serviços de saúde, têm incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhadas de riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes tornando-a mais complexa¹⁻³.

A Segurança do Paciente (SP), compreendida como redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde, é uma séria preocupação global de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, todos os anos, dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros^{2,3}.

As consequências das supostas “falhas” nos serviços de saúde trazem impactos negativos, ainda pouco mensurados, tanto para as organizações quanto para a sociedade. Alguns estudos remotos mostram que Eventos Adversos (EA) ocorridos no processo de assistência hospitalar acarretam aumento nas taxas de infecção e no tempo médio de internação. No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de EA de 7,6% dos quais 66,7% foram considerados evitáveis⁴.

Na Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2002, a OMS demonstrou interesse na temática da segurança do paciente e na qualidade da assistência à saúde.

Em consequência disso, em 2004, foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que consistiu num esforço internacional para desenvolver políticas e práticas em segurança e qualidade nos Estados-Membros e reduzir os danos causados pela assistência à saúde^{5,6}.

No Brasil, Estado-Membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a formulação de políticas brasileiras sobre a SP teve seu início com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 63, de 25 de novembro de 2011, que trata das Boas Práticas de funcionamento em serviços de saúde e inclui o Gerenciamento da Qualidade e ações para a SP⁷, e posteriormente com a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, quando o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁸ e da RDC da Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a SP em serviços de saúde⁹.

Em consonância com Institute of Medicine (IOM) que aponta que os profissionais de saúde não estão adequadamente preparados para fornecer uma assistência segura e de alta qualidade aos pacientes¹⁰, o PNSP¹¹ articulou em um de seus eixos a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde e na educação permanente dos profissionais da saúde.

Destarte, ao considerar que o cuidado de saúde é uma área particularmente complexa, com seus diversos tipos de funções, profissões diferentes e condições de trabalho distintas¹², e diante da necessidade da reformulação da educação em saúde de forma a integrar um conjunto básico de competências na educação de profissões da saúde, incluindo atendimento centrado no paciente, formação de equipes interdisciplinares e práticas baseadas em evidências, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa/PR), por intermédio do Comitê Estadual de Segurança do Paciente (Cesp/PR)¹³, instituiu as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente no Estado do Paraná (Desp/PR) por meio da Resolução Estadual nº 932, de 17 de dezembro de 2018¹⁴.

Trata-se de quatro diretrizes que correspondem a linhas de ação com a finalidade de definir, implementar, monitorar e avaliar medidas estratégicas voltadas à qualificação do cuidado em saúde e a SP do Paraná, entre os anos de 2019 e 2023. Em específico, a terceira diretriz se refere à inclusão do tema SP nas instituições de ensino estaduais e programas de educação permanente dos estabelecimentos de assistência à saúde próprios, tendo como uma de suas metas introduzir a disciplina/conteúdo de SP em todos os cursos técnicos e especializações na área de saúde do Centro Formador de Recursos Humanos (CFRH), divisão de ensino técnico e de formação inicial da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), unidade da Sesa/PR^{14,15}.

Para tanto, o presente artigo tem por objetivo descrever como foi realizado o processo de inserção de conteúdos relacionados com a SP em disciplinas dos cursos de Técnico em Enfermagem (TE), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Cuidador de Idoso ofertados pelo CFRH/ESPP.

MÉTODOS

No processo de inserção de conteúdos relacionados com a SP em disciplinas de ensino técnico e profissionalizante do CFRH/ESPP, utilizaram-se como documentos de referência: 1) as Desp/PR, em específico a Diretriz 3, a saber: “inclusão do tema segurança do paciente (SP) nas instituições de ensino estaduais e programas de educação permanente dos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS) próprios do estado do Paraná”¹⁴⁽³⁰⁾; e 2) o Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional (GCSP/OMS)¹⁶.

Os cursos que estão sob o escopo do ensino técnico e profissionalizante da ESPP são: 1) TE – tem a finalidade de formar técnicos(as) em enfermagem para integrar as equipes de saúde, possui carga horária total de 1.800 horas, sendo 1.200 horas em aulas teóricas e 600 horas em estágios supervisionados; 2) TSB – dirige-se à formação de profissionais técnicos de nível médio para atuarem na assistência ao usuário dos serviços de atenção à saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, realizado na modalidade presencial, com duração de 18 meses, carga horária total de 1.460 horas, sendo 1.260 horas em aulas teóricas e 200 horas em estágios supervisionados; e 3) Cuidador de Idoso – visa capacitar pessoas que trabalhem ou que pretendam trabalhar no desenvolvimento de ações de apoio exclusivamente à pessoa idosa, sendo realizado na modalidade presencial, com carga horária total de 180 horas, sendo: 160 horas teóricas e 20 horas práticas.

Destaca-se que cada uma das Desp/PR é constituída dos seus respectivos objetivos, metas, indicadores e ações¹⁷, definidos com base em documentos legais e na análise da situação atual, os quais apontaram para as prioridades e compromissos a serem assumidos pela Sesa/PR. A Diretriz 3 das Desp/PR tem como objetivo “introduzir o tema segurança do paciente nas instituições de ensino estaduais de nível técnico, graduação, pós-graduação e programas de educação permanente em saúde dos EAS do estado do Paraná”¹⁴⁽³⁰⁾ e uma de suas metas (Meta 1), como já descrito anteriormente, refere-se a introduzir a disciplina/conteúdo de SP em todos os cursos técnicos e especializações na área de saúde do CFRH/ESPP.

O GCSP/OMS corresponde a um programa integrado e validado para a implementação da educação em SP em instituições de ensino de cuidados em saúde em todo

o mundo, que fornece uma proposta abrangente sobre o tema. Foi organizado em 11 tópicos, que podem ser usados em conjunto ou de maneira independente, assim como ressalta os princípios educacionais essenciais para o ensino-aprendizagem de segurança do paciente e propõe métodos para avaliação dos alunos e dos atuais conteúdos curriculares em SP¹⁶.

Nesse sentido, sob o enfoque do ensino técnico e profissionalizante, no 2º semestre do ano de 2019, seguindo as ações descritas na Meta 1 da Diretriz 3 das Desp/PR e com base no GCSP/OMS¹⁶, foi realizado: 1) levantamento das disciplinas/conteúdos dos cursos técnicos e profissionalizante na área da saúde da ESPP e suas peculiaridades, a fim de verificar aquelas que contemplam o tema SP – agosto a setembro/2019; 2) proposição da inclusão de disciplinas/conteúdos que contemplem o tema SP para os cursos que não o ofertam/abrangem – outubro a dezembro/2019; e 3) avaliação da inclusão das disciplinas/conteúdos nos cursos técnicos e profissionalizante na área da saúde no CFRH/ESPP¹⁴ – 2021 (em andamento).

Tal levantamento foi realizado a partir da verificação dos ementários das disciplinas que compõem os cursos de TE, TSB e Cuidador de Idoso ofertados pelo CFRH/ESPP, com posterior cálculo de percentual (indicador da meta). Já a proposição da inclusão de disciplinas/conteúdos que contemplem a temática da SP foi realizada nas coordenações desses cursos, docentes e profissionais convidados. Por fim, a avaliação dessa inclusão encontra-se limitada, uma vez que depende das avaliações realizadas pelos docentes ao final desses cursos, não sendo possível em sua totalidade, tendo em vista que são ofertados presencialmente e se encontram paralisados ou em andamento (na modalidade remota emergencial) em decorrência do atual cenário epidemiológico desencadeado pela covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento das disciplinas/conteúdos dos cursos de TE, TSB e Cuidador de Idoso ofertados pelo CFRH/ESPP e suas peculiaridades, a fim de verificar aquelas que contemplam o tema SP, foram utilizados como referência os 11 tópicos do GCSP/OMS¹⁶ conforme descrito na Tabela 1. Nos cursos TE e TSB, além da abordagem do tema em todas as disciplinas de conteúdo assistencial, existe também a disciplina específica de SP com 40 horas e 60 horas respectivamente. O curso de Cuidador de Idoso, por ser considerado curso de formação inicial, não contém disciplinas, sendo dividido em cinco unidades, compostas de áreas de conhecimento.

Tabela 1. Distribuição do número de disciplinas/unidades que abordam o tema segurança do paciente nos cursos técnicos e profissionalizante da Escola de Saúde Pública do Paraná. Paraná, 2020

Tópico do GCSP/OMS	Técnico em Enfermagem		Técnico em Saúde Bucal		Cuidador de Idoso	
	N=21		N=28		N=05	
	n	%	N	%	n	%
1. O que é SP?	01	4,8	02	7,14	01	20
2. Por que empregar fatores humanos é importante para a SP?	13	61,9	02	7,14	01	20
3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente	01	4,8	02	7,14	00	00
4. Atuar em equipe de forma eficaz	13	61,9	09	32,1	00	00
5. Aprender com os erros para evitar danos	13	61,9	02	7,14	01	20
6. Compreender e gerenciar risco clínico	01	4,8	02	7,14	00	00
7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados	01	4,8	02	7,14	00	00
8. Envolver pacientes e cuidadores	13	61,9	09	32,1	05	100
9. Prevenção e controle de infecções	13	61,9	09	32,1	02	40
10. SP e procedimentos invasivos	13	61,9	07	25,0	02	40
11. Melhorar a segurança no uso da medicação	13	61,9	06	21,4	02	40
Legenda: N – número total de disciplinas do curso, n – frequência absoluta (número de disciplinas que abordam o tópico), % – frequência relativa (número de disciplinas que abordam o tópico/número total de disciplinas do curso x 100).						

Fonte: elaboração própria.

Nas estruturas curriculares dos cursos, foram identificadas 49 disciplinas, 21 no TE e 28 no TSB, das quais 22 (44,9%) abordavam temas sobre SP. No curso de Cuidador de Idoso, pelo menos um dos tópicos do GCSP/OMS é contemplado em alguma das unidades. No entanto, por ser um curso de formação inicial, com menor carga horária, destinado a um público peculiar, que geralmente realizará atendimento domiciliar, os tópicos mais complexos, que envolvem gerenciamento, não são contemplados.

Por se tratar de cursos da área da saúde, alguns assuntos perpassam entre todos, como: participar da equipe, prevenir e tratar infecções, integrar-se com o paciente e família, conhecer os efeitos dos medicamentos, sem existir atenção específica para os aspectos de segurança, com discussão de seu impacto na prevenção e minimização de erros e eventos adversos durante o cuidado, assim como não existe nenhuma disciplina intitulada “Segurança do Paciente”.

O ensino sobre segurança é uma proposição relativamente recente^{16,18} e não fez parte dos programas ou objetivos escolares até então; são raríssimas as iniciativas brasileiras sobre a inserção do tema SP em cursos técnicos profissionalizantes da área da saúde, em específico para a área de enfermagem^{1,19} e ainda com enfoque em cursos de graduação^{18,20,21}. Para tanto, urge que as instituições de ensino que ofertam cursos técnico profissionalizante voltem sua atenção para aplicação, em sua estrutura curricular, de princípios educacionais ditos essenciais para o ensino-aprendizagem da SP.

Quanto aos cursos do CFRH/ESPP, o TE, desde a reformulação da matriz curricular, contempla a disciplina específica de SP, e aborda a temática de forma transversal em todas as demais disciplinas de cunho assistencial. No curso de TSB, foram encontradas fragilidades no momento da elaboração da nova Matriz Curricular, o que levou a discussões sobre o assunto. Como resultado, foi acrescentada a disciplina em dois momentos do curso, no primeiro e no segundo módulo, e enfatizada a necessidade de abordar a temática de forma transversal nas demais disciplinas, de acordo com o enfoque de cada uma. No curso de Cuidador de Idoso, apesar de não haver disciplina específica, o assunto está sempre presente, especialmente no que concerne aos protocolos de segurança e ao referencial do GCSP/OMS¹⁶.

Para incorporar o tema no curso de TE e Cuidador de Idoso, foram realizadas duas reuniões com as coordenações dos cursos, docentes e profissionais convidados, em que primeiramente foram apresentadas as estruturas dos cursos, objetivos e público-alvo e sugerida uma discussão como objetivo de melhorar a abrangência do tema nos cursos. Para isso, foi utilizada a técnica de *brainstorming* com a seguinte questão norteadora: como incorporar a melhor aprendizagem de SP ao currículo dos cursos?

Como em todas as discussões sobre conteúdo curricular, houve pontos de vista divergentes sobre o que deveria ser incluído e o que deveria ser excluído, e em qual momento (disciplinas/unidades). Ficou decidido que a temática seria abordada sempre que a disciplina tivesse foco assistencial procurando trazer, no mínimo, a observação aos protocolos de segurança do paciente³.

A OMS recomenda um extenso arcabouço de conteúdos, com diversas estratégias de ensino e diferentes metodologias de avaliação, ao longo de todo o processo formativo¹⁶. Destarte, a importância de avaliar as estruturas curriculares dos cursos com periodicidade, tratando-os como um instrumento de trabalho que indique o rumo e a direção da escola, além de serem construídos de forma coletiva. Pressupõe-se que esse seja o momento de as instituições de ensino técnico e profissionalizante fazê-lo, não somente pelas orientações mundiais, mas também por determinações legais; e, por causa disso, começar a formar um corpo de conhecimentos e fomentar o desenvolvimento de

competências e habilidades diversas nos docentes e discentes dos cursos técnicos e profissionalizantes acerca do tema SP¹⁸⁻²¹.

No que se refere à avaliação da inclusão dos temas de SP nos cursos técnicos e profissionalizante do CFRH/ ESPP, ela se encontra limitada, uma vez que corresponde à verificação da abordagem de determinados componentes do tema SP por meio de avaliações (escritas e de desempenho nas aulas práticas e estágios, quando couber), as quais são realizadas pelos docentes ao final desses cursos, a partir de um plano preliminar como apontado no Quadro 1. Essa limitação se deve ao atual cenário epidemiológico decorrente da pandemia de covid-19, pois os cursos são ofertados presencialmente, e no momento se encontram paralisados ou ainda em andamento (na modalidade remota emergencial).

Quadro 1. Vinculação de componentes do tema segurança do paciente nas avaliações finais dos cursos técnicos e profissionalizante do Centro Formador de Recursos Humanos/ Escola de Saúde Pública do Paraná. Paraná, 2020

Curso	Tipo de avaliação	Componente do Tema SP
Técnico em Enfermagem	Escrita Desempenho em aula prática Desempenho estágio	O que é SP? Sistemas de Cuidados em Saúde Comunicação Cuidados seguros ao paciente Envolvimento com pacientes Trabalho em equipe Melhoria da Qualidade Erros nos cuidados em saúde Segurança da Medicação
Técnico em Saúde Bucal	Escrita Desempenho em aula prática Desempenho estágio	O que é SP? Sistemas de Cuidados em Saúde Comunicação Cuidados seguros ao paciente Envolvimento com pacientes Trabalho em equipe Melhoria da Qualidade Erros nos cuidados em saúde Segurança da Medicação

Cuidado de Idoso	Escrita Discussão em Grupo	O que é SP? Comunicação Cuidados seguros ao paciente Envolvimento com pacientes Trabalho em equipe Erros nos cuidados em saúde Segurança da Medicação
------------------	-------------------------------	---

Fonte: elaboração própria.

O GCSP/OMS¹⁶ descreve algumas características das práticas de “melhor avaliação”, entre elas, que as avaliações devem: impulsionar a aprendizagem na direção pretendida para atingir os resultados pedagógicos finais de um profissional de saúde recém-formado capaz de cuidar de um paciente de forma segura; ser justas ao engajar tanto alunos quanto membros da equipe no processo de desenvolvimento; ser motivadoras e orientar os alunos na direção do que precisam aprender para realizarem práticas seguras; e ser factíveis e aceitáveis tanto para os professores quanto para os alunos¹⁶.

Destaca-se ainda que, para que a educação em SP resulte em uma prática segura e em melhores resultados para os pacientes, ela precisa ser significativa para os alunos. Como em qualquer aprendizagem, um dos principais desafios é garantir a transferência dos conhecimentos adquiridos para o local de trabalho¹⁶. Nessa lógica, torna-se também importante fomentar capacitações aos docentes, com vista a instrumentalizá-los ao uso de princípios pedagógicos essenciais, a partir do uso de metodologias ativas para o ensino e a aprendizagem da SP.

CONCLUSÃO

A inserção dos conteúdos/disciplinas sobre SP em cursos técnicos e profissionalizantes da área da saúde é uma proposição muito recente no Brasil e não se encontra no rol dos objetivos escolares. Para tanto, ocorre a premência de criar espaços para estimular discussões que contemplem a abordagem transdisciplinar do tema e, por conseguinte, culminem na revisão dos projetos político-pedagógicos desses cursos.

Ademais, a capacitação dos docentes também deve ser contemplada nesses espaços de discussão, uma vez que, embora sejam profissionais com grande experiência em sua especialidade e atuação, precisam estar munidos de conhecimento, ferramentas e habilidades necessários para o ensino da SP nas instituições de ensino.

Conclui-se que a presente experiência possibilitou que os conteúdos sob a temática da SP passassem a ser ofertados nos cursos técnicos e profissionalizante do CFRH/

ESPP de forma estruturada, objetiva, abrangente e normatizada, em conformidade com as Desp/PR, as quais se alinham às Políticas Públicas preconizadas pelo PNPS e às recomendações da OMS.

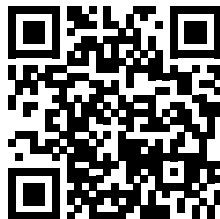
Referências

1. Sousa Neto AL, Lima Junior AJJ, Souza RC. A segurança do paciente no ensino profissionalizante: relato de uma campanha. ELO [Internet]. 2018 [citado 2021 set 21];7(2):44-8. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/1268>
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007. Geneva: WHO Press; 2006.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.
4. Moura GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviço de saúde: principais tipos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017. p. 65-78.
5. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery. 2016;20(3):e20160068.
6. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: 10 facts on patient safety. Geneva: WHO Press; 2018.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União. 28 nov. 2011; Seção 1:44.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2 abr. 2013; Seção 1:43-4.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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 jul. 2013; Seção 1:36.
10. Institute of Medicine. Health professions education: a bridge to quality. Washington (DC): National Academies Press; 2003.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF; 2014.
12. Vincent C, Amalbert R. Cuidado de Saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016.
13. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução SESA nº 476, de 26 de novembro de 2016. Institui, no âmbito do Estado do Paraná, o Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Paraná – CESP/PR. Diário Oficial Executivo, Paraná: PR. 02 dez. 2016; Edição 9.834:81.
14. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução SESA Nº 932, de 17 de dezembro de 2018. Institui as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente no Estado do Paraná. Diário Oficial Executivo, Paraná: PR. 19 dez. 2018; Edição 10.338:87.
15. Santos VDF, Sade PMC, Perozin MM, Dias VMCH. Elaboração das diretrizes estaduais de segurança do paciente do Paraná: relato de experiência. In: André CU, Lopes LT. Aprimoramento da gestão da segurança do paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023. Brasília: CONASS; 2020. p. 113-114. CONASS documenta n. 34.
16. Marra VN, Sette ML. Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia; 2016.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
18. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha, ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. Interface. 2016;20(58):727-41.
19. Rodrigues C, Salvador P, Alves K, Lopes A, Marques C. Segurança do paciente: Percepções de docentes e discentes do curso técnico em enfermagem. NTQR [Internet]. 2020 [citado 2021 set 21];3:116-27. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/151>
20. Gonçalves N, Siqueira LDC, Caliri MHL. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. Revista Enfermagem UERJ. 2017;25:e15460.
21. Bohomol E. Patient safety education of the graduation in Nursing from the teaching perspective. Esc Anna Nery. 2019;23(2):e20180364.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



WORKSHOP VIRTUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Ulhoa André¹

Elaine Cristina de Melo Faria²

Érika de A. L. da S. T. de Souza³

José Luiz Calixto Pereira⁴

Melyne Serralha Rocha⁵

Rubia Pereira Barra⁶

1. Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Coordenadora da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP/Conass); Mestranda em Gestão, Educação, Trabalho e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; e-mail: carla.andre@conass.org.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9378-2958>

2. Analista de qualidade sênior do Hospital Israelita Albert Einstein; Especialista em Fisioterapia cardiopulmonar pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Especialista em qualidade pela Unyleya; e-mail: elaine.faria@einstein.br; Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9734128972546562>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8350-839X>

3. Gerente da Pesquisa Inova Manguinhos Soluções Digitais na ENSP/Fiocruz; Facilitadora do Conass para Planificação de Atenção à Saúde; Mestranda em Pesquisa Clínica Instituto Nacional de Infectologia INI/Fiocruz; e-mail: erikasouza.enf@gmail.com; Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8854049125613879>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0678-1499>

4. Coordenador de Contratos de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia - MG; Graduação em Teatro/Licenciatura; Universidade Federal de Uberlândia; Mestrado em Arte/Teatro pela Universidade Federal de Uberlândia; e-mail: jl.luiizfilho@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1829-6295>

5. Diretora da Atenção Primária do Setor Sul, da Secretaria Municipal de Saúde/Missão Sal da Terra – Uberlândia-MG. Referência Técnica para a Secretaria Municipal de Saúde para a implantação da Planificação da Atenção em Saúde no Setor Sul, Uberlândia-MG; Graduada em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestra em Ciências da Saúde (USP), Especialista em Gestão em Saúde Pública (Fiocruz), Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde (UFMG), Especialista em Docência no Ensino Superior (ASSEVIM), Especialista em Administração Hospitalar (Centro Universitário São Camilo); e-mail: melynerocha@gmail.com; Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8221186874267828>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4160-0171>

6. Consultora do CONASS para a Planificação da Atenção à Saúde (PAS); Coordenadora do Centro Colaborador PAS/CONASS Uberlândia-MG; Cirurgiã Dentista pela Universidade Federal de Uberlândia; Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia; Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Uberlândia; e-mail: rpbarra@hotmail.com; Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3681608896790328>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3587-5942>

Resumo

Relato de experiência da elaboração, execução e avaliação da adaptação e implementação do *workshop* virtual de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) da Planificação de Atenção à Saúde, realizado entre abril e junho de 2021, objetivando descrever o *workshop* virtual de segurança do paciente na APS; avaliar a viabilidade da sua execução e identificar os pontos de melhoria sob o ponto de vista de avaliadores externos. São descritas três fases: preparatória, execução do *workshop* e avaliação do processo. Foram elaborados materiais didáticos (guia do participante, jogos e vídeos) utilizados no dia do *workshop* com participação de 24 equipes de saúde da família e 8 equipes de APS do Setor Sul do município de Uberlândia-MG. Participaram 344 pessoas, sendo 286 profissionais das unidades de saúde; e os demais, distribuídos entre facilitadores, convidados e avaliadores externos. Foi utilizado o Instrumento de Validade de Conteúdo em Educação em Saúde que, após analisado, apontou que os objetivos foram alcançados contemplando os temas propostos de forma adequada, com uma estrutura de apresentação e organização coerente e apropriada. Portanto, teve impacto positivo para a segurança dos processos de trabalho, embora existam desafios relacionados com a adaptação dos recursos tecnológicos.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Educação a distância. Teleducação.

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, as questões de segurança sempre foram um desafio. Com a publicação do relatório “Errar é humano” – *To Err is Human*¹ –, realizado pelo Institute of Medicine (IOM), gerou-se um alerta para os impactos dos Eventos Adversos (EA) nos serviços de saúde, possibilitando a criação de ações para melhoria da segurança².

Na construção desse conceito, compreende-se que a segurança das pessoas usuárias é essa capacidade que um sistema de atenção à saúde tem para evitar os danos da atenção que se supõe ser prestada para ajudá-las a melhorar suas condições de saúde^{1,3}. Deve-se considerar também que as falhas nos sistemas, processos e condições defeituosas podem levar as pessoas a cometerem erros ou terem dificuldade para evitá-los¹.

Para contribuir com os sistemas de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2004, o *World Alliance for Patient Safety*, com a finalidade de organizar

os conceitos e definições sobre segurança do paciente, além de propor medidas para a redução dos riscos e da incidência de EA¹.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado, em 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013⁴. Nesse mesmo ano, foram aprovados os protocolos básicos de segurança do paciente, por meio da Portaria GM/MS nº 1.377/2013⁵ e da Portaria GM/MS nº 2.095/2013⁶. Desde então, a segurança do paciente vem sendo discutida na agenda dos gestores para garantir melhorias nos processos de cuidado em saúde.

Em 2017, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) instituiu a 13^o Câmara Técnica (CT) desse conselho, nomeada como Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), composta por representantes das Secretarias de Estado da Saúde (SES) indicados pelo(a) Secretário(a) Estadual de Saúde.

A CTQCSP tem por objetivo prestar assessoria à Secretaria Executiva do Conass, à Diretoria e à Assembleia dos Secretários, na formulação de políticas e estratégias de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente por meio de um importante espaço para a construção de consensos técnicos e para a integração das equipes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.

Dentre os projetos do Conass, destaca-se para este estudo a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), uma estratégia de gestão, planejamento e organização tanto da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), que se utiliza da metáfora da construção da casa da APS descrita por Mendes⁷.

A PAS consiste, entre outras atividades estruturantes, na realização de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para os trabalhadores e gestores das secretarias de saúde dos estados e municípios, visando à organização dos processos da APS e AAE, em escalas macro e microprocessuais, estruturação de ações de melhoria e monitoramento propostos em módulos aplicados.

Devido à importância da segurança do paciente para reduzir danos às pessoas usuária e compreendendo a sua transversalidade nos macros e microprocessos da construção social da APS, a PAS definiu como uma de suas prioridades adaptar e apoiar as propostas de segurança do paciente para a melhoria dos cuidados prestados na APS – sendo esse processo consolidado por meio de *workshop*, oficinas tutoriais e apoio ao corpo técnico e gerencial das secretarias de saúde, a fim de sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o fortalecimento de uma cultura de segurança, visando contribuir para a implementação de práticas seguras.

Estudos mostram que, ainda que a maioria dos cuidados seja prestada no nível da APS, “as investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hos-

pitais.”⁸. Nesse sentido, foi preciso aproximar as metas de segurança dos processos de trabalho e realidade vivenciada pelas equipes de Atenção Primária em seu território.

Assim, foram realizadas oficinas da PAS de Segurança do Paciente na APS na modalidade presencial nas cidades do Rio de Janeiro/RJ, em 2018, e de Uberlândia/MG, em 2020, havendo processos de melhoria após cada realização, possibilitando espaços de discussão com as equipes da APS e gestores locais.

Contudo, com o advento da pandemia da covid-19 decretada em março de 2020, surge o desafio de adaptar a oficina presencial de Segurança do Paciente na APS para o modo virtual, utilizando-se das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Nesse sentido, é necessário responder a algumas interrogações após a realização deste projeto, tais como: o *workshop* virtual de segurança do paciente na APS alcançou seus objetivos propostos? Como identificar se ele é viável para ser executado em outras unidades no processo de implementação da PAS? E quais são os pontos de melhoria do material proposto e da execução do *workshop*?

Assim, propõem-se, como objetivos deste estudo: descrever o *workshop* virtual de segurança do paciente na APS; avaliar a viabilidade da execução desse *workshop* e identificar os pontos de melhoria sob o ponto de vista de avaliadores externos.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência da elaboração, execução e avaliação do *workshop* virtual de segurança do paciente na APS da PAS, cuja adaptação e implementação foram realizadas no período de abril a junho de 2021, considerando três fases: preparatória, execução do *workshop* e avaliação do processo.

Na fase preparatória, foram realizadas as seguintes etapas:

- adaptação e construção dos materiais didáticos;
 - o adaptação do material do guia do participante;
 - o adaptação dos jogos propostos para cada meta, totalizando seis jogos;
 - o elaboração de oito vídeos de animação sobre os temas trabalhados nas atividades do *workshop*;
- elaboração da programação do *workshop*;
- elaborado o pré-teste e o pós-teste;
- desenvolvimento de *checklist* de diagnóstico local;
- capacitação e envio do guia do participante e jogos para os mediadores;
- convite e envio dos materiais didáticos para os avaliadores externos;
- convite e envio do guia do participante para as equipes das unidades de APS;
- organização dos locais de encontro das equipes.

Essa fase foi realizada em 60 dias com a colaboração de 5 profissionais, com experiência em APS, PAS e com conhecimento do tema de segurança do paciente, sendo 3 enfermeiros, 1 odontólogo e 1 professor de artes, com experiência em Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a amplitude e a densidade dos temas, optou-se pela utilização de metodologias ativas por serem capazes de estimular os profissionais a autonomia, reflexão, criticidade e capacidade de solucionar impasses, aproximando o conhecimento teórico e técnico da realidade¹⁰.

Dessa forma, como recursos pedagógicos, foram elaborados: um guia do participante ilustrado com personagens; seis jogos inspirados em jogos tradicionais e oito vídeos de animação personalizados com os mesmos personagens do guia do participante.

Utilizar jogos captura a atenção dos participantes, estimulando não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também competências socioemocionais, como o trabalho em equipe e a colaboração¹¹. Utilizamos jogos tradicionais que se apoiam em três critérios objetivos específicos precisos: uma situação motriz, um sistema de regras e uma competição ou uma ritualização¹².

Durante a adaptação dos materiais, foi elaborada a programação, bem como o instrumento de diagnóstico para ser aplicado na equipe antes da realização do *workshop* e os instrumentos de pré-teste e pós-teste para aplicação no início e ao fim do *workshop*.

Para realizar o apoio nas unidades, foram capacitados 26 gerentes de unidades de saúde para atuarem como mediadores, sendo realizado um encontro remoto de 50 minutos para orientar sobre a condução da oficina, aplicação dos jogos e esclarecimento de dúvidas, por estarem os condutores do *workshop* a distância. Também foi enviado com antecedência o guia do participante e um *kit* com os seis jogos a serem utilizados durante o *workshop*.

Foram convidados 17 avaliadores externos multiprofissionais com *expertise* em segurança do paciente e na PAS para acompanhar remotamente o processo. Todos receberam em tempo hábil um *link* para acessar o material didático e os formulários de avaliação a serem preenchidos após o término da atividade e enviados em, no máximo, até 72 horas.

As equipes tiveram acesso prévio ao guia do participante para fazer a leitura prévia dos textos que seriam trabalhados no momento do *workshop*.

Foram viabilizados espaços nas unidades com ponto de acesso de internet, dispositivos para conexão e garantia da segurança com o distanciamento.

Na fase de execução do *workshop*, foram realizadas seis atividades:

- Atividade 1 – Contextualização e objetivos;
- Atividade 2 – Exposição dialogada e apresentação de vídeo – A segurança do paciente: marco da segurança, conceitos e núcleo de segurança do paciente;
- Atividade 3 – Apresentação de vídeos e jogos – Metas de Segurança do Paciente (Parte 1):
 - o Meta I – Identificar corretamente o paciente;
 - o Meta II – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias (adaptada para a APS);
 - o Meta III – Melhorar a segurança dos medicamentos/vacinas (adaptada para a APS);
- Atividade 4 – Apresentação de vídeos e jogos – Metas de Segurança do Paciente (Parte 2):
 - o Meta IV – Assegurar procedimento em paciente e local de intervenção correto (adaptada para a APS);
 - o Meta V – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (adaptada para a APS);
 - o Meta VI – Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.
- Atividade 5 – Exposição dialogada – Identificando a Segurança do Paciente nos macroprocessos da construção social da APS;
- Atividade 6 – Orientações para o trabalho de dispersão.

Essa fase ocorreu no dia 10 junho de 2021, em um período de 4 horas. Foi realizado no modo híbrido, e todas as equipes de APS permaneceram em suas unidades de origem com os facilitadores, em local apropriado com acesso à internet e dispositivo conectado ao *link* da plataforma digital disponibilizado, sendo recomendado manter as medidas de segurança para o momento de pandemia pela covid-19.

As conexões foram estabelecidas entre os 5 condutores do *workshop*, 17 avaliadores externos e entre as 24 equipes de saúde da família e 8 equipes de atenção primária, do Setor Sul do município de Uberlândia-MG. Participaram 344 pessoas, sendo 286 profissionais das equipes de APS entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e equipe multidisciplinar; e os demais distribuídos entre facilitadores, convidados e avaliadores externos.

A fase de avaliação foi iniciada logo após o *workshop*, considerando as seguintes etapas:

- preenchimento dos formulários de avaliação pelos avaliadores externos;
- envio dos formulários de avaliação de forma *on-line* pelos avaliadores externos;

- consolidação e análise dos resultados das avaliações preenchidas pelos avaliadores externos.

Para essa fase, foi utilizado o Instrumento de Validade de Conteúdo em Educação em Saúde (IVCES)¹³, que tem como objetivo disponibilizar embasamento científico capaz de validar conteúdo de materiais educativos em saúde, considerando que as tecnologias educativas em saúde devem ser avaliadas antes de sua utilização pela população-alvo¹³⁻¹⁵. Sua configuração possui 18 itens, divididos em 3 domínios – objetivos, estrutura/apresentação e relevância – e o escore total do instrumento é calculado por meio da união de todos os domínios, considerando uma escala de concordância de três pontos: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

A adaptação do IVCES¹³ foi realizada em formulário eletrônico com as respostas selecionadas como obrigatórias e acrescentado o domínio de telessaúde *workshop* totalizando 10 itens divididos em quatro domínios: objetivo (propósitos e finalidades); estrutura e apresentação (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência); relevância (significância e impacto); e telessaúde *workshop* (aplicabilidade). Também foi disponibilizado um campo aberto não obrigatório para permitir o registro de observações e sugestões.

O *link* de acesso ao formulário de avaliação foi disponibilizado previamente na etapa preparatória para os 17 avaliadores externos que responderam de forma *on-line*, gerando assim um arquivo em Excel[®] que permitiu a tabulação das respostas considerando a escala de concordância. As observações e as sugestões foram consolidadas e analisadas por categorias considerando os domínios (objetivo, estrutura e apresentação, relevância e telessaúde *workshop*).

RESULTADOS

Descrição da fase preparatória do workshop virtual de segurança do paciente na APS

O processo de adaptação partiu das discussões *on-line* entre os profissionais já envolvidos na construção das oficinas presenciais de segurança do paciente na APS e, portanto, utilizando como base o material previamente construído. Esse processo de adaptação permitiu a construção de um guia do participante, seis jogos e oito vídeos animados.

O guia do participante foi desenvolvido como uma ferramenta para orientar o participante, iniciando com uma breve apresentação do *workshop*, a programação e

a descrição de cada atividade realizada. Utilizou-se a linguagem com tempo verbal na primeira pessoa em vários momentos e a inserção de personagens também utilizados nos vídeos, a fim de estabelecer uma comunicação direta com o leitor.

Foram elaborados dois textos de apoio (texto 1 – “A Segurança do Paciente: Marco da Segurança, Conceitos e Núcleo de Segurança”; texto 2 – “A Construção Social da Atenção Primária e a Segurança do Paciente”) para fundamentar as discussões, sendo orientada a leitura prévia pelos participantes.

Para cada uma das metas de segurança do paciente, foi adaptado um jogo. Na meta 1, relacionada com a identificação correta, foi utilizado o jogo de tabuleiro denominado “Problema de Lógica”, em que, por meio de uma história e pistas, os participantes precisam identificar corretamente três pessoas usuárias apresentadas em uma história prévia.

Na meta 2, relacionada com a comunicação, foi realizado o jogo “Telefone sem fio”, em que uma das equipes lê um receituário durante um tempo previamente estabelecido e precisa comunicar para a próxima equipe as informações por mensagem de áudio; e, assim, a última equipe transmite para todos o que compreendeu.

O jogo realizado na meta 3 foi um estudo de caso com caça-palavras para discutir as questões de segurança de medicamentos e vacinas.

Para discutir a meta 4, de realização de procedimento em paciente e local de intervenção correto, foi elaborado o jogo de tabuleiro de quebra-cabeça de palavras, em que os participantes precisam organizar os identificadores, procedimentos e recomendações que precisam ser passadas para cada pessoa usuária citada na história de introdução do jogo.

Na meta 5, para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, utilizaram-se cartões para a montagem da sequência correta de higienização das mãos.

Por fim, a meta 6, relacionada com a redução do risco de queda e lesão por pressão, foi trabalhada por meio de um jogo da memória que continha imagens e textos relativos ao tema.

Contribuindo para a utilização de metodologias ativas, foram elaborados oito vídeos de animação personalizados inéditos para compor os recursos didático/pedagógicos, com objetivo de auxiliar a compreensão dos conteúdos e a comunicação entre a equipe condutora e os participantes.

O vídeo “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde” compõe a atividade 2 e apresenta a linha do tempo da segurança do paciente, os conceitos e o núcleo de segurança do paciente. O vídeo “A Construção Social da APS e a Transversalidade da Segurança do Paciente” é apresentado na atividade 5, descrevendo como a segurança do paciente está presente em todos os macro e microprocessos da construção social

da APS. Os demais vídeos foram elaborados para serem utilizados na abordagem das 6 metas de segurança, inserindo os participantes no contexto de cada tema e, consequentemente, no jogo.

Com base nas discussões e experiências anteriores, foram feitas melhorias na adaptação das metas internacionais de segurança do paciente (Quadro 1), possibilitando a discussão da Construção Social da APS relacionada com a segurança do paciente.

Quadro 1. Adaptação das metas de segurança do Paciente para APS

Metas Internacionais de Segurança do Paciente	Proposta de Metas de Segurança do Paciente Adaptadas para a APS
Meta I – Identificação correta do paciente	Meta I – Identificação correta do paciente
Meta II – Comunicação efetiva	Meta II – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias (adaptada para a APS)
Meta III – Melhorar a segurança dos medicamentos	Meta III – Melhorar a segurança dos medicamentos/vacinas (adaptada para a APS)
Meta IV – Cirurgia segura	Meta IV – Assegurar procedimento em paciente e local de intervenção correto (adaptada para a APS)
Meta V – Reduzir o risco de infecção associado ao cuidado	Meta V – Reduzir o risco de infecção associado aos cuidados em saúde (adaptada para a APS)
Meta VI – Reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas	Meta VI – Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (adaptada para a APS)

Fonte: elaboração própria.

As metas adaptadas foram correlacionadas às ações realizadas na APS, sendo identificado cada macro e microprocesso relativo à ação proposta. Esse instrumento foi aperfeiçoado, transformando no “Checklist da segurança do paciente na Construção Social da APS” e utilizado pelas equipes de APS no trabalho de dispersão para realizar o diagnóstico das metas de segurança do paciente implantadas nas unidades de saúde. Cada item foi avaliado considerado como ótimo, razoável, porém suficiente, incipiente ou não implantado. Esse instrumento, após aplicado, foi avaliado em outra etapa de tutoria realizada posteriormente; e, portanto, não descrita neste artigo.

Para o desenvolvimento da programação do *workshop*, foi necessário compreender diante de um tema tão amplo o que era relevante e significativo para ser trabalhado de forma dinâmica no período de 4 horas, considerando o número de equipe e profissionais que estariam participando.

Os profissionais que atuaram como facilitadores locais foram treinados para mediar a condução das atividades diretamente com as equipes.

Os avaliadores externos receberam previamente o convite e o acesso aos materiais didáticos (guia do participante, vídeos e jogos) para que pudessem fazer a avaliação do material utilizado.

As equipes das unidades receberam o convite e o acesso ao guia do participante e foram estimuladas pela gestão local a fazer a leitura prévia dos textos.

Descrição da fase de execução do workshop virtual de segurança do paciente na APS

A realização do *workshop* exigiu a articulação da gestão local com o profissional de Tecnologias da Informação (TI) para contribuir com o monitoramento da solicitação de entrada de participantes na sala virtual, habilitação de microfone e apoio em momentos que fossem necessários. Foi aplicado o pré-teste no dia anterior e, ao final, enviado o *link* do pós-teste, sendo respondido por todas as equipes e avaliado posteriormente; e, portanto, não apresentado neste artigo.

A condução foi feita de forma dinâmica, e as seis atividades foram realizadas conforme a programação descrita na metodologia, com a apresentação dos vídeos e jogos inseridos em suas respectivas atividades. Foi necessário apenas ajustes na atividade 2 devido à interferência na conexão por parte de um dos condutores, e introduzida uma premiação para as equipes que concluíam os jogos.

Descrição da fase de avaliação do workshop virtual de segurança do paciente na APS

Após o término do *workshop*, os avaliadores externos realizaram o preenchimento do IVCES⁸ e sua submissão *on-line*.

Por meio dos resultados e das análises feitas pelos avaliadores externos, foi possível observar se os objetivos e as finalidades do material desenvolvido foram atingidos, bem como verificar a viabilidade da execução do *workshop* virtual da PAS sobre a segurança do paciente na APS e identificar os pontos de melhoria sob a perspectiva de avaliadores externos.

Os formulários de avaliação foram respondidos por 100% dos avaliadores externos, compostos por 2 homens e 15 mulheres, do Distrito Federal e dos estados de Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro e São Paulo, todos com experiência em PAS e conhecimento de segurança paciente.

Os resultados dos domínios e seus respectivos itens são apresentados na Tabela 1:

Tabela 1. Resultados do IVCES realizado pelos Avaliadores Externos no *workshop* de segurança do paciente na APS da PAS

Domínio	Item	Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo plenamente
Objetivos (propósitos e finalidades)	Contempla os temas propostos para o <i>workshop</i>	-	-	100%
	Adequado ao processo de condução do <i>workshop</i>	-	17,60%	82,40%
Estrutura e Apresentação (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência)	Linguagem adequada aos tutores da APS	-	5,90%	94,10%
	Linguagem apropriada aos profissionais de saúde	-	5,90%	94,10%
	Informações corretas do ponto de vista científico	-	-	100%
	Informações objetivas	-	-	100%
	Informações esclarecedoras	-	-	100%
	Informações necessárias	-	-	100%
	Sequência lógica das ideias	-	11,80%	88,20%
Relevância (significância e impacto)	Contribui para a condução do <i>workshop</i>	-	-	100%
	Impacto positivo para a segurança dos processos de trabalho	-	11,80%	88,20%
	Uso da plataforma de reuniões a distância foi efetivo	-	23,50%	76,50%
	Conexão prejudicou a execução	29,40%	64,70%	5,90%
Telessaúde <i>workshop</i> (aplicabilidade)	Condução a distância foi efetiva	-	5,90%	94,10%
	Os recursos metodológicos aplicados ao formato virtual foram efetivos	-	11,80%	88,20%
	As equipes de Saúde estarem no modo virtual não dificultou sua participação	-	47,10%	52,90%

Fonte: elaboração própria.

Com relação ao domínio objetivo (propósitos e finalidades), 100% dos avaliadores externos concordaram plenamente que os temas propostos para o *workshop* foram contemplados; e 82,4% acharam o guia do participante adequado ao processo de condução do *workshop*. Segundo respostas dos avaliadores, o conteúdo abordado subsidiará às equipes para incor-

poração e organização da segurança do paciente na APS, que o processo de condução nesse formato favoreceu a apropriação dos conteúdos pelas equipes de saúde e que os vídeos foram recursos importantes para o alcance do objetivo do *workshop*.

Já em relação ao domínio estrutura e apresentação (organização, estratégia, coerência e suficiência), 100% dos avaliadores concordaram plenamente que as informações eram objetivas, esclarecedoras, necessárias e estavam corretas do ponto de vista científico; 94,1% concordaram que a linguagem estava adequada aos tutores da APS e para os profissionais de saúde; e 88,2% concordaram plenamente quanto à sequência lógica das ideias.

No domínio relevância (significância e impacto), 100% dos avaliadores concordaram plenamente que o Guia contribuiu para a condução do *workshop*; e 88,2% que o impacto foi positivo para a segurança dos processos de trabalho. Os avaliadores destacaram que o conteúdo teórico foi abordado por meio da conciliação entre a teoria e a prática, com uso de metodologias ativas para aplicar jogos tradicionais em ambiente virtual (telefone sem fio, palavras cruzadas, jogo da memória etc.), possibilitando maior engajamento, interesse, atenção, motivação e reflexão dos participantes, facilitando a construção de novos conhecimentos e a aplicabilidade do aprendizado. Ainda, que os conteúdos e as técnicas utilizadas facilitarão a reorganização dos processos nas unidades.

Com relação ao domínio telessaúde *workshop* (aplicabilidade), o uso da plataforma de reuniões a distância foi efetivo para 76,5% dos avaliadores que concordaram plenamente; 94,1% concordaram plenamente que a condução a distância foi efetiva; 88,2% concordaram plenamente que os recursos metodológicos aplicados ao formato virtual foram efetivos; e 52,9% concordaram plenamente que as equipes de saúde estarem no modo virtual não dificultou sua participação.

As respostas dos campos de justificativa do IVCES foram correlacionadas com os domínios avaliados para realizar a análise dos dados e construir as propostas de encaminhamentos para a equipe organizadora.

No domínio objetivo, no tópico 1, que descreve se contempla o tema propostos para o *workshop*, há uma sugestão para que a construção social da APS seja inserida desde o início da oficina, dando mais concretude à transversalidade da segurança do paciente na APS.

Ainda em relação a esse domínio, considerando a adequação do processo de construção, foi sugerido reforçar no início do *workshop* o contrato de convivência em relação ao uso da câmera, microfone e *chat* da plataforma. Também houve propostas para o desenvolvimento de formatos híbridos ou com mais de um momento de encontro que permitisse a ampliação do conteúdo teórico e maior oportunidade de reflexão sobre o tema.

No domínio estrutura e apresentação, em relação à informação correta do ponto de vista científico, foi sugerida uma correção em um dos vídeos, em que foi orientado sobre a esterilização de nebulizadores, enquanto a RDC nº 15 recomenda que os materiais de assistência ventilatória e inaloterapia, após a limpeza, sejam submetidos, ao menos, à desinfecção de nível intermediário.

Sobre a nomenclatura utilizada na meta VI, foi solicitada a mudança de úlcera por pressão para lesão por pressão conforme proposto pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP®) em 2016.

Foram solicitadas inclusões de informações necessárias: inserir a PNAB/2017 nos marcos apresentados no conteúdo teórico e melhorar a qualidade dessa imagem; inserir nos materiais enviados orientações mais detalhadas do passo a passo do processo de condução dos jogos; e inserir o gabarito do caça-palavras no *slide* para que todos visualizem a correção simultaneamente.

Consideram como importante acrescentar o vídeo da técnica de lavagem de mãos, propondo que a equipe realize essa atividade como dinâmica. Ademais, sobre os personagens apresentados, a sugestão foi ampliar a representatividade de outras culturas.

Em relação à sequência lógica de ideias, foi sugerido que se apresente a cronologia histórica somente no vídeo, sem necessidade de repetir na exposição dialogada. Além disso, na exposição dos conceitos, sugeriu-se a apresentação do conceito de incidente antes da apresentação sobre o risco.

Por fim, no que diz respeito ao domínio telessaúde *workshop*, foram pontuados problemas de conexão. Outrossim, em relação a esse domínio, destaca-se que a conexão interferiu no processo, porém, não houve impacto negativo na condução do *workshop*, sugerindo-se adequar os jogos virtuais, de tal forma que as equipes pudessem interagir de uma maneira utilizando os recursos tecnológicos.

DISCUSSÕES

A metodologia foi considerada dinâmica pelos avaliadores, sendo perceptível a participação ativa do envolvimento das equipes nas atividades. O conteúdo foi exposto com êxito, sendo de fácil entendimento; e apresentou as suas relações com todos os processos de trabalho na rotina diária das equipes. A participação dos profissionais pelo *chat* também foi relevante nesse processo.

Além disso, foi destacado pelos avaliadores externos o papel do condutor da oficina, devendo a pessoa condutora ter habilidade de transformar as ideias em ação, motivando os participantes, pois os temas por si sós não geram essa resposta.

Foram realizadas as melhorias sugeridas no guia do participante, nas apresenta-

ções, orientações e estrutura do *workshop*; sendo feitos os ajustes no roteiro do vídeo, porém, tendo a limitação em sua implementação devido à terceirização da produção, que possibilitou apenas os ajustes na legenda do vídeo. Sugeriu-se também a incorporação de outros personagens representativos de outras culturas.

Como nessa proposta os avaliadores tiveram apenas o contato com o *workshop*, não vivenciaram a continuidade de acompanhamento que se desdobra para além desse momento por meio de espaços de tutoria, sendo necessário outro estudo para essa descrição e conexão de todo o processo. Dessa forma, são contempladas as solicitações por ampliação desse momento de encontro.

Outro ponto de limitação que pode ser estudado é a avaliação das equipes em relação ao processo vivenciado pela análise do pré-teste e pós-teste, que pode ampliar as questões que os avaliadores expressam em suas opiniões sobre a apresentação em modo virtual ter dificultado ou não a participação das equipes de saúde.

Sobre a conexão, entende-se ser um desafio a utilização das práticas mediadas por TIC, tendo interferência da qualidade e usabilidade das plataformas, equipamentos e redes de internet para realizar essas conexões. Estamos sujeitos à interferência e à intercorrência relacionadas com esse ambiente virtual, porém, é necessário que seja estimulado o desenvolvimento de habilidades para lidar com as questões que se apresentam quando mediamos esses processos por meio das TIC, sendo importante também contar com profissionais de TI que possam apoiar a execução do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, tendo em vista a resposta dos avaliadores externos, considerou-se que os objetivos foram alcançados contemplando os temas propostos de forma adequada, com uma estrutura de apresentação e organização coerente e apropriada. Acredita-se que o *workshop* teve um impacto positivo para a segurança dos processos de trabalho, embora existam desafios relacionados com a adaptação dos recursos tecnológicos, plataformas e conexões.

A utilização do ambiente virtual possibilitou a participação de um maior número de profissionais da unidade e facilitadores de diversas regiões com *expertise* no tema.

As melhorias sugeridas contribuíram para realizar mudanças que possibilitem a replicação dessa oficina nas unidades de APS de outros territórios. É, portanto, um potente instrumento de alinhamento conceitual, despertando o interesse para o tema e preparando a equipe para o desenvolvimento de habilidades a serem trabalhadas nos momentos de tutoria.

Referências

1. Fernandes ATF, Leite APT, Fernandes DH, Andrade AT, Oliveira DCAND, Souza EL, et al. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2021 jul 20];15(5):2297-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 2021 ago 14]; Seção 1:43-4. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União [Internet]. 10 jul. 2013 [citado 2021 ago 14]; Seção 1:47. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União [Internet]. 25 set. 2013 [citado 2021 ago 14]; Seção 1:113. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html
7. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Conass; 2019 [citado 2021 jul 20]. 192 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/download/7223/>
8. Marchon SG. A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015;
9. Project Management Institute. Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos (guia PMBOK). São Paulo: Saraiva; 2012.
10. Colares KTP, Oliveira WD. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. Rev Sustinere [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 14];6(2):300-20. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/36910>
11. Viegas A. Como usar a gamificação no processo pedagógico [Internet]. Par. 28 ago. 2018

[citado 2021 ago 14]. Disponível em: <https://www.somospar.com.br/como-usar-a-gamificacao-no-processo-pedagogico/>

12. Marin EC, Ribas JFM, organizadores. *Jogo Tradicional e Cultura*. Santa Maria: UFSM; 2013.

13. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 14];71(suppl 4):1635-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&tlng=en

14. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [citado 2021 ago 14];13(5):754-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500022&lng=pt&tlng=pt

15. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2021 jul 21];16(7):3061-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006

ESTRATÉGIAS ADOTADAS, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PARA O DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA BAHIA

Tereza Paim¹

Camila Lisboa²

Silvana Oliveira³

1. Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho; Médica neonatologista; Subsecretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. <http://lattes.cnpq.br/3754701337109965>. tereza.paim@saude.ba.gov.br

2. Camila Silva Lisboa; Fisioterapeuta; Assessora da Subsecretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. camila.lisboa@saude.ba.gov.br

3. Silvana Lucia Pereira de Oliveira. Enfermeira. Especialista em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. silvana.oliveira@saude.ba.gov.br

RESUMO

A Segurança do Paciente (SP) vem sendo encarada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia como uma das estratégias mais importantes a serem implantadas e amplamente difundidas para todo o estado. Portanto, com o intuito de fomentar a cultura da SP para gestores e trabalhadores de saúde de diversos níveis de atenção e complexidade de serviços, com o advento da pandemia covid-19, foi necessária a adoção de medidas que fossem capazes de manter a continuidade das ações planejadas, com estratégias adaptadas às circunstâncias do contexto pandêmico e utilizando as ferramentas tecnológicas que permitiram os resultados alcançados. A metodologia adotada consiste na descrição das ações estratégicas para continuidade, desenvolvimento e qualificação da SP na Bahia nos diversos níveis de atenção à saúde. Trata-se de construção participativa do Plano Estadual de Segurança do Paciente, mediante diagnóstico sobre a SP na Bahia, reuniões virtuais e eventos educativos virtuais, a fim de disseminar o conhecimento e integrar os diversos atores na formulação e implementação dessa política. Ficou evidenciado entre os envolvidos o entusiasmo e o interesse em desenvolver a SP no estado da Bahia, trazendo a oportunidade de continuar estimulando o engajamento alcançado, culminando na elaboração da proposta submetida à consulta pública.

Palavras-chave: Epidemia; Pandemia; COVID-19; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

Almejando fomentar a cultura de Segurança do Paciente (SP) no estado da Bahia e promover espaços de educação permanente, construção participativa e difusão dos conhecimentos, práticas e ferramentas para gestores, técnicos e trabalhadores de saúde, o estado, a partir da sua Secretaria de Saúde, vem buscando caminhos e estratégias para a disseminação e implantação da política de SP.

Impulsionados pelo desafio de inclusão do tema de SP em instrumentos de gestão e planejamento do Estado, como o Plano Estadual de Saúde (PES), e criação e aprovação do Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP) – Bahia, deparamo-nos, em 2020, com o início da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Por um lado, a circunstância evidenciou a importância da SP para mitigação dos riscos e danos na produção de saúde aos pacientes e profissionais, mas, em contrapartida, imprimiu dificuldades operacionais, enfrentadas por todos os gestores ligados direta ou indiretamente à área da saúde.

Uma pandemia acontece quando existe disseminação de uma doença infecciosa, de transmissão sustentada e muito contagiosa, em todos os continentes¹. A última pandemia registrada antes da covid-19 aconteceu em 2009. Causada pelo vírus H1N1, foi chamada de gripe suína, atingiu 187 países e levou à morte mais de 300 mil pessoas¹.

Antes dela, as doenças mais letais no mundo foram: a tuberculose, ocorrida entre 1850 e 1950, que matou aproximadamente 1 bilhão de pessoas, além da gripe espanhola, ocorrida entre 1918 e 1920, dizimando entre 20 e 40 milhões de pessoas em todo o planeta¹.

Os poucos registros e informações encontrados em jornais da época, revistas antigas, documentos de governo e relatórios ministeriais explicitam que a grande movimentação da população, a falta de higiene e de saneamento básico, a má alimentação e, sobretudo, a superlotação populacional fizeram com que essas patologias se espalhassem rapidamente¹.

Situações em que os governantes tomam decisões contrárias às preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, evidenciam o atraso das ações no combate às doenças. Medidas enérgicas e embasadas em conhecimentos científicos vêm se mostrando ao longo da história como mais eficazes e seguras no controle de doenças. Ficaram registradas as medidas que foram adotadas pelo governo de São Paulo, durante o período da gripe espanhola, que fizeram com que o estado tivesse a taxa de mortalidade mais baixa do País, a saber, o isolamento social mais severo¹.

O ano de 2020 foi marcado pela Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) decorrente da pandemia do novo coronavírus².

A pandemia da covid-19, devido ao conhecimento científico insuficiente, à alta transmissibilidade e à alta letalidade em populações vulneráveis, trouxe incertezas de quais seriam as melhores condutas a serem tomadas para o seu enfrentamento em diversas partes do mundo, tornando-se um dos maiores desafios sanitários em escala global.

Tal fato exigiu dos governos em todo o mundo a reorganização da Rede de Atenção à Saúde para responder de forma efetiva às demandas da sociedade, de modo a preservar e salvar vidas.

Nesse contexto, compreendemos que a efetividade da resposta governamental no enfrentamento da pandemia ampara-se na integração sistêmica das ações e serviços de saúde, de modo a assegurar a universalidade do acesso com integralidade e equidade².

Identificada pela primeira vez em dezembro de 2020, na cidade de Wuhan, na China, a covid-19, inicialmente, foi considerada letal apenas para idosos e pessoas com doenças crônicas, acendendo um alerta geral nas diversas partes do mundo. Diante do risco de rápida disseminação para outros países, instituiu-se alerta internacional para possível pandemia, fato declarado pela OMS em março de 2020².

Com a observação, ao longo do tempo, do comportamento da doença na população, começou-se a modificar o que se acreditava até então. Esse “público-alvo” passou a ser considerado o com maior risco de evoluir clinicamente e de forma não satisfatória ao contrair a doença, apresentar sinais de gravidade e até evoluir para o óbito. Em média, 80% das pessoas infectadas se recuperam sem necessitar, sequer, de internamento. Porém, uma em cada seis pessoas infectadas pelo novo coronavírus desenvolve dificuldade em respirar, evoluindo para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e obtendo um prognóstico grave em seu histórico.

BRASIL E BAHIA

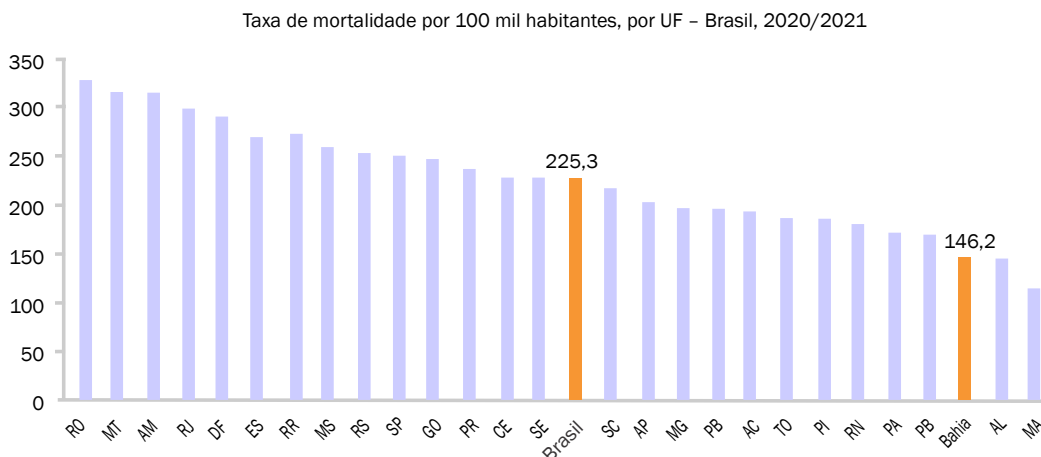
No Brasil, o primeiro caso confirmado de infecção pelo vírus aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, aproximadamente 30 dias depois que a OMS admitiu a possibilidade de um risco alto de epidemia. Esse caso foi registrado como o primeiro da América Latina. O primeiro caso de óbito no País ocorreu em 12 de março de 2020. A confirmação do primeiro caso no estado da Bahia ocorreu em 6 de março de 2020. Já o primeiro caso de óbito na Bahia ocorreu no dia 28 de março de 2020³.

A Bahia possui 417 municípios, com uma área territorial de 564.760,427 km², população estimada em 14.930.634 pessoas, densidade demográfica de 24,82 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,66013. Divide-se, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 28 Regiões de Saúde, que se aglutinam em nove Macrorregiões de Saúde, cada uma com sede de Núcleo Regional de Saúde (NRS) para atuação no território adscrito.

Entre 6 de março de 2020 e 15 de junho de 2021, a Bahia acumulou o total de 1.077.784 casos confirmados pela covid-19, 22.822 óbitos, apresentando uma média de taxa de ocupação nas UTI adulto COVID de 83% nos últimos 3 meses.

A taxa de mortalidade por covid-19 na Bahia é de 146,2 pessoas por 100 mil habitantes, evidenciando ser o terceiro estado do Brasil com a menor taxa, conforme figura abaixo:

Figura 1. Painel da Taxa de mortalidade 2020/2021



Fonte: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 06 de junho de 2021.

Tal cenário, desde o início, configurou-se como um grande desafio para governantes e sociedade, exigindo rápida capacidade de resposta, comunicação, criatividade, empenho e cooperação entre diversos setores e organizações governamentais e não governamentais, além da capacidade de adaptação e modificação em processos de trabalho e na rotina da vida diária das pessoas.

Fora instituído na Bahia o Comitê Operacional de Emergência em Saúde Pública (COES - BA), em que se compartilham, deliberam e encaminham as providências e orienta o planejamento relacionados à covid-19 no estado⁴.

Para esse enfrentamento, a fim de efetivar as ações para prevenção da proliferação da doença e todos os impactos diretos e indiretos sobre a saúde e bem-estar das pessoas e da comunidade, foi necessário buscar estratégias de mudanças comportamentais, tais como: uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), distanciamento social, lavagem adequada das mãos, uso de álcool em gel, higienização dos ambientes. Foi implementado o monitoramento, pela Atenção Primária à Saúde (APS), das pessoas e famílias em suas residências, identificação precoce de sintomáticos e contactantes, notificação, orientações e ações educativas para proteção e promoção da saúde dos indivíduos⁵.

Foram realizados eventos educativos virtuais (187 webaulas e cursos, com os mais diversos temas, entre eles: organização e processo de trabalho em sala de vacina, aspectos clínicos e epidemiológicos do coronavírus, enfrentamento da doença pelo coronavírus, manejo da SRAG na APS, orientações para a campanha de

vacinação contra covid-19) para um público de profissionais da saúde estimado em 46.658 pessoas, sendo que, desse total, 43.555 eram do estado da Bahia.

Para suportar a sobrecarga do sistema de saúde, o aumento do número de internações de casos leves, graves e mesmo o aumento do número de óbitos, foi necessário um grande investimento na abertura de novos leitos, contratação e capacitação de recursos humanos, abertura de Hospitais de Campanha dedicados ao atendimento a pacientes acometidos pela covid-19, compra de EPI, equipamentos hospitalares e medicamentos, aumento da capacidade de remoção aérea ou terrestre dos pacientes com a doença. Para além disso, estratégias de alojamentos para cumprimento de quarentena de profissionais de saúde sintomáticos com quadros leves da doença e ampliação capacidade do Laboratório Central do Estado (Lacen) e dos laboratórios regionais, alcançando a capacidade de realização de testagem diária de 5 mil RT-PCR para covid-19.

O estado totaliza hoje um quantitativo de 1.598 leitos de UTI adulto e 1.757 leitos clínicos adultos dedicados ao tratamento dos pacientes acometidos pela doença.

Para tal, a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde da Bahia uniram forças para desenvolver ações coordenadas, solidárias e participativas, a fim de operacionalizar o que foi definido nos instrumentos orientadores, como o Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento da Covid-19, Plano de Manejo de Óbitos por Covid-19 do Estado da Bahia, Plano de Vacinação contra a Covid-19 no Estado da Bahia, instruções normativas, protocolos e 87 notas técnicas disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde.

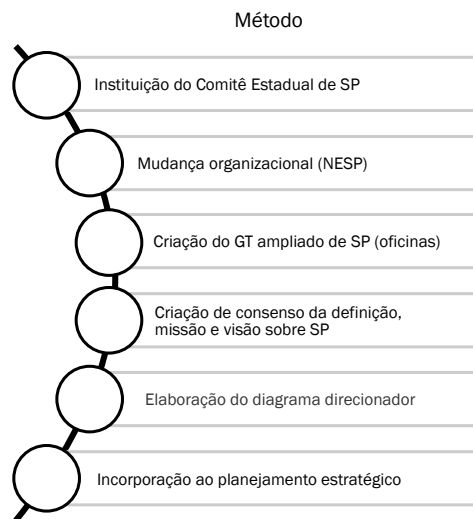
Nesse contexto, a necessidade de expansão e fortalecimento da Segurança do Paciente na Bahia, de suas premissas, métodos e ferramentas ficou evidenciada, uma vez que permeia desde a dimensão do autocuidado até a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde, incluindo o transporte sanitário e as ações de vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

MÉTODO

Este relato de experiência versa sobre a continuidade das ações estratégicas para desenvolvimento e qualificação da SP na Bahia, desde a APS até a Alta Complexidade, no contexto da pandemia de covid-19, descrito acima.

O Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), na sua nova proposta de conformação, iniciou suas atividades em junho de 2019, período no qual foi formalizado o Comitê Gestor de Segurança do Paciente, coordenado pelo Gabinete da SESAB e envolvendo atores estratégicos de diversas áreas da Secretaria, e formatado um Grupo de Trabalho (GT), com o objetivo de criar uma identidade para esse projeto e desenvolver o planejamento sobre a SP (Figura 2), baseado no Diagrama Direcionador (DD) (Figura 3)

Figura 2. Percurso das ações da SP/SESAB



Fonte: SESAB/2019⁴.

Figura 3. Diagrama Direcionador de Segurança do Paciente, Bahia



Fonte: SESAB/2019⁴

Seguindo as diretrizes da OMS, do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a temática da SP foi introduzida no PES, por meio do Compromisso: potencializar a suficiência da Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada, ampliando o acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente, com a iniciativa de apoiar as Regiões de Saúde na implementação do PESP. Abaixo, o quadro proposto das ações e metas do PES para implementação do Peps⁷

Figura 4. Quadro de ações e metas do Plano Estadual de Saúde de Segurança do Paciente, Bahia, 2020

COMPROMISSO:		POTENCIALIZAR A SUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE FORMA REGIONALIZADA, AMPLIANDO O ACESSO, GARANTINDO A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE					
META:		Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente nas Regiões de Saúde				Fórmula de cálculo	DESCRIÇÃO DA META:
2020	2021	2022	2023	NATUREZA			
0	11	22	33	percentual (acumulative)	Nº de regiões de saúde com planos regionais estabelecidos/total de regiões de saúde e/ou		Refere-se como implementação as regiões de saúde com gestores (municipais, hospitalares e ambulatoriais) capacitados e com planos regionais de Segurança do Paciente estabelecidos
RESPONSÁVEL:		GASEC					
INICIATIVA:		Apoiar as Regiões de Saúde na implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente					
AÇÃO	PRODUTO	INDICADOR	META				RESPONSÁVEL
			2020	2021	2022	2023	
Requalificar o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP)	NESP requalificado	NESP formalizado por meio de publicação em Diário Oficial	1	0	0	0	GASEC
Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Segurança do Paciente	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e no CIB	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e no CIB	1	0	0	0	NESP
Apoiar os Gestores Municipais, Hospitalares e Ambulatoriais para disseminação da cultura de segurança do Paciente nas regiões de saúde	Regiões de saúde com gestores capacitados em Segurança do Paciente	Nº de regiões com gestores capacitados	0	1	1	1	NESP
	Regiões de saúde com planos regionais de Segurança do Paciente estabelecidos	Nº de regiões com Planos Regionais de Segurança do Paciente estabelecidos	0	1	1	1	NESP

Fonte: Bahia, 2020⁴.

Com o objetivo de fomentar a disseminação da cultura e das ações de segurança do paciente na Bahia até 2023, tornou-se evidente a necessidade de elaboração do PESP, que servirá de base para as atividades a serem desenvolvidas no estado.

Com o advento da pandemia e necessidades de adaptação no planejamento das ações do Comitê Gestor da SP/BA, foi realizada a seleção de uma consultoria, a fim de auxiliar o grupo na execução das atividades, tendo início em agosto de 2020 e finalizada em março de 2021.

Adaptando às novas condições no contexto da pandemia, a maior parte das atividades foi realizada de forma remota, com o uso da tecnologia (webconferências, webau-

las, documentos eletrônicos para coleta de dados, questionários eletrônicos e outros recursos de tecnologia da informação), buscando contribuir para a qualidade, segurança e agilidade dos processos. Na realização das atividades presenciais, foram cumpridos todos os protocolos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e as recomendações das Notas Técnicas elaboradas e divulgadas pelo COES-BA⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as ações planejadas e desenvolvidas durante a elaboração do PESP partiram da premissa da construção coletiva e participativa, com o propósito de promover práticas cada vez mais seguras, além de fortalecer os trabalhadores/colaboradores de saúde, agentes comunitários e gestores, para melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde do estado da Bahia⁵.

A aspiração da SESAB para a SP é disseminar e fomentar a cultura da SP para a Bahia, ou seja, para as nove macrorregiões do estado, agregando, na construção de saberes, gestores municipais, gestores e colaboradores de estabelecimentos de diversos níveis de atenção, complexidade e de diferentes esferas administrativas, lideranças comunitárias e controle social, almejando também alcançar a disseminação para as famílias e comunidade da dimensão do autocuidado.

Para a construção do PESP/ Bahia, foram realizados 64 encontros, distribuídos da seguinte forma: 19 encontros com gestores e profissionais estratégicos das Unidades de Saúde do estado da Bahia indicados pelo GT e pelas próprias Unidades convidadas, sendo 9 web-reuniões e 10 tele oficinas; 4 visitas técnicas nas seguintes instituições: Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESP/BA), UPA de Pirajá, Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) e na Maternidade de Referência José Maria de Magalhães Netto (MRPJMMN); 9 reuniões com os membros do GT; 3 web-reuniões com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS – BA) e 29 com o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), objetivando divulgar a proposta do PESP, incluir o plano nas diversas linhas de cuidado e padronizar uma proposta de qualificação para o maior número de profissionais de saúde do estado sobre a SP. Os encontros aconteceram, em sua maioria, de forma remota, em decorrência da pandemia, contudo, sem prejuízo à qualidade do processo.

Considerando que o PESP/Bahia deveria acontecer de forma participativa, envolvendo os atores e instâncias estratégicas dos serviços de saúde do estado, ressaltamos que ele é resultado da colaboração de 263 participantes.

Para a imprescindível etapa de diagnóstico sobre a SP na Bahia, a coleta das informações foi realizada por intermédio de questionário disponibilizado a partir da pla-

taforma Google Forms. Foram eleitas as Unidades de Saúde do estado, organizadas pela tipologia Hospitais, Maternidades, Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a partir dos seguintes critérios:

1. Unidades de Saúde indicadas pelos coordenadores/gestores municipais e/ou dos Núcleos Regionais de Saúde;
2. Hospitais e Maternidades de referência dos municípios;
3. Unidades de Saúde que participam do Projeto: “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, do Ministério da Saúde/Proadi-SUS (LE/MS);
4. Unidades de Saúde que participaram do Projeto de Formação Sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), do Ministério da Saúde/PROADI-SUS/ Hospital Moinhos de Vento (PROADI-SUS).

Foram elegíveis 87 Unidades de Saúde do estado da Bahia, dos 9 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), de todas as 28 Regiões de Saúde.

Os questionários foram enviados para 52 Unidades de Gestão Direta e Indireta, 1 Parceria Público-Privada (Instituto Couto Maia – ICOM), 3 Hospitais de Campanha e para os 9 NRS e obtendo um retorno de 122 questionários respondidos.

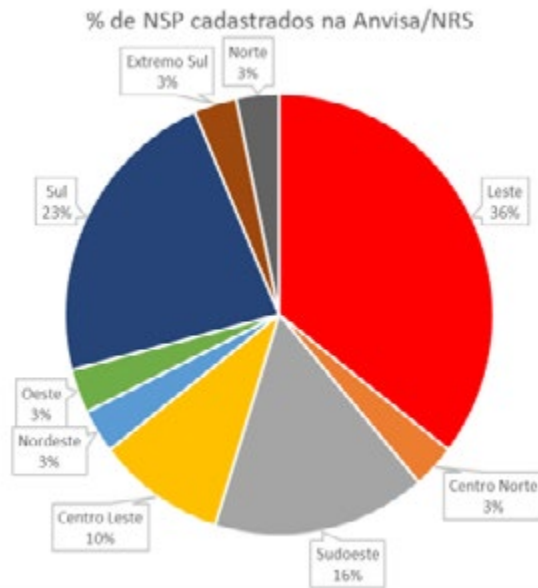
Esse número se justifica pela participação de unidades municipais, filantrópicas e particulares que, mesmo em um primeiro momento não eleitas para o diagnóstico, solicitaram a participação aos coordenadores dos NRS, COSEMS e ao NESP.

Destacam-se o protagonismo e a importância dos coordenadores / gestores dos NRS, e dos atores denominados Apoiadores Institucionais Municipais, que têm a função importante de levar às equipes de saúde do território baiano as diretrizes, os programas, as políticas e planos, como o PESP-Bahia, com o objetivo de promover o aperfeiçoamento da Atenção Básica, bem como o fortalecer a rede municipal e local de saúde.

Durante os encontros, foram evidentes o entusiasmo e o interesse em desenvolver a segurança do paciente nos estabelecimentos do estado da Bahia. Muitas contribuições relevantes foram dadas por eles, como relatos de ações que estão sendo desenvolvidas nas Unidades, sugestões para a construção e efetivação do PESP/Bahia, depoimentos e *feedbacks* positivos.

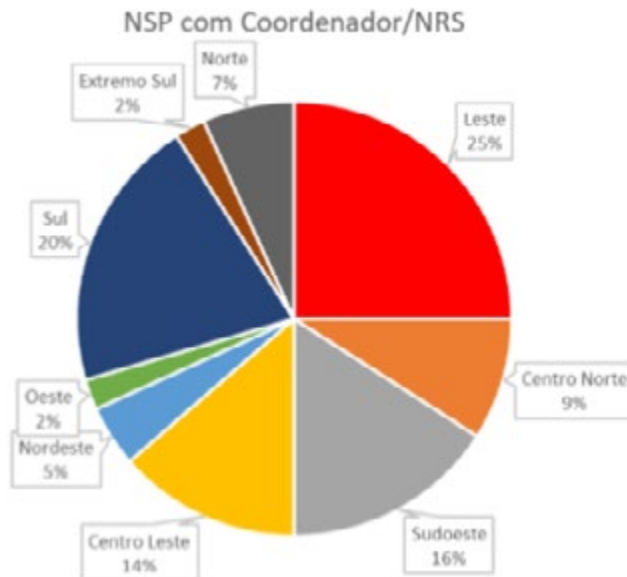
O diagnóstico evidenciou que, das Unidades de Saúde que responderam ao questionário, 48 delas (73%) possuem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantado; contudo, 35 (53%) ainda não estão cadastrados na Anvisa, apresentado na Figura 5. De acordo com a legislação, o coordenador do NSP deve ser nomeado por portaria institucional; e, dos respondentes, 22 (33%) não possuem coordenador, apesar da informação de terem o referido Núcleo constituído (Figura 6).

Figura 5. Unidades que possuem NSP/NRS cadastrados na Anvisa, Bahia, 2020



Fonte: Bahia, 2020⁷

Figura 6. Unidades que possuem coordenador do NSP nomeado por portaria/NRS, Bahia, 2020

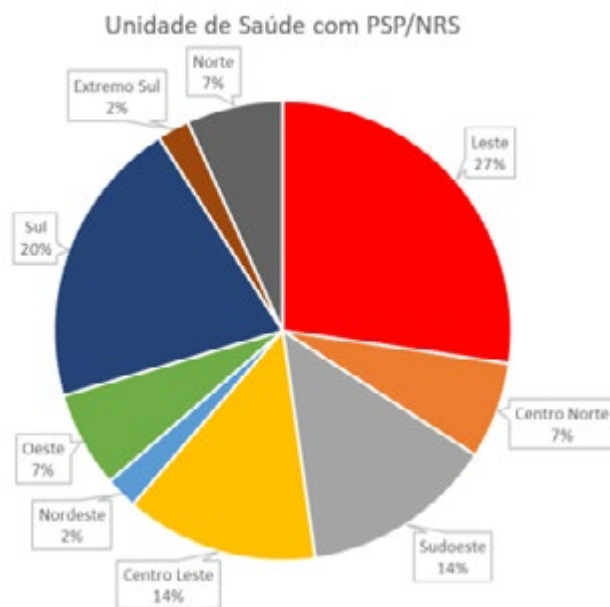


Fonte: Bahia, 2020⁷.

O diagnóstico abordou também aspectos das competências do NSP, como a elaboração e divulgação do Plano de Segurança do paciente na Unidade de Saúde. Este é o documento que deve apontar as situações de risco e descrever as estratégias e ações definidas pelo serviço para a gestão de risco, visando à prevenção e à mitigação dos incidentes assistenciais, desde a admissão do paciente até a sua transferência, alta ou óbito⁷

Nesse sentido, na Bahia, das Unidades de Saúde elegíveis e respondentes ao questionário, 44 delas (67%) afirmaram possuir o Plano de Segurança do paciente implantado (Figura 7).

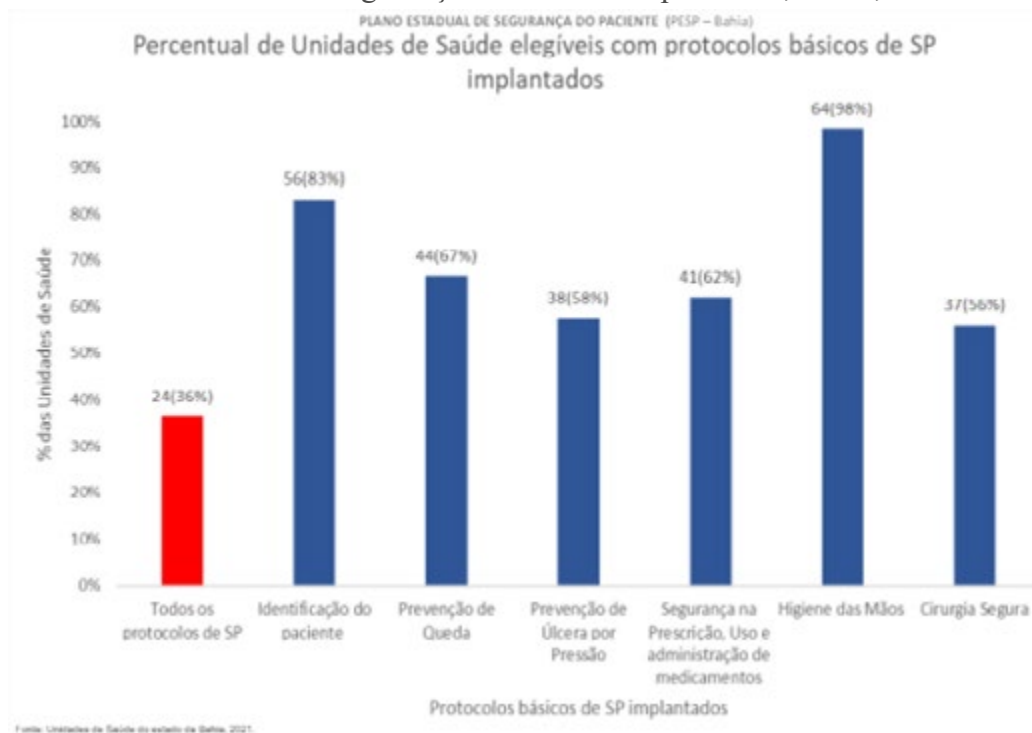
Figura 7. Quantitativo de Unidades de Saúde elegíveis que possuem o PSP/NRS, Bahia, 2020



Fonte: Bahia, 2020⁷.

Com relação aos protocolos básicos de segurança do paciente, preconizados pela Anvisa, 24 (36%) das Unidades de Saúde elegíveis apresentam todos os protocolos implantados, conforme Figura 8.

Figura 8. Quantidade de Unidades de Saúde, respondentes, que possuem os protocolos básicos de Segurança do Paciente implantados, Bahia, 2020



Fonte: Bahia, 2020.⁷

Após a etapa de diagnóstico, análise do panorama sobre a SP nos estabelecimentos eleitos, coorte, foi elaborada a proposta do PESP e submetida à consulta pública para sua qualificação e posterior avaliação e aprovação na Comissão Inter-gestora Bipartite (CIB).

Além disso, durante a pandemia, foram alcançados resultados práticos, como a implantação do NPS em 3 Hospitais de Campanha do estado, o fortalecimento dos NSP já existentes, a realização de curso de SP na modalidade EAD pela ESP-BA (para 80 profissionais de nível superior) e a realização de projeto de implantação do NSP na UPA – Pirajá.

A fim de dar continuidade às ações de capacitação em SP, encontra-se em construção outro minicurso, módulo EAD, (em parceria com a ESP-BA), para os trabalhadores da APS em todas as categorias profissionais (com o foco principal nos profissionais de enfermagem do nível médio, motoristas de ambulância, profissionais de recepção e de limpeza) e para os gestores das diversas instituições dos NRS Leste, Centro Leste e Nordeste, conforme pactuação no PES.

No dia Mundial da SP, em 17 de setembro de 2021, está planejada a realização do evento híbrido sobre Segurança Materna e Neonatal, tema da OMS. A intenção é mobilizar os parceiros que trabalham em maternidades do estado para que possam participar presencialmente e que os demais profissionais acompanhem o evento via *web*, conforme preconizam os protocolos de segurança utilizados durante a pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob essa perspectiva, a emergência em saúde pública decorrente da covid-19 tem imposto uma série de desafios. Encontramos na SP um importante aliado para esse enfrentamento, partindo do trinômio educação-saúde-ciência, haja vista o seu potencial transformador nas práticas de saúde, amparadas por protocolos e ferramentas que auxiliam as práticas e atitudes para proteção e promoção da saúde e prevenção dos riscos e danos⁸.

Mesmo com toda a adversidade vivenciada por causa da pandemia e sua característica intempestiva e imprevisível, as ações em prol do desenvolvimento da SP no estado da Bahia vêm sendo trilhadas, adaptando-se cada vez mais às ferramentas virtuais que permitiram e que vêm proporcionando a continuidade da construção coletiva e continuidade dos projetos. Sobretudo, é possível identificar diferenças regionais entre os estabelecimentos de saúde de portes semelhantes, sobre compreensão, conhecimento e aplicação da SP nas práticas do trabalho. Isso que traz a oportunidade de atuar de acordo com as capacidades e peculiaridades de cada Unidade, de modo a estimular o engajamento conquistado nessa etapa, conjuntamente com os resultados obtidos para impulsionar a efetivação do PES da SP no estado da Bahia.

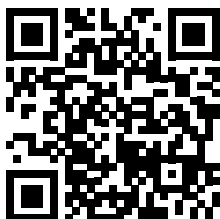
Referências

1. Schueler C. O que é uma pandemia. Fiocruz [Internet]. 2021 [citado 2021 maio 25]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>
2. Barros R. Emergência em saúde pública da pandemia da Covid-19: breves apontamentos. Rev. Baiana Saúde Pública. 2021;45(esp 1):11-18.
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Bahia confirma primeiro caso importado do Novo Coronavírus (Covid-19). Sesab [Internet]. 6 mar. 2020 [citado 2021 jun 9]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/06/bahia-confirma-primeiro-caso-importado-do-novo-coronavirus-covid-19/>

4. Bahia. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde – PES – 2020-2023 [Internet]. Salvador: Sesab; 2019 [citado 2021 jun 9]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/PES-2020-2023.pdf>
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa ;2016. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
6. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus – SARS-CoV2 [Internet]. Bahia: SESAB; 2020 [citado 2021 jun 19]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Plano-de-Contingencia-Coronav-C3ADrus-Bahia-2020-2606.pdf>
7. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Segurança do Paciente 2020 -2023. Bahia: SESAB; 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2 abr 2013; Seção 1:43-4.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM PROL DO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE: UM PROJETO EM CONTÍNUA EVOLUÇÃO

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento¹

Ana Emília de Oliveira Ahouagi²

1. Doutora em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; Professora da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://lattes.cnpq.br/4157162836464120>. marianamg@ufmg.br

2. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina; Gestora da Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. <http://lattes.cnpq.br/1878046075000941>. ana.emilia@pbh.gov.br

Resumo

A Assistência Farmacêutica (AF) tem apresentado papel fundamental na promoção do uso seguro de medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte. Logo, este estudo objetivou descrever as ações de promoção do uso seguro de medicamentos implementadas pela área de AF na APS municipal. Trata-se de estudo descritivo das ações implementadas a partir de 2018, quando foi publicada a diretriz para a AF integral. A descrição foi realizada conforme os três eixos de atividades da AF municipal: técnico-gerenciais; assistenciais; e farmacoepidemiologia, farmacovigilância e informações de medicamentos. Na área de atividades técnico-assistenciais, destacaram-se aquelas desempenhadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, as quais deflagraram melhorias no uso de medicamentos injetáveis, entre outras. Melhorias na dispensação e identificação de medicamentos, bem como na notificação de erros também foram importantes. Nas atividades assistenciais, observou-se aumento progressivo no número de consultas farmacêuticas, mediante publicação de diretrizes e ampla estratégia de treinamento. Na área de farmacoepidemiologia, farmacovigilância e informações de medicamentos, a publicação de boletins com *feedback* das notificações e outras temáticas direcionam as práticas seguras. Conclui-se, portanto, que, em Belo Horizonte, a gestão da AF e a inserção do farmacêutico na APS contribuem consideravelmente para a segurança no uso de medicamentos.

Palavras-chave: Erros de medicação. Segurança do paciente. Assistência farmacêutica, Qualidade da assistência à saúde. Serviços comunitários de farmácia.

INTRODUÇÃO

Belo Horizonte, a capital mineira, tem mais de 2,5 milhões de residentes, sendo a sexta cidade mais populosa do Brasil¹. A Assistência Farmacêutica (AF) desse município é marcada por um histórico de adequações, que se iniciou em 1993, com foco em melhoria contínua, permitindo a expansão das atividades dessa área até atingir a informatização completa dos seus processos e a inserção efetiva do farmacêutico nas unidades de saúde. Nesse processo, esse profissional teve sua participação estabelecida como obrigatória na composição de todos os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)².

Tendo em vista sua base estrutural fortalecida, a AF de Belo Horizonte vem apresentando, ao longo dos anos, papel fundamental na promoção do uso seguro de medicamentos no município. Destaca-se que, além de os diversos processos na área de

gestão farmacêutica perpassarem por metas referentes à segurança do paciente, eles também têm o papel de guiar iniciativas de promoção do uso seguro de medicamentos para além do campo específico farmacêutico, atingindo os diferentes profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)².

Nesse contexto, adota-se uma visão interprofissional, comum e necessária tanto para a área de AF, que seria o “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional”³; quanto para a área de uso seguro de medicamentos, que seria a ausência de lesão evitável durante o uso de medicamentos, englobando as atividades de prevenção e mitigação dos danos decorrentes de eventos adversos que resultam do processo de uso de medicamentos⁴. Mediante tais conceitos, percebe-se como são áreas com múltiplas interseções e que, quando qualificadas simultaneamente e em harmonia, possuem potencial de elevar os níveis de qualidade e da segurança do paciente quanto ao uso de medicamentos na APS.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever as ações de promoção do uso seguro de medicamentos implementadas pela área de AF do município de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo acerca das ações de promoção do uso seguro de medicamentos implementadas pela de AF do município de Belo Horizonte.

Local do Estudo

O estudo foi realizado na APS do município de Belo Horizonte, com foco na AF. A cidade conta com nove regionais de saúde, e, no se refere à APS, é organizada por meio de 152 centros de saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família o modelo assistencial adotado, com 589 equipes. Todas os centros de saúde possuem profissionais de referência do Nasf-AB, entre os quais o farmacêutico é membro obrigatório. Dessa forma, Belo Horizonte conta com aproximadamente 80 farmacêuticos que provêm serviços clínicos-assistenciais aos pacientes nos centros de saúde.

Descrição das ações de promoção do uso seguro de medicamentos

As ações de promoção do uso seguro de medicamentos implementadas pela AF foram descritas a partir do ano de 2018, quando foram estruturadas e publicadas as Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte. Para tal descrição, utilizou-se a organização das ações desenvolvidas nos três eixos de atividades da

AF municipal: 1) técnico- gerenciais; 2) assistenciais; e 3) farmacoepidemiologia, farmacovigilância e informações de medicamentos². Para a descrição de alguns indicadores, também foram utilizados dados do ano de antes de 2018, com a finalidade de comparação com período prévio à publicação da Diretriz.

As ações foram levantadas a partir de entrevista com a gestora-chefe da AF no município e coautora do presente estudo, que atuou ante tais iniciativas no período avaliado. Em adição, foi realizada análise documental de legislações e outros documentos interna e disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde referentes à área de AF para amparar o processo de descrição do histórico das ações. Para fins de análise documental, foi assinado Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2018, foram consolidados os arcabouços para a operacionalização da AF no município, culminando com a publicação das Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte. Nesse documento, foram definidas as atribuições da AF nos diferentes níveis hierárquicos e os indicadores para seu monitoramento. A Diretriz também preconizava que a AF municipal deveria ser organizada para garantir a realização, de forma equilibrada e conforme as necessidades regionais, de atividades²:

1. técnico-gerenciais, que incluem seleção, produção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e fornecimento de medicamentos;
2. assistenciais, que incluem dispensação, rastreamento em saúde, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, atividades técnico-pedagógicas e ações de educação em saúde;
3. farmacoepidemiologia, farmacovigilância e informações sobre medicamentos, que incluem ações voltadas para promoção da segurança do paciente.

É sabido que a inserção da AF nas redes de atenção à saúde é estratégica para todo o sistema de saúde, uma vez que envolve ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, no nível individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial⁵. Dessa forma, acredita-se que, a partir da publicação dessas diretrizes, a sistematização da AF no município ganhou robustez considerável, sendo possível o desenvolvimento de atividades que impactavam direta ou indiretamente na qualidade do sistema de saúde municipal e na segurança do paciente do uso de medicamentos.

Atividades Técnico-Gerenciais

A execução e o monitoramento das atividades técnico-gerenciais possuem impacto considerável na segurança do uso de medicamentos, apesar dessa relevância não ser

tão óbvia para todos os profissionais de saúde e gestores. Cabe, portanto, ao gestor da AF garantir que a amplitude de sua atuação tenha sempre como foco finalístico o paciente, permitindo a interpretação de indicadores e remodelamento de processos com visão que transcende àquela da garantia do acesso ao medicamento⁶.

Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos possui importante papel na promoção de segurança no uso de medicamentos, uma vez que, conforme preconizado na Política Nacional de Medicamentos, é a ação da AF que guia todas as demais atividades envolvendo o produto⁷. Ademais, a seleção de medicamentos possui o papel de qualificar a prescrição, uma vez que limita a escolha de medicamentos àqueles considerados essenciais e minimiza o número de medicamentos com os quais os profissionais de saúde devem estar familiarizados. A seleção também permite o desenvolvimento de protocolos de prescrição e uso de medicamentos e divulgação de informações padronizadas sobre esses⁸.

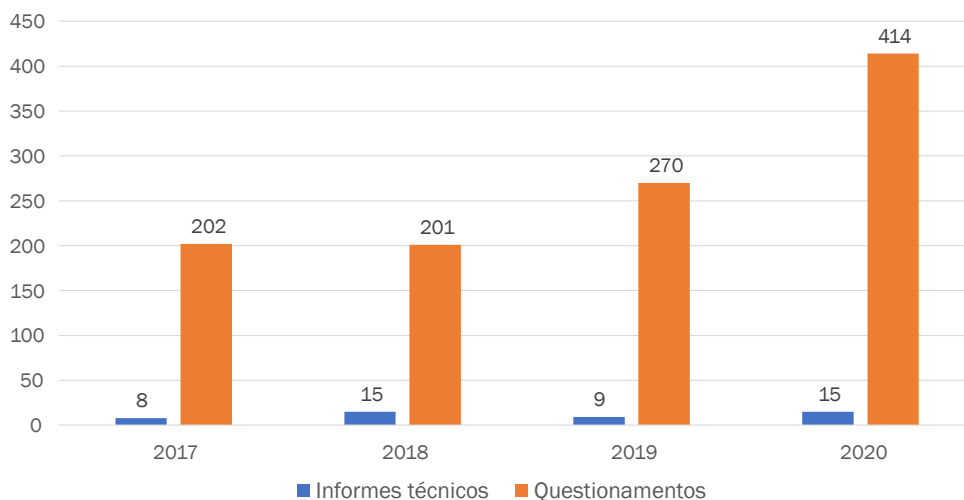
A participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é, portanto, essencial, já que é a responsável por guiar as atividades relacionadas com a seleção. Em Belo Horizonte, essa instância possui atividade crescente e, de 2018 a 2020, produziu 39 informes técnicos, que contemplam forma de prescrição e uso de medicamentos, entre outras temáticas relevantes para o uso seguro de medicamentos.

A CFT municipal também foi responsável por sanar, de 2018 a 2020, um total de 888 dúvidas relativas ao uso de medicamentos, enviadas via *e-mail* pelas unidades de saúde da prefeitura. Em 2020, 47% das demandas recebidas relacionavam-se a tratamentos fora dos protocolos municipais; 29%, a autorizações de administração de medicamentos injetáveis não padronizados; 12%, a dúvida sobre posologias atípicas; e 13% referentes a outros assuntos. A criação desse canal de comunicação configurou-se, portanto, como uma importante barreira de proteção para ocorrência do uso inseguro de medicamentos. Além do *e-mail*, mediante a identificação da ocorrência de demandas para administração de medicamentos de uso sabidamente contraindicados na APS, a CFT elaborou uma nota técnica para orientar os profissionais e serviços de saúde sobre a administração dos principais medicamentos injetáveis que constam ou não na Relação Municipal de Medicamentos (Remume).

Nesse contexto, destacaram-se solicitações de administração de metotrexato injetável, um medicamento potencialmente perigoso, com regras de administração específicas, posologia complexa e de difícil monitoramento no âmbito da APS⁹. Dessa forma, foi elaborada uma nota sobre o metotrexato injetável, visando explicitar a insegurança da sua administração nesse cenário de saúde e estabelecer fluxo específico de encami-

nhamento de pacientes para serviços de média e alta complexidade com estrutura que proporcione a administração segura do medicamento. Além disso, foi deflagrada uma busca ativa de pacientes usuários desse medicamento na rede para acompanhamento pelo profissional farmacêutico e orientação sobre o uso racional dele.

Gráfico 1. Evolução do número de informes técnicos elaborados e questionamentos respondidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte (MG). 2017-2020



Fonte: elaboração própria a partir de dados consolidados.

Acurácia de Inventário e Segurança no Uso de Medicamentos

Também, entre às atividades técnico-gerenciais, encontra-se o indicador de acurácia de inventário, proposto nas Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte². O indicador vem se apresentando em uma crescente nos últimos anos, passando de 76% de acurácia em 2017 para 84% em 2020. Além da importância do indicador de acurácia de inventário para sinalizar a qualidade do processo de gestão de estoque e armazenamento de medicamentos, destaca-se sua relação direta com os erros ocorridos durante o processo de dispensação farmacêutica⁶.

Nesse sentido, o monitoramento desse indicador também deve ter como objetivo a melhoria no processo de dispensação, como o teve no âmbito da AF de Belo Horizonte. Diante da busca de resultados de acurácia dos inventários superiores aos obtidos em 2017 (76%) e 2018 (77%), entre outros fatores, foi desenvolvido um diagnóstico da qualidade das dispensações e outras iniciativas de melhorias nesse processo, que serão descritos a seguir.

Diagnóstico da Qualidade das Dispensações

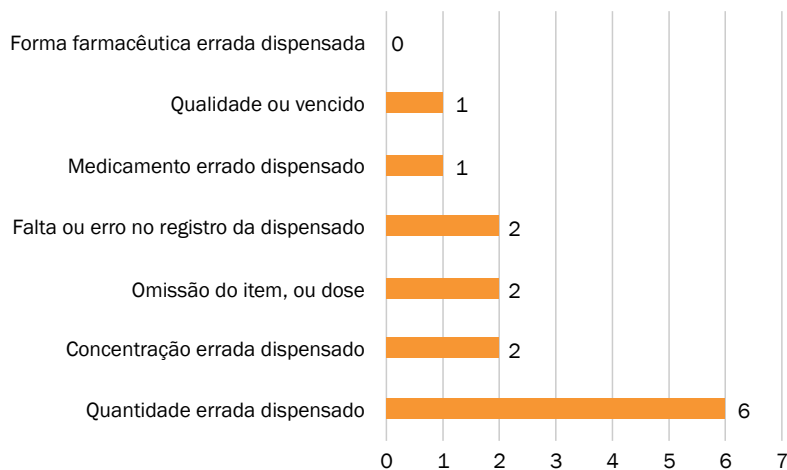
Com o intuito de levantar informações sobre a qualidade das dispensações realizadas em unidades da APS, no ano de 2018, foi realizado um diagnóstico entre junho e agosto com o auxílio de estagiários e residentes em farmácia. Conforme o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) das unidades de saúde, foram selecionadas duas delas: uma em área de baixo IVS; e outra em área de alto IVS¹⁰.

Para avaliar as dispensações, estagiários ou residentes, após o devido treinamento, convidavam os usuários da unidade a participar de uma entrevista logo após receberem seus medicamentos na farmácia. A qualidade das prescrições apresentadas pelos entrevistados também foi avaliada¹⁰.

Ao todo, foram coletados dados sobre 121 prescrições e 396 medicamentos dispensados. Uma proporção de 15,7% das prescrições demonstrou pelo menos uma inconformidade técnica de acordo com a Lei federal nº 5.991/1973, sendo a ausência de via de administração a mais frequente (16 do total de 21 inconformidades identificadas)^{10,11}.

Na avaliação da ocorrência de erro de dispensação, foram identificados 14 erros envolvendo 13 prescrições (10,7%), o que representou erro envolvendo 3,5% dos itens dispensados. Os tipos de erros avaliados e a frequência com que foram identificados são apresentados no Gráfico 2. Erros foram identificados mais frequentemente em prescrições com mais de 5 medicamentos¹⁰.

Gráfico 2. Tipos e frequência dos erros de dispensação avaliados durante o diagnóstico pontual da qualidade das dispensações. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte (MG). 2018



Fonte: elaboração própria a partir de dados consolidados.

Os tipos de erros avaliados vão ao encontro daqueles propostos pelo Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração apresentado pelo Ministério da Saúde⁴. A avaliação desse tipo de indicador, mesmo em coleta pontual e em amostra não probabilística, possui o potencial de delinear o cenário assistencial com o objetivo de implementação de melhorias no processo de cuidado¹². Além disso, sabe-se que atenção especial deve ser voltada a prescrição, dispensação e uso de medicamentos na atenção primária, em que é atendido o maior número de indivíduos, e da qual advém a maioria dos pacientes atendidos na rede de média e alta complexidade^{13,14}.

Considerando os vieses existentes no estudo, como a não avaliação da dispensação dos insumos para tratamento do diabetes, pequena amostra e curto período de execução, levam a estimativas de que esses números sejam ainda maiores. Essa inferência toma significativa importância ao extrapolarmos a taxa de erros encontrada para o total aproximado de 345 milhões de unidades farmacêuticas dispensadas nas farmácias da APS de Belo Horizonte naquele ano. O cálculo aproximado de possíveis 12 milhões de unidades farmacêuticas dispensadas com erro fomentou ações da AF municipal no sentido de obter mais informações a respeito de erros de dispensação, bem como de outros erros de medicação e da criação de estratégias para a mitigação desses erros¹⁰.

Melhoria da Dispensação e Monitoramento de Erros de Medicação

Mediante os resultados do diagnóstico pontual da qualidade da dispensação, foram implementadas iniciativas para a melhoria do processo de dispensação e monitoramento de erros de medicação na APS. Inicialmente, procedeu-se à revisão e ao treinamento sobre o Procedimento Operacional Padrão (POP) de dispensação, bem como à elaboração e à implementação de um POP para guiar as práticas dos profissionais em relação à identificação de erros de dispensação e intervenções corretivas e preventivas. Posteriormente, a proposta foi ampliada e passou a abranger também erros de administração e prescrição identificados nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde.

Para que fosse possível a notificação desses erros pelos profissionais de saúde, foi desenvolvido um formulário para registro das ocorrências. O objetivo principal da ferramenta é a identificação dos tipos, frequência e possíveis causas de erros, para análise e implementação de estratégias para prevenção de danos e problemas relacionados com o uso de medicamentos. O formulário foi disponibilizado na página da Prefeitura de Belo Horizonte na internet e pode ser acessado e preenchido, mediante senha, por qualquer profissional de saúde lotado em unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde¹⁵.

Orientações para identificação, ações preventivas e corretivas e preenchimento do formulário de notificação de erros de medicação foram descritas no formato

de POP, que foi divulgado em fevereiro de 2020 com uma ação de sensibilização dos farmacêuticos da rede sobre segurança do paciente em parceria com a Vigilância Sanitária municipal. A partir de então, em 21 de fevereiro de 2020, iniciaram-se as notificações de erros de medicação, e, apesar das limitações impostas pela pandemia do novo coronavírus, até 31 de dezembro do mesmo ano, foram notificados 200 erros de medicação na Secretaria Municipal de Saúde.

Os principais notificadores foram os farmacêuticos (97%), seguidos dos técnicos de farmácia (1,5%) e técnicos de enfermagem (1,5%). Os principais erros notificados foram referentes à dispensação de medicamento errado (31,5% das notificações); dispensação de concentração errada (17,5%) e falta ou erro na especificação da dosagem e/ou posologia na prescrição (18,5%). Para a maioria dos erros (52%), houve correção e implementação de intervenções preventivas. Para 11% dos erros, não foi possível corrigi-lo, mas medidas preventivas foram adotadas. Esses dados demonstram o compromisso dos profissionais em corrigirem os erros detectados e de criar estratégias para prevenção de novas ocorrências⁸.

Para prevenir erros, é necessário saber quais erros acontecem, onde e como. Sob essa perspectiva, a notificação dos erros de medicação tem papel importante e deve ser incentivada com a implementação de outras iniciativas que aumentem a maturidade institucional e cultura de segurança local. Em adição, sistemas de notificação devem ser constantemente aprimorados, uma vez que podem ser considerados como barreiras quando os profissionais de saúde não compreendem a política e os processos de notificação de incidentes, ou quando consideravam o sistema de notificação ineficaz¹⁶.

Dessa forma, espera-se que, nos próximos anos, o formulário para registro de erros de medicação se consolide como uma ferramenta de gerenciamento de dados e riscos para os mais diferentes profissionais e unidades da APS de Belo Horizonte, fornecendo informações cada vez mais robustas e necessárias para o planejamento de estratégias e ações em prol da segurança do paciente.

Identificação de Medicamentos

Outra estratégia de melhoria da segurança do paciente implementada pela AF, a partir de junho de 2018, foi a atualização das identificações de medicamentos em seus locais de armazenamento nas unidades de saúde e diferenciação dos produtos. Para tal, com o objetivo de assegurar práticas adequadas e seguras de administração e dispensação de medicamentos à população, foram criados modelos padronizados de etiquetas identificadoras.

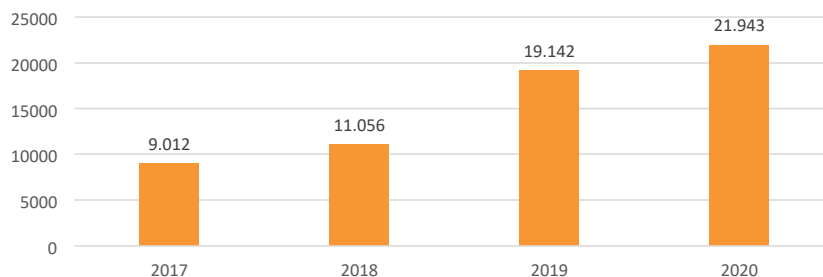
Para a criação dos modelos, foram observadas recomendações de órgãos reconhecidos nas áreas de qualificação do cuidado à saúde e segurança do paciente e os principais aspectos relacionados a erros de medicação nos serviços de saúde, que são: medicamentos com grafias e sons semelhantes, medicamentos com dosagens e apresentações diferentes e Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), que são aqueles que, quando envolvidos em erros de medicação, tendem a ocasionar danos graves^{17,18}. Esses grupos de medicamentos passaram a ser identificados com etiquetas diferenciadas em seus locais de armazenamento nas unidades de saúde.

Atividades Assistenciais

Em Belo Horizonte, o farmacêutico passou a atuar efetivamente na APS desde 2008, quando foram implementados os Nasf no município, sendo oferecidas consultas farmacêuticas nas unidades básicas de saúde ou no domicílio do paciente. Entretanto, a padronização das atividades assistenciais da AF se iniciou em 2018, com a publicação das Diretrizes para Assistência Farmacêutica Integral, Guia de Atuação do Farmacêutico no Cuidado à pessoa com Tuberculose e Guia de Atuação do Farmacêutico no Cuidado à pessoa Tabagista^{2,19,20}. Em 2019, publicou-se o Guia de Atuação do Farmacêutico na Hanseníase²¹. Em paralelo à publicação dos guias, foram realizadas capacitações para sua implementação (capacitações sobre cuidado à pessoa com tuberculose – 8 horas; pessoa com hanseníase – 16 horas; e pessoa tabagista – 36 horas); e, também, contemplando a atuação clínica farmacêutica perante demandas prioritárias do Sistema Único de Saúde (cuidado ao idoso – 4 horas; à pessoa com DM – 4 horas; à pessoa com HAS).

A elaboração desses guias e a realização de treinamentos ampliam e nivelam a atuação clínica do farmacêutico na APS, que impacta positivamente na segurança do paciente e do uso de medicamentos, com o potencial de reduzir erros de prescrição e aprimorar os resultados da farmacoterapia no que diz respeito à sua efetividade e segurança²²⁻²⁴. Demonstrando a consolidação das práticas assistenciais, observou-se um número crescente de consultas farmacêuticas ao longo dos anos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Evolução do número de consultas farmacêuticas anuais. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte (MG). 2017-2020



Fonte: elaboração própria a partir de dados consolidados.

O farmacêutico é o profissional de saúde com maior conhecimento sobre os medicamentos e seus efeitos no organismo humano, sendo tecnicamente preparado e capaz de precisar a posologia, de indicar as incompatibilidades eventuais com outras substâncias e retificar possíveis erros de prescrição. Combinado com esses conhecimentos, destaca-se sua comunicação horizontalizada e com proximidade social ao indivíduo, que, por sua vez, tem facilidade de comunicar seus medos, anseios e preferências a esse profissional, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica que favorece o alcance de resultados em saúde desejáveis²⁵.

A atuação clínica desse profissional se qualifica enquanto uma tecnologia leve (que engloba tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão) e leve/dura (com saberes estruturados para o processo de trabalho em saúde e promoção da utilização de medicamentos adequada)²⁶. Trata-se de uma prática de custo acessível, de fácil monitoramento e com possibilidade de expansão, e que, quando implementada na atenção primária, possui excelente capilaridade para populações carentes. Adicionalmente, o farmacêutico preza pela sua estabilidade no sistema de saúde, sendo pouco frequente sua transição de carreira para cenários de prática na saúde complementar, o que aumenta a sustentabilidade do serviço²⁷.

Atividades de Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Informações sobre medicamentos

Os resultados do diagnóstico pontual de erros de dispensação e do programa de notificações foram apresentados, periodicamente, por meio da publicação de boletins de farmacovigilância, disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde¹⁵. Uma barreira importante para o processo de notificação de erros de medicação bem documentada na literatura é a falta de retorno aos notificadores (*feedback*). A falta de *feedback* corrobora a per-

cepção dos profissionais de saúde de que nada é feito com os dados de notificação e de que não há benefício na adoção da prática notificação, levando-os a relatar os erros com menor frequência¹⁶. Isso demonstra a relevância de continuar divulgando os dados coletados sobre a notificação de erros por meio do boletim e em iniciativas de conscientização dos profissionais sobre o sistema de notificação e sua importância, que já foram executadas e continuarão a ser adotadas no futuro no âmbito municipal.

Desde 2018, foram publicados oito boletins, que, além de dados sobre notificações realizadas, trazem informações relevantes sobre a temática de farmacovigilância e segurança do paciente¹⁵. Como importantes exemplos, podemos citar as seguintes temáticas abordadas:

1. recomendações de práticas seguras na dispensação de medicamentos;
2. lista de nomes de medicamentos com som ou grafia semelhantes padronizados na rede e práticas seguras para diferenciá-los;
3. lista de medicamentos potencialmente perigosos padronizados na rede, orientações sobre riscos associados à sua utilização e práticas seguras para prevenir erros envolvendo-os;
4. descrição do contexto da resistência bacteriana aos antimicrobianos no município;
5. informações sobre o uso adequado de medicamentos;
6. alertas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sobre contaminação de matérias-primas de medicamentos ou efeitos adversos de medicamentos;
7. informações sobre o cenário da infodemia e desinfodemia no Brasil no contexto da pandemia do novo coronavírus (boletins – *site*).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de ações focadas na melhoria da segurança do uso de medicamentos deve ser processo contínuo nos serviços de saúde, com participação ativa de toda equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente. No município de Belo Horizonte, a gestão da AF demonstra a relevância da inserção do farmacêutico na APS e como sua atuação em inúmeras frentes, desde a execução das ações técnico-gerenciais até o acompanhamento farmacoterapêutico, contribui para segurança no uso de medicamentos.

O relato também traz à luz a importância de normas institucionais específicas à organização da AF, que, além de auxiliar na sistematização das ações no território, favorecem a visibilidade da atuação do profissional a usuários e impacta na sua segurança. Dessa forma, destaca-se que a existência de políticas públicas que garantam a presença e a disponibilidade do profissional farmacêutico na APS favorece cenários com mais segurança do paciente e do uso de medicamentos.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados – Belo Horizonte [internet]. [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>
2. Prefeitura de Belo Horizonte. Diretrizes para a assistência farmacêutica integral em Belo Horizonte [Internet]. Belo Horizonte: PBF; 2018 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/diretrizes-assistencia-farmaceutica.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União [Internet]. 20 maio 2004 [citado 2021 jun 10]; Seção 1:52. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília: Anvisa; 2013 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmWd8.pdf>. Acesso em: 10 jun 2021.
5. Pupo GD, Leite SN, Diehl EE, Soares L, Farias MR, Santos RI. A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Ares, UnaSUS; 2014 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3252/1/Assist%C3%AAncia%20Farmac%C3%AAutica%20na%20RAS.pdf>
6. Leite SN, Guimarães MCL, Rover MRM, Mendes SJ. Gestão da assistência farmacêutica. In: Leite SN, Soares L, Mendes SJ, Vilvert AF, Schneider LMC. Assistência farmacêutica no Brasil – Política, Gestão e Clínica [Internet]. Brasília: Ares, UnaSUS; 2016 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica/2016/11/30/colecao-de-livros-%E2%80%9CAssistencia-farmaceutica-no-brasil-politica-gestao-e-clinica%E2%80%9D-2/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União [Internet]. 30 out. 1998 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt391630101998.html>
8. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Questionário de Autoavaliação sobre a Segurança do Sistema de Utilização de Medicamentos em Hospitais. Belo Horizonte: ISMP Brasil; 2015 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: https://questionario.ismp-brasil.org/QUESTIONARIO_ISMPBRASIL.pdf
9. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Metotrexato de uso oral. Boletim ISMP

Brasil [Internet]. 2012 [citado 2021 jun 10];1(4):1-5. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V1N4.pdf>

10. Prefeitura de Belo Horizonte. Boletim de Farmacovigilância [Internet]. 2019 [citado 2021 jun 10];5:1-15. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/boletim-farmacovigilancia-vol-5.pdf>

11. Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 e suas alterações. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União [internet]. 17 dez. 1973 [citado 2021 jun 10]; Seção 1:13049. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm12. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2021 jun 10];32(Sup 2):e00105815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/smk6sthPyp4MkdTcjRNDqXh/?lang=pt&format=pdf>

13. Garfield S, Barber N, Walley P, Willson A, Eliasson L. Quality of medication use in primary care – mapping the problem, working to a solution: a systematic review of the literature. BMC Med. 2009;7:50.

14. World Health Organization. Medication safety in high-risk situations [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2021 Jun 10]. 50 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>

15. Prefeitura de Belo Horizonte. Assistência farmacêutica. PBH [Internet]. 1 fev. 2018 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/assistencia-farmacaceutica>

16. Vrbnjak D, Denieffe S, O´Gorman C, Pajnkihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016;63:162-178.

17. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – listas atualizadas 2015. Boletim ISMP Brasil [Internet]. 2015 [citado 2021 jun 10];4(3):1-8. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>

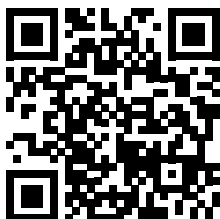
18. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros? Boletim ISMP Brasil [Internet]. 2014 [citado 2021 jun 10];3(6):1-8. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N1.pdf>

19. Prefeitura de Belo Horizonte. Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa com tuberculose [Internet]. Belo Horizonte: PBF; 2018 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/guia-atuacao-farmacaceutico-tuberculose.pdf

20. Prefeitura de Belo Horizonte. Guia de atuação do farmacêutico no cuidado à pessoa tabagista. Belo Horizonte: PBF; 2018.
21. Prefeitura de Belo Horizonte. Guia de atuação do farmacêutico na hanseníase [Internet]. Belo Horizonte: PBF; 2019 [citado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/guia-atuacao%20farmaceutico-hanseniose.pdf>
22. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2021 jun 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
23. Neves CM, Nascimento MMG, Silva DAM, Ramalho-de-Oliveira D. Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Pharmacy (Basel)*. 2019;7(2):58.
24. Santos BD, Nascimento MM, Oliveira GC, Nascimento YA, Mambri JV, Cid AS, et al. Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. *J Pharm Prac*. 2019;18;897190019866309.
25. Pereira ML, Nascimento MMGN. From the apothecary to pharmaceutical care: perspectives of the pharmacist. *Braz J Pharm*. 2011;92(4):245-52.
26. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
27. Miai ET. Farmacêuticos na Atenção Básica: um estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, SP [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 201

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca



IMPLANTAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla de Albuquerque Araújo¹

Erika Patrícia Lopes da Silva²

1. Médica Pediatra assistencial, Gestão hospitalar; Esp. micropolítica do trabalho e gestão em saúde, mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente, equipe da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES-PE. CV: https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=359F2CD91332823E638800B8A935B6D7#; e-mail: carladealbuquerquearaujo@gmail.com

2. Enfermeira assistencial, Esp. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Coordenadora Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente SES/PE; CV: <http://lattes.cnpq.br/6031904751327589> e-mail: erika.dgais@gmail.com

Resumo

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco aderiu, desde o início, às ações do Ministério da Saúde e criou a Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP), em 2015, para centralizar o acompanhamento destas e avançar nas unidades da rede estadual de saúde. Realizaram-se diagnóstico situacional da rede, qualificações básicas e articulação interna para essas ações, incentivos à criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas unidades, elaboração de documentos de referência como o Plano Estadual de SP, instrumento norteador para monitoramento das ações efetivas dos NSP, Manual de Recomendações aos NSP no enfrentamento da pandemia; inserção no Plano Estadual de Saúde, criação de aba no site SES, Planejamento Estratégico SP e criação da rede colaborativa de 61 unidades da SES. Porcentagem de implantação de NSP: rede própria, 98,3%; contratualizadas de oncologia, nefrologia e UTI, respectivamente, 88,8%, mais 8 unidades e 65,2%; cadastramento SCNES, 85,2%; 3.590 profissionais qualificados; 83,6% de relatórios da rede colaborativa, participação positiva Proadi-SUS, implantação de NSP na farmácia central e do 1º Núcleo Regional de Segurança do Paciente. A CQSP está efetivamente implantada e tem seu papel legitimado como norteadora das ações em SP na rede, apoio técnico e monitoramento de indicadores.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Planejamento estratégico. Monitoramento de resultados. Rede intersetorial. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

Como definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente, neste trabalho denominada SP, significa reduzir a um mínimo aceitável os danos desnecessários decorrentes de falhas não intencionais relacionadas com a assistência em saúde¹.

Ao longo dos anos, a SP vem sendo amplamente discutida e reconhecida como questão de saúde pública. Hoje, é considerada pela OMS como a maior oportunidade de melhoria na assistência à população; e os Eventos Adversos (EA), danos causados por falhas não evitadas na assistência, são a 14ª causa de morbimortalidade mundial, atingindo mais de 134 milhões de pessoas por ano e levando à morte direta de mais de um 2,6 milhões². Na grande parte das ocasiões, existe envolvimento do desenho do processo do cuidado, assim como sua complexidade e participação de vários atores do cuidado e da forma em que é prestado e transicionado.

No Brasil, estudos colocam que, na Atenção Primária à Saúde (APS), a incidência de EA é de 7,6%, sendo 66,7% evitáveis; assim, atinge 60 mil pessoas por ano³. Nos Hospitais, no mínimo 1 em cada 10 pacientes é atingido por EA de diferentes graus. No País, a prevalência de pacientes com EA gerais foi de 6,4% no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos EA graves relacionados com a assistência hospitalar, sua prevalência é 1,9% na população atendida pelo SUS, e 1,5% no conjunto. A taxa de mortalidade no grupo de pacientes com EA é de 22,8% na população atendida pelo SUS, 12% na população atendida pela saúde suplementar, e 14,1% no conjunto. No estudo, encontramos que 5,5% do total de óbitos intra-hospitalares, relacionados com esses eventos graves, podem ser prevenidos. Estima-se que falhas relativas à assistência são a primeira ou a segunda causa de mortalidade do País⁴.

A SP deve ser implantada em todas as instâncias de saúde e em cada ponto de assistência, que é o lugar no qual há paciente, profissionais de saúde e assistência prestada, considerando a sua natureza processual, relação com o ato humano e a práxis.

O estado é formado por 185 municípios, tendo sua rede assistencial dividida em 4 macrorregiões e 12 regionais de saúde⁵. Atualmente, são 61 unidades de saúde, sendo: 10 grandes hospitais, 21 hospitais especializados e regionais; 15 Unidades de Pronto atendimento (UPA); 11 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) e 4 hospitais de campanha⁶.

MÉTODO

Estudo discursivo de natureza quali-quantitativa, tipo relato de experiência da trajetória da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP) para fomento da prática da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde sob gestão estadual. A metodologia utilizada para o alcance dos objetivos foi o diagnóstico situacional dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) da rede; qualificação dos profissionais; planejamento estratégico da CQSP e monitoramento por indicadores. A consolidação dessas ações está descrita de forma cronológica no período de 2015 ao 1º quadrimestre de 2021.

TRAJETÓRIA DA CQSP

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco, entendendo a importância de fomentar a cultura de SP e de apoiar as unidades de saúde sob sua gestão, instituiu, em junho de 2015, a CQSP. A pasta assumida por Enfermeira especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fiocruz tem o objetivo de prestar cooperação técnica aos serviços de saúde sob gestão estadual na implantação dos NSP, bem como incentivar o debate sobre o tema.

A CQSP então deu início às atividades de qualificação para sensibilizar e fomentar a importância do tema subsidiando a implantação dos NSP e as metas de SP. A primeira grande iniciativa realizada em 2016 foi o I Fórum Estadual de SP – “A SP como Estratégia para Práticas Seguras nos Serviços de Saúde”, realizado no auditório da SES; o qual contou com a presença de mais 100 participantes. Desde então, anualmente, o evento é realizado e reúne centenas de participantes, entre eles, gestores, profissionais da saúde e estudantes de várias áreas.

Em 2017, a CQSP articulou a formação de componentes para a formação do Núcleo Estadual de SP (NESPPE). Ainda no mesmo ano, tornou-se membro da Câmara Técnica para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass).

Considerando a necessidade de conhecer o cenário quanto aos NSP implantados na rede estadual, iniciou então a primeira etapa do processo de acompanhamento; realizou um diagnóstico situacional por meio da ferramenta Google Forms, um questionário contendo cinco perguntas sobre o NSP (Está implantado? – Tem portaria? – Está no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES? – Tem Plano SP? – Está no Notivisa?). Desse modo, a ferramenta sinalizou que, dos 57 serviços existentes à época, havia 45,6% de NSP implantados, 47,4% de planos locais e 21% de NSP cadastrados no SCNES. Sobre o Notivisa, os dados são mensurados e monitorados pela Vigilância em Saúde (Visa) local.

Na segunda etapa do processo, foi solicitado o envio de documentos comprobatórios, como: portaria de composição do NSP; plano de segurança; status de implantação das metas e cronograma de ações previstas. Um acervo documental foi constituindo dando embasamento para análise e proposição de medidas de apoio.

Diante desse cenário, uma série de estratégias se iniciou com o objetivo de ampliar o debate sobre a SP e incentivar a adesão de mais serviços no cumprimento da legislação vigente com relação à implantação dos NSP e ações. Com foco nos serviços que não tinham NSP, foram realizadas oficinas presenciais para orientação; entrega de material de apoio e envio de *e-mail* com tutorial passo a passo. Em 2019, a pasta foi ampliada com a inserção de uma profissional médica e ex-gestora de grande hospital, a fim de otimizar as ações e acelerar o ritmo destas.

Todavia, era necessário conhecer a realidade local e como os NSP estavam organizados, quanto apoio tinham da gestão, como as ações eram desenvolvidas e quais desafios enfrentavam – com esse propósito, demos início à terceira etapa do processo. Para roteirizar as visitas técnicas *in loco*, foi elaborado o instrumento de monitoramento das ações de SP nos serviços de saúde embasado em normativas vigentes, distribuídos

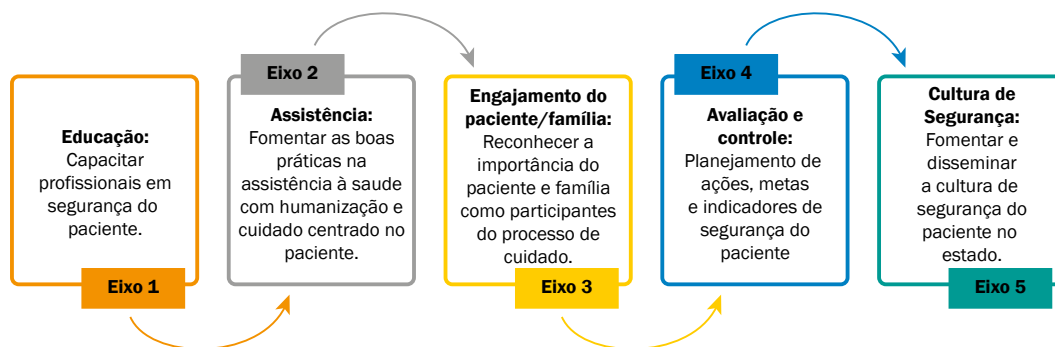
em 5 eixos e 119 itens de verificação (Gestão – NSP – Plano de SP – Notificação de incidentes – Protocolos de SP).

O roteiro teve sua aplicação estreada como piloto em visita à uma UPA e em um Hospital Regional localizado na região metropolitana, perfis diferentes elegidos propositalmente a fim de verificar experiências e desafios diversos, e ajuste do instrumento caso necessário.

Considerando a complexidade da rede de saúde, robusta em número de serviços, esse processo que envolveu as três etapas descritas ocorreu no período de 2017 a 2019. Ao final desse período, obtivemos 94,91% de NSP; 76,2% de planos locais e 61% de cadastros SCNES. Em janeiro de 2020, iniciou-se a aplicação do instrumento, mas, em decorrência da pandemia, houve a suspensão das atividades presenciais.

Ainda em 2020, o Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP) foi divulgado no site da SES; sua construção se deu no ano anterior com a colaboração de diferentes áreas da Assistência; Educação e Vigilância em Saúde por meio da Visa estadual. A CQSP articulou e coordenou a elaboração do plano, sendo validado pelo NESPPE. O PESP está estruturado em 5 eixos prioritários que se desdobram para os avanços na implantação do PNSP no estado (Figura 1).

Figura 1. Eixos do Plano Estadual de Segurança do Paciente



Fonte: Plano Estadual de Segurança do Paciente, Pernambuco, 2020⁶.

Concomitantemente, a partir de 2020, houve inserção da pasta no Planejamento Estadual de Saúde (PES) do governo: Plano Plurianual; Plano Anual de Saúde (PAS) e Planejamento Orçamentário Anual em Saúde (POAS) – com metas e indicadores próprios, monitoramento quadrimestral junto a Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG), vistas à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

O monitoramento do PES/PAS está dividido em 6 diretrizes gerais, com o objetivo estratégico de implantar a SP com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente(PNSP); assim, tem ações inseridas na Diretriz 1 (Fortalecimento da APS) e Diretriz 2 (Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado às ações de média e alta complexidade, incluindo as ações covid-19)⁵.

Outras ações foram elencadas no monitoramento interno da CQSP tendo em vista as necessidades locais reportadas pelos NSP e identificadas nas atividades de apoio. A ferramenta GUT foi escolhida para listagem e priorização das ações; realizou-se uma ordem forçada para contemplar aquelas consideradas mais urgentes. Na planilha, foram listadas 32 macroações e, também, as ações do Planejamento Estratégico; E a fim de facilitar o monitoramento, todas alinhadas com os eixos prioritários do PESP, a maioria delas listadas a seguir:

Educação:

1. Participação no planejamento e organização de plano de curso SP com ênfase nos Protocolos da Anvisa para profissionais de nível médio pelo Projeto Itinerários do Saber em parceria com a Escola Superior de Educação em Saúde (ESPPE; Participação em curso de multiplicadores de SP na APS;
2. Qualificação dos profissionais de saúde da APS; média e alta complexidade por meio de fóruns anuais, palestras e oficinas;
3. Capacitação Coordenadoras Estaduais de Atenção Básica em SP.

Assistência:

1. Fortalecer a implantação dos NSP nas unidades de saúde da rede própria;
2. Fortalecer a implantação dos NSP nas unidades de saúde da rede contratualizada de oncologia; leitos de UTI e nefrologia;
3. Divulgar os resultados sobre as ações dos NSP e CQSP;
4. Incentivo e apoio ao cadastramento dos NSP no SCNES;
5. Integração com diferentes diretorias e secretarias executivas para ações conjuntas, a exemplo: Assistência farmacêutica; Diretoria Geral de Gestão Regional; Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento Assistência à Saúde e Diretoria Políticas Estratégicas;
6. Adaptações de roteiros de visitas da Atenção Domiciliar, RUE e Traumatologia da SES, para inserção horizontal da SP;
7. Criação da rede colaborativa para o diálogo direto e *benchmarking* entre os NSP e CQSP, incluindo um grupo (WhatsApp); reuniões e relatórios quadrimestrais;
8. Acompanhamento dos projetos Proadi-SUS.

Projetos Proadi-SUS

Essa ação tem merecido destaque tendo em vista sua importância como catalisadora da SP em nosso estado, com superação de desafios estruturais, recursos humanos e insumos, trazendo conhecimento por meio da experiência consultiva dos hospitais de excelência.

Desde o triênio 2009-2012, os projetos têm contribuído para a melhoria de processos com foco no cuidado seguro, impulsionando a capilaridade da SP de forma transversal e horizontal, fortalecendo a cultura de segurança desde a APS, média e alta complexidade; vários serviços de saúde contemplados tiveram a exitosa experiência de participar de projetos, como: Reestruturação dos Hospitais Públicos – RHP (12); Paciente Seguro (4); Saúde em nossas Mãos (5); Detecção Precoce da Sepsis na UPA (5); Cuidado farmacêutico e SP na APS na IV Regional de Saúde, com participação de 8 municípios.

Engajamento do Paciente, Família e Comunidade:

1. Incentivo à adesão de mecanismos de participação do paciente no processo do cuidado, quando solicitado a participar do protocolo de identificação do paciente;
2. Incentivo de mudança de identificador institucional de prontuário para data de nascimento, facilitando a participação do paciente e família;
3. Participação em palestras educativas nas unidades, na assistência farmacêutica e entrega de materiais nas unidades e campanhas.

Avaliação e Controle:

1. Elaborado *Dashboard* e fichas de indicadores CQSP;
2. Monitoramento da efetividade dos NSP com a aplicação do instrumento;
3. Acompanhamento dos indicadores da CQSP e PES;
4. Análise de relatórios recebidos dos NSP;

Cultura de Segurança:

1. Incentivo à adesão de campanhas em SP;
2. Divulgação dos resultados das ações NSP;
3. Incentivo a *benchmarking* entre serviços da rede estadual;
4. Articulação Conselho Regional de Medicina para ação introdutória de SP aos médicos residentes e evento conjunto;
5. Nota técnica para inserção de critérios e indicadores SP em contratos com a SES.

Ações na Pandemia:

1. Elaborado material pioneiro para enfrentamento da covid-19: *Manual de Recomendações aos Núcleos de SP no enfrentamento da Pandemia*;
2. Qualificados profissionais por web- seminários e web- palestras;
3. Elaboração de notas técnicas e apoio técnico aos NSP em seu papel articulador;
4. Participação em grupo de trabalho para elaboração “Recomendações de SP nos serviços de saúde no contexto da Covid-19”, 3ª e 4ª versões do Guia Orientador para enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde do Conass.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a trajetória percorrida desde a criação da CQSP, muitos esforços têm sido realizados com o objetivo de contribuir para a cultura de segurança do paciente, um processo que requer envolvimento e compromisso de todos os envolvidos. Os resultados positivos nos motivam a continuar, e aqueles indesejáveis nos ensinam a redesenhar o percurso. A Figura 2 representa a evolução da rede de saúde na implantação dos NSP. Assim, dos 61 serviços de saúde da rede estadual, 98,3% têm NSP, um avanço de mais de 50%. A elaboração dos planos de SP locais corresponde hoje a 85%, um aumento de 37,6% considerado bastante positivo levando em conta o aumento no número de serviços da rede.

Figura 2. Situação de Núcleos de Segurança do Paciente na Rede Estadual de Pernambuco



Fonte: elaboração própria, 2021.

Ainda, tivemos um aumento de 64,2% nos NSP cadastrados no SCNES, hoje em 85,2%, fruto de muito diálogo e orientações quanto ao cadastro, pois havia uma dúvida recorrente das unidades que insistiam em confundir com o cadastramento do Notivisa.

As metas da CQSP têm sido superadas de forma frequente; e, assim, a pasta vem avançando no seu planejamento. No eixo Educação, a qualificação dos profissionais de saúde tem resultados bastante expressivos, um alcance ainda maior por meio de ferramentas virtuais. Até maio de 2021, foram contabilizados 3.590 participantes qualificados de modo direto em SP na APS, média e alta complexidade.

No eixo Assistência, a ampliação das ações para a rede contratualizada de oncologia, nefrologia e UTI demandou bastante tempo, visto que era preciso levantar todos os serviços com vínculo contratual com a SES; e não somente isso, estabelecer um contato inicial seja por ofício, contato telefônico e *e-mail*, a fim de esclarecer a necessidade de comprovação da existência do NSP como uma das ações monitoradas pela CQSP. Superados os desafios, houve avanços positivos desde 2020 ao 1º quadrimestre de 2021, ultrapassando todas as metas previstas.

Tabela 1. Monitoramento das ações do PES

Ação	PESP	Indicador	Metas programadas			Metas realizadas	
			2022	2020	2021	2020	2021
Implantar NSP na rede própria	Eixo 2	% de NSP implantados na rede própria	98%	90%	98%	98%	98,3%
Implantar NSP na Rede contratualizada de oncologia	Eixo 2	% de NSP implantados na rede contratualizada de oncologia	98%	80%	83%	80%	88,8%
Implantar NSP na Rede contratualizada de nefrologia	Eixo 2	Nº de novos NSP implantados na rede contratualizada de nefrologia	10	03	04	04	04 novos
Implantar NSP na Rede contratualizada de UTIs	Eixo 2	% de NSP implantados na rede contratualizada de UTIs	75%	13%	57%	50%	65,2%
Qualificar profissionais em Segurança do Paciente na APS	Eixo 1	Nº absoluto de profissionais capacitados em segurança do paciente na APS	35	30	30	113	08
Qualificar profissionais em Segurança do Paciente na rede própria de média e alta complexidade	Eixo 1	Nº absoluto de profissionais capacitados em Segurança do Paciente na rede própria de média e alta complexidade	400	100	100	963	241

Ação	PESP	Indicador	Metas programadas			Metas realizadas	
			2022	2020	2021	2020	2021
Divulgar ações de Segurança do Paciente das unidades e SES	Eixo 4	Nº absoluto de ações de divulgação de segurança do paciente nas unidades e SES.	04	03	04	04	10
Qualificar profissionais de média e alta complexidade em ações COVID-19	Eixo 1	Número de profissionais da média e alta complexidade capacitados em SP em tempos COVID-19	150	-	-	-	56
Qualificar profissionais da APS em tempos COVID-19	Eixo 1	Número de profissionais capacitados em segurança do paciente na APS	20	-	-	-	08
Implantar um Núcleo Regional de Segurança do Paciente (NRSP)	Eixo 2	Núcleo implantado	-	-	01	-	01

Fonte: PES,2020-2023⁵

A integração com áreas estratégicas foi de suma importância para a ampliação da SP de forma horizontal e transdisciplinar; assim, foi implantado o NSP na assistência farmacêutica metropolitana, considerada um ponto de assistência importante para o cuidado farmacêutico – corroborando a implantação da identificação institucional, controle de estoque com foco nas metas de SP e implantação da consulta farmacêutica, com início e acompanhamento em pacientes de patologias específicas; inserção de instrumentos de segurança como o ensinar de volta e a dupla checagem.

A articulação com a Diretoria Geral de Gestão Regional resultou na criação do 1º Núcleo Regional de Segurança do Paciente (NRSP) como projeto-piloto de forma a regionalizar o conhecimento em SP e melhorar processos como comunicação, identificação do paciente e transição do cuidado;

Os resultados advindos dos projetos do Proadi-SUS não deixam dúvidas sobre seu papel propulsor. Aqui será relatada a experiência do último triênio (2018 a 2020). No RHP conduzido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc), 6 hospitais participantes tiveram avanços variados, mas sempre positivos, com o auge de conformidade de 87% em um dos hospitais chegando até 100% em alguns setores⁸.

No Paciente Seguro, com participação de 2 grandes hospitais da capital e 1 localizado na região do agreste, a percepção geral foi de comprometimento das equipes, entendimento da importância da SP nos desfechos clínicos e evitabilidade de EA, melhoria na implantação das metas SP com graus diferentes de amadurecimento⁹.

O Projeto SP em nossas Mãos, 6 hospitais participantes, destes, 3 de gestão SES. Inegavelmente, ótimos resultados foram obtidos, com relatos claros da importância da SP na assistência, monitoramento de indicadores e influência nos desfechos clínicos. Por meio da inserção e manutenção de *Bundles* em UTI, houve redução a zero de muitos indicadores, como de densidade de infecção urinária relacionada a cateter vesical de demora; diminuição significativa de infecção primária de corrente sanguínea relacionada a cateter central e pneumonia relacionada à ventilação mecânica, superando as metas na maioria. A estimativa do projeto é que mais de 241 vidas foram salvas em 2020, com economia estimada de R\$ 11.228.154¹⁰.

O projeto SP na APS em parceria com o HMV obteve resultados concretos, como a mudança de processo em salas de vacinas com a inserção de ferramentas de segurança como dupla checagem; ler e ensinar de volta; na dispensação de fármacos – e, também, qualificou diretamente 29 profissionais como multiplicadores, além de cursos EAD e webseminários com participação mútua da CQSP e componentes do HMV⁷.

Assim, os diferentes projetos, ao longo dos anos, contemplaram ao menos 26 unidades além das Unidades Básicas de Saúde municipais; equipe APS e assistência farmacêutica central. A CQSP acompanhou, inclusive, com análise dos resultados e participação na conclusão do triênio.

Para fins de monitoramento da rede quanto às ações de SP, os 61 serviços de saúde foram agrupados em 6 grupos distintos de acordo com perfil semelhante. A CQSP se reuniu remotamente com cada grupo a fim de balizar o conhecimento sobre o SP, apresentar o planejamento estratégico interno e deliberar os indicadores mínimos (% de profissionais capacitados em SP – % EA notificados e classificados – taxa de adesão a meta 1 – taxa de conformidade reuniões NSP – metas de SP) a serem mensurados e reportados por meio de relatórios quadrimestrais, além da criação de *e-mails* institucionais próprios do NSP, atualização de portarias validadas e avanços nos planos de SP.

No primeiro semestre, foram recebidos 51 relatórios (83,6%); o prazo foi estendido devido a problemas estruturais de comunicação de rede. Em uma análise inicial, é possível avaliar diferentes graus de maturidade dos NSP com desafios a superar e processos a serem revistos, dando uma perspectiva do que deve ser trabalhado.

Incentivo ao cronograma e adesão às datas alusivas em SP, tanto em nível central quanto local, como Dia Mundial SP; abril pela SP; campanha de higiene das mãos além de outras datas importantes do calendário da SP, espaços oportunos para sensibilização e qualificação de gestores e profissionais.

Consolidados relatórios de visita técnica para aplicação do instrumento norteador de monitoramento com encaminhamento para as unidades-piloto como *feedback*.

Desafios na pandemia

Na vigência da pandemia, a inovação foi uma regra. Em respeito às medidas de proteção contra a covid-19, atividades presenciais foram suspensas, e as ferramentas virtuais ganharam espaço no planejamento e execução das atividades. Para apoiar os NSP no enfrentamento da pandemia, um Manual de recomendações foi elaborado; o material compilou referencial bibliográfico de várias entidades científicas para orientação e condução desse enorme desafio. As qualificações dos profissionais de saúde foram adaptadas para o formato remoto. Desde o início da pandemia, foram realizadas 14 webpalestras com apoio da Telessaúde, apresentando temas variados em SP e adequação de fluxos para atendimento ao paciente com covid-19. O V Fórum Estadual de Segurança do Paciente também inovou em formato aberto e virtual pelo YouTube.

Ações divulgadas

1. Realizada divulgação das ações de SP das unidades e central, com matéria no *site* da Secretaria pela Assessoria de Comunicação embasada em nota da CQSP e divulgação das *hashtags* em mídias e grupos de trabalho;
2. Divulgação de ações realizadas também por meio dos fóruns estaduais;
3. Outra forma de disseminação da cultura de segurança adquirida em 2020 foi a criação da aba da CQSP no *site* da SES em parceria com a assessoria de comunicação, na qual se colocam os documentos elaborados e os materiais de SP.

Perspectivas e Desafios futuros

1. Fortalecer a integração e a ampliação das ações para outras redes, como materno infantil, APS e traumatologia;
2. Avançar no resultado das metas do PES/PAS;
3. Revisar o manual e segunda edição PESP;
4. Aumentar as conformidades de em SP nas unidades da rede própria;
5. Realizar acolhimento institucional de SP de residentes e profissionais;
6. Ampliar a inserção da SP no planejamento estratégico da SES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CQSP enfrenta desafios pela própria natureza e mudança de paradigma, resgatando a missão de servir ao bem do paciente, sendo ele o foco principal da assistência. Em torno de sua experiência satisfatória, deveriam se redesenhar todos os processos, de modo mais seguro possível, visando minimizar os erros latentes dos fatores huma-

nos e valorizar estes na sua parte positiva; o que dá certo com compromisso, atenção e competência atualizadas, por meio de processos sensibilizados, padronizados sem ser engessados, com significados e de modo contínuo na prestação do cuidado seguro, integral e humanizado, sem que haja incidentes atingindo ao paciente. Outrossim, realizando o aprendizado por erros e mantendo a melhoria contínua como método principal; assim como incorporando a SP não só na teoria, mas na práxis multiprofissional, além de ambientes e estruturas mais propícias aos processos seguros.

Os desafios de alta rotatividade, resistência a mudanças e sobrecargas dos profissionais – resistência também da gestão em várias instâncias e processos pessoais dependentes – estão sendo paulatinamente superados com a motivação de muitos líderes em suas unidades que protagonizam os NSP e chefias, a integração e a troca de conhecimento entre serviços, com o *benchmarking* e a criação de rede colaborativa de SP.

Notam-se avanços em ações, monitoramento e integração na área de SP no estado, com a participação ativa da CQSP e a necessidade de apoio técnico que os serviços externam e reconhecem – e esse fator é um dos propulsores à aceleração do processo. Os projetos Proadi-SUS também são catalizadores importantes e imprescindíveis para avanços mais ordenados e acelerados.

Enfim, a SP 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 assistência segura e de qualidade se torne realidade nos serviços de saúde, permeando todas as instâncias do estado de modo que o paciente não sofra danos dela decorrentes – e a cultura de segurança como parte das práticas assistenciais.

A CQSP tem ciência de seu papel protagonista de articulação, educação, motivação e monitoramento, assim como da necessidade de melhoria contínua em suas ações de planejamento e monitoramento de indicadores. Nessa perspectiva, tem tido excelente retorno de aceitação e legitimação desse papel, com avanços no fortalecimento dos NSP para real implantação das ações de SP nas unidades e manutenção dos processos visando a um cuidado seguro. Finda este relato de suas principais ações com as metas atingidas em grande parte, ciente dos avanços na visibilidade do tema e na inserção deste na saúde estadual. Ademais, dará continuidade em suas ações de modo colaborativo e integrativo na rede.

Referências

1. World health Organization. 10 facts on patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 26 Aug. 2019 [cited 2021 jun 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente – Datos y Cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 13 set 2019 [citado 2021 jun 13]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 citado 2021 jun 9];31(11):2313-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cxykm9SGPbphNMMMKVmTxZd/?format=pdf&lang=pt>
4. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil – Propondo as Prioridades Nacionais [Internet]. Belo Horizonte: IESS; 2018 [citado 2021 jun 8]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa. Plano Estadual de Saúde do Governo de Pernambuco 2020-2023 [Internet]. Recife: SES; 2019 [citado 2021 jun 16]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_sau-de_2020-2023.pdf
6. Carvalho GF, Brito MS, Moreira RCO, Franklin AC, Araújo, CA, Silva, E.P.L.. Plano de Segurança do Paciente do Estado de Pernambuco. Silva EPL. coordenadora e organizadora, Araújo C. A organizadora e coordenadora, Pernambuco, 2020. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/>
7. Dalcin TC, Daudt CG, Fernandes ATF, Andrade AT, Leite APT, Fernandes DH, et al. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e Prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020. 220 p.
8. Souza NC, Medeiros M. Apresentação final dos resultados do triênio 2018-2020. Projeto Reestruturação dos Hospitais Públicos PROADI-SUS. [S. l.: s.d.]; 2020.
9. Equipe do Projeto do Hospital Moinhos de Vento. Projeto Paciente Seguro PROADI SUS. Apresentação final dos resultados do triênio 2018-2020. Pernambuco, [s. d.]. 2020.
10. Silva KCD, Souza NC. Relatórios com resultados finais do triênio 2018-2020 do Projeto Segurança do Paciente em Larga Escala – Colaborativa Saúde em Nossas Mãos. Equipe do Projeto do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. [S. l.: s.d.]; 2020

MELHORIA DA QUALIDADE NA REGULAÇÃO DOS RISCOS SANITÁRIOS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Janete Ferreira Pinheiro¹

Zenewton André da Silva Gama²

Carina Kindermann³

1. Sanitarista, Mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde/PPG QualiSaúde UFRN, Coordenadora Estadual de Segurança do Paciente da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menuf_cod=117E8940734BBAC7E639E2B3AC8132F3#. Email: cesp@saude.sc.gov.br

2. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Múrcia/Espanha, Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde – UFRN/UMU-Espanha/INSP-México). CV: <http://lattes.cnpq.br/8885774273217562>

3. Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva e da Família, Chefe da Divisão de Fiscalização de estabelecimentos de Saúde da Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina. Email: difesdvs@saude.sc.gov.br

Resumo

A mortalidade materna é um problema de saúde pública que deve ser enfrentado com ações internas e externas. Contudo, existem fragilidades na regulação dos riscos sanitários em Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (Saon) e incertezas sobre como melhorar este processo. Teve-se por objetivo avaliar a qualidade da regulação realizada pela Vigilância Sanitária nos Saon e testar o efeito de estratégia de melhoria. Trata-se da implementação de ciclo de melhoria da qualidade do processo de regulação dos Saon, no contexto da Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina. Após análise qualitativa com Diagrama de Ishikawa, foram construídos e avaliados seis critérios de qualidade. Desenhou-se intervenção participativa e multifacetada que foi analisada com desenho do tipo quase-experimental antes e depois. Todos os critérios apresentavam falhas. Após a intervenção, a melhoria relativa mínima foi de 81% em um dos seis critérios avaliados, e a melhoria relativa global foi de 93% nos seis critérios com melhoria significativa. Evidencia-se que é possível induzir externamente ações de melhorias por meio de ações multifacetadas e favorecer a redução de eventos adversos assistenciais (mortalidade materna e infecções). Sua publicização pode inspirar sua replicação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Palavras-chave: Melhoria de qualidade. Regulação. Serviços de vigilância sanitária. Maternidade. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e neonatal é um problema de saúde pública que deve ser enfrentado por uma combinação de ações internas (serviços de saúde) e externas (reguladores do sistema de saúde). Morte materna é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde, como a

[...] morte de uma mulher durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas que se referem a ela, porém não em virtude de causas acidentais ou incidentais¹.

A morte materna é um “*never events*” que indica deficiência na qualidade da assistência à saúde².

De acordo com o estudo de Rodrigues e colaboradores³, a taxa de mortalidade neonatal do Brasil melhorou nos últimos anos, porém, a taxa de mortalidade materna estagnou, deixando de atingir a meta específica do 5º Objetivo de Desenvolvimento do

Milênio (ODM) em 2015. Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são uma iniciativa global que sucedeu aos ODM e convocam o mundo para um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030⁴⁻⁶.

Diante desse cenário, a redução da mortalidade materna no Brasil continua sendo um desafio. A ocorrência da morte materna alerta para o fato de que houve falhas no cuidado, devendo então ser desencadeadas ações para avaliação das causas e implantação de melhorias.

Fortalecer a qualidade da atenção obstétrica por meio da implementação das Boas Práticas Baseadas em Evidência Científica e combater abusos de diferentes tipos contra a mulher durante a assistência é essencial não apenas para produzir desfechos ótimos, mas também para assegurar que Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (Saon) continuem sendo uma opção segura⁶. Atual pesquisa de Sousa e colaboradores⁷, relaciona a dificuldade de adesão às Boas Práticas Baseadas em Evidência Científica na assistência ao parto à alta frequência de eventos evitáveis a díade mãe/bebê.

Embora a melhoria da qualidade e segurança do paciente se faça internamente nos serviços de saúde, a regulação é uma intervenção externa que pode induzir as boas práticas assistenciais⁸.

No contexto da Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina (DIVS/SC), a Equipe identificou oportunidades de melhoria na gestão dos riscos sanitários em Saon e incertezas de como melhorar a qualidade destes, pois há pouco conhecimento científico. Esse tema foi priorizado tendo em vista a persistência de problemas de mortalidade materna no estado e a necessidade de fortalecer o processo de regulação sanitária dos Saon para intervir nesse contexto.

Buscamos responder se a implementação de um ciclo de melhoria na DIVS/SC, como ferramenta de gestão da qualidade, impactaria positivamente nos indicadores de qualidade da Vigilância Sanitária (Visa) relacionados com a regulação dos Saon. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da regulação realizada pela DIVS/SC nos Saon e testar o efeito de uma estratégia de melhoria a partir de intervenções multifacetadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de melhoria da qualidade descrito segundo as diretrizes do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence – SQUIRE 2.0*⁹ destinado a relatórios que descrevem o trabalho sistemático para melhorar a qualidade, a segurança e o valor da assistência, usando métodos para estabelecer a associação entre os resultados observados e as intervenções. No caso, o relato de novos conhecimentos sobre o método de como melhorar a qualidade da regulação sanitária dos Saon.

A análise do efeito das intervenções tem abordagem quantitativa com desenho quase-experimental, tipo antes e depois da implementação de intervenções de melhoria, realizadas no biênio 2019-2020¹⁰. Pode ser classificado como pesquisa-ação, pois apresenta a característica de intervenção no decorrer do processo¹¹. Outrossim, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 3.907.309.

RESULTADOS

Com base na identificação e priorização da oportunidade de melhoria, gestão da regulação do risco sanitário de Saon, e identificação das causas (utilizando as ferramentas de *Brainstorming*, Técnica de Grupo Nominal, Matriz de Priorização, Comparação dos Pares e Diagrama de Ishikawa), as causas modificáveis foram transformadas em seis Critérios de Qualidade: 1. Cadastro do Saon no Sistema de Informação Estadual de Risco e Benefício Potencial (SIERBP); 2. Inspeção Sanitária; Inspeção Sanitária padronizada; 4. Notificação no Sistema Notivisa; 5. Adesão ao FormSus de Avaliação de Práticas Seguras; 6. Adesão a notificação de Infecção Relacionadas à Assistência (Iras). Foi verificada a validade de face (relevância lógica ou aparente para a regulação sanitária de Saon), de conteúdo (relacionado com dimensões da qualidade) e de critério (evidência científica que justifique). Com base nesses seis Critérios da Qualidade, foi avaliado o universo total de 43 Saon com leito de UTI do Estado de Santa Catarina. Após, foi calculado o nível de cumprimento “real” de cada critério e os dados foram analisados no Diagrama de Pareto.

As intervenções multifacetadas para elevar o nível da qualidade do processo de regulação dos Saon foram construídas coletivamente utilizando o Diagrama de Afinidades, fundamentadas nas estratégias-chave definidas no documento da World Health Organization (WHO) – *Quality of care – A process for making strategic choices in health systems*¹²: liderança, regulação, informação, capacidade organizacional e participação do usuário.

Como estratégia-chave de Desenvolvimento de Lideranças, sensibilização e comprometimento para o enfrentamento da problemática da mortalidade materna, foi aplicada a técnica do grupo focal para verificar a percepção do risco sanitário dos Saon utilizando o Google Forms e videoconferências com as autoridades de saúde. As intervenções relacionadas com a Regulação visaram inserir a temática no Planejamento Estadual da Saúde 2020/23 e na Política Hospitalar Catarinense/2020 por meio de critérios de qualidade para a contratualização com a SES/SC e estabelecer a Equipe mínima: obstetra, pediatra, anestesista e enfermeiro 24 horas. Foi publicada a Resolução Normativa nº 003/DIVS/SES, de 27 de setembro de 2019¹³, que torna obrigatório o cadastro dos Saon no SIERBP. Evidencia-se que estas foram intervenções de alto impacto para a melhoria dos critérios da qualidade construídos.

As intervenções relacionadas com Informação foram direcionadas para o cadastro dos Saon no SIERP; e de Indicadores para a Avaliação, previstos na Instrução Normativa nº 02/Anvisa/2008, de 3 de junho de 2008¹⁴: Média de permanência de puérperas; Taxa de cesárea; Taxa de cesárea em primíparas; Taxa de episiotomia; Taxa de partos com acompanhantes; Taxa de mortalidade neonatal precoce; Taxa de infecção puerperal.

Com relação a Capacidade Organizacional, foi revisada a legislação e as Boas Práticas Baseadas em Evidência Científica relativas aos Saon para a elaboração do Roteiro de Inspeção e Lista de produtos para saúde e medicamentos necessários para o adequado funcionamento dos Saon. Buscou-se evidenciar os princípios de uma assistência à saúde de qualidade, descritos no Relatório *Crossing The Quality Chasm* do IOM e estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006: segura, eficaz, centrada no paciente, eficiente, oportuna e equitativa^{15,16}. Esse Roteiro permitiu realizar o diagnóstico organizacional do Saon e apontar as principais não conformidades para que o próprio serviço de saúde pudesse elaborar um Plano de Ação visando à melhoria dos seus processos assistenciais. Todos os SAON com UTI foram inspecionados, de forma padronizada, no ano de 2019; fundamentado nas melhores evidências científicas e nas legislações vigentes (RDC/Anvisa nº 3.617, Portaria nº 371/2014¹⁸, Lei Estadual nº 17.097/2017 e Decreto Estadual 1.269/2017^{19,20}. Em paralelo, os técnicos foram capacitados para harmonizar as inspeções realizadas.

Outra intervenção estava relacionada com a participação do Saon nos ciclos de Avaliação de Práticas Seguras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)²¹, por ser considerada está uma boa prática na melhoria na cultura de segurança. Esse critério já apresentava um bom resultado nos anos anteriores e foi mantido no ano de 2019. No ano de 2018, foram 35 Saon que participaram; e no ano de 2019, foram 37 do total de 43. No ano de 2020, houve a participação de 42 Saon. A partir da análise de Indicadores de estrutura e processo, foi calculada a taxa de conformidade do serviço de saúde às práticas de segurança (baixa, média ou alta), para após realizar a comunicação do risco e enviar a devolutiva com as não conformidades evidenciadas. Assim, o Saon teve um diagnóstico do cenário relacionado com a segurança do paciente para que pudesse elaborar um Plano de Ação visando corrigir as não conformidades evidenciadas. Além da devolutiva individualizada, foi realizado *Webinar* para apresentação da Lista Positiva (hospitais classificados com alta adesão) e dados globais, possibilitando assim a comparação entre os serviços de saúde.

Com relação às notificações de Iras, as ações de monitoramento mensal foram fundamentadas nos critérios de diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana²¹. O monitoramento ocorreu por meio de planilha de @excell® para

verificação da taxa de adesão e devolutiva por meio de mensagens eletrônicas. Foram realizadas videoconferências devido à pandemia do vírus SARS-CoV-2, sendo considerado um método de educação permanente que trouxe bons resultados.

Outra intervenção foi quanto ao monitoramento, por meio de planilha de @excell®, para verificação da taxa de adesão da regularidade mensal das notificações de eventos adversos no Sistema Notivisa 2.0^{16,22}. Esse critério foi inserido na Política Hospitalar Catarinense. Foram realizadas comunicações por meio de mensagens eletrônicas, chamada de vídeo e telefone, bem como foram tomadas medidas sanitárias pertinentes por meio da lavratura de Auto de Intimação e de Infração. Foi realizada a devolutiva referente às notificações realizadas no ano de 2019.

Na estratégia-chave de Participação do Usuário, destaca-se a Lei Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 1.269, de 18 de agosto de 2017^{19,20}. Foram realizadas comunicações de risco para a promoção da saúde por meio de distribuição de *folders* elaborados pelo Ministério Público e realizadas inspeções sanitárias para o cumprimento da legislação.

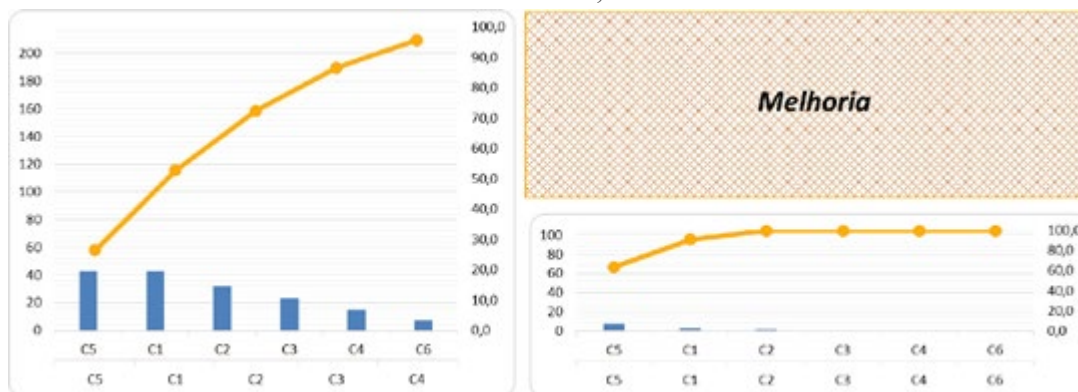
Para calcular a melhoria entre as avaliações, foi realizado cálculo da estimativa pontual da conformidade dos critérios em porcentagem, com um intervalo de confiança de 95% do nível de cumprimento dos critérios na amostra (43 Saon), calculando os valores de melhoria dos critérios da qualidade. Na etapa de reavaliação, foi possível analisar o efeito da implantação do ciclo de melhoria, com base nos dados da avaliação inicial (antes das intervenções), com os dados da avaliação final (depois das intervenções) calculando-se a estimativa da melhoria absoluta e melhoria relativa alcançada nos seis critérios.

Para significância estatística da melhoria detectada, foi considerado um nível de significância de 5%, que rejeita hipóteses nulas quando $p < 0,05$.

Melhoria da qualidade da gestão do risco sanitário em Saon

Os dados da avaliação inicial evidenciaram problemas na gestão da regulação do risco sanitário em Saon. Os critérios da qualidade: cadastro do Saon, inspeção sanitária padronizada, regularidade de notificações Iras e de eventos adversos no sistema Notivisa (1, 3, 4 e 6) tiveram frequência relativa de 26,4%, 26,4%, 19,6% e 14,2%, respectivamente, e concentravam 86,5% das não conformidades encontradas. A partir do Diagrama de Pareto (Figura 1), estes foram considerados prioritários para a implantação de intervenções de melhoria. Os demais critérios relacionados com inspeção sanitária e participação na avaliação de práticas seguras da Anvisa (2 e 5) já apresentavam bons níveis de cumprimento na avaliação inicial, mas que também tiveram melhoria absoluta e relativa. A Tabela 1 apresenta as conformidades de todos os critérios avaliados.

Figura 1. Gráfico de Pareto / comparação – Avaliação Final da Regulação Sanitária de SAON/SC, 2020



Fonte: elaboração própria.

Nota: C1: Cadastro no SIERBP; C2: Inspeção Visa; C3: Inspeção padronizada; C4: Notificação Notivisa; C5: Adesão Avaliação de Práticas Seguras; C6: Notificações Iras.

Os resultados demonstram que a implantação do ciclo de melhoria, por meio de intervenções multifacetadas, agrupadas em estratégias-chave no Diagrama de Afinidades, foi eficaz para melhorar todos os seis critérios de qualidade.

Foi alcançada uma melhoria relativa global de 93% nos seis critérios avaliados, e obteve-se melhoria significativa ($p < 0,05$) em todos os critérios avaliados.

Destaca-se o C3 “Inspeção padronizada”; a elaboração do Roteiro contemplou temas que impactassem na prevenção de eventos adversos, tais como: qualificação dos recursos humanos e infraestrutura (equipamentos/medicamentos/produtos para saúde), indicação adequada de episiotomia, uso racional de antimicrobianos (prevenção de iras) e de sulfato de magnésio (tratamento pré-eclâmpsia/eclâmpsia grave), implementação de instrumentos (Partograma, Escala de Robson e Checklist de Parto Seguro); pois as evidências científicas demonstram potencial efeito sobre a melhoria do cuidado, por meio de processos padronizados para a prevenção de erros e supervisão nos cuidados prestados^{7,21,23}.

Tabela 1. Cumprimentos dos critérios de qualidade da gestão do risco sanitário em Saon nas duas avaliações (2019 e 2020)

CRITÉRIO	1 ^a	2 ^a	Melhoria	Melhoria	Significância estatística
	Avaliação	Avaliação	absoluta M	relativa	
	p ₁ (FA) n=43	p ₂ (FA) n=43	p ₂ - p ₁ (%)	p ₂ -p ₁ (%) 100-p ₁	p-valor
1. Cadastro SAON no Sistema SIERBP	0,0(0)	81,4(35)	81	81	< 0,001
2. Serviço inspecionado pela VISA	65,1(28)	100,0(43)	35	100	< 0,001
3. SAON inspecionado pela VISA com critérios	0,0(0)	100,0(43)	100	100	< 0,001
4. Notificações de Eventos Adversos NOTIVISA	25,6(11)	93,0(40)	67	91	< 0,001
5. Avaliação de Práticas Seguras	83,7(36)	97,7(42)	14	86	0,008
6. Notificações IRAS no FormSus	46,5(20)	100,0(43)	53	100	< 0,001

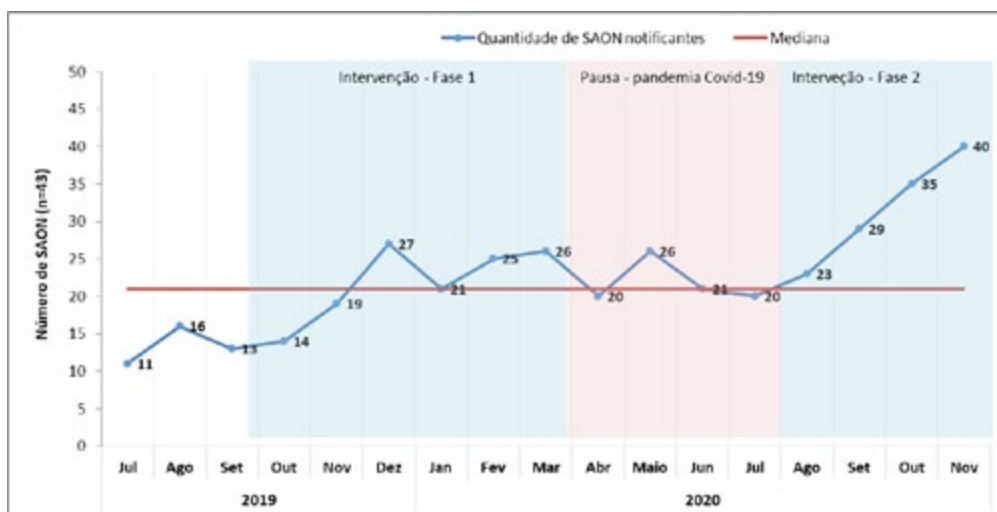
Fonte: elaboração própria.

Nota: p1= porcentagem de cumprimento na primeira avaliação; p2 = porcentagem de cumprimento na segunda avaliação; FA = frequência absoluta de cumprimento em cada avaliação.

Conforme Tabela 1, “Cumprimentos dos critérios de qualidade da gestão do risco sanitário em Saon nas duas avaliações (2019 e 2020)”, evidencia-se que todos os critérios apresentaram um *p*-valor de 0,01 (significância estatística da melhoria alcançada) com exceção do critério C5 “Participação Avaliação de Práticas Seguras” que apresentou um resultado melhor de *p*-valor de 0,008.

No caso do Indicador do critério C4 “Notificações no Sistema Notivisa”, houve melhoria de impacto positivo e relevante, especialmente nos meses de novembro e dezembro de 2019, período inicial das intervenções, e a partir do mês de agosto de 2020, período em que houve a segunda fase das intervenções após a paralisação das atividades devido à pandemia do vírus SARS-CoV-2 (Figura 2).

Figura 2. Número de Saon notificantes no Sistema Notivisa, de julho de 2019 a novembro de 2020



Fonte: Sistema Notivisa¹⁴.

DISCUSSÃO

Evidencia-se que as ações de Visa não estão mais restritas à busca pelo cumprimento da legislação. Instrumentos que sejam capazes de avaliar e reduzir o risco e intervir nos problemas de saúde devem ser elaborados e implantados²⁴. Esse novo olhar liberta a Visa do viés cartorial, burocrático e policlesco, possibilitando a busca por modelos mais efetivos, para que cumpra seu papel na sociedade²⁵. Para superar o estigma com que a Visa é percebida, os profissionais de regulação precisam enxergar sua atuação para além da tradicional “inspeção sanitária”. Enquanto não se aprofundar o conhecimento nas demais tecnologias para a redução de risco, a Visa permanecerá engessada pelo padrão fiscalizador²⁶. É necessário desvincular a missão da Visa das tarefas de fiscalização para torná-la um instrumento efetivo de defesa e promoção da saúde.

Sendo assim, a Visa possui papel fundamental para a redução dos riscos dos Saon, para promover a proteção da saúde e a prevenção de eventos adversos por meio de estratégias multifacetadas.

Para tal, deverá utilizar processos de trabalho, técnicas e instrumentos direcionados para a melhoria da qualidade dos SAON, seja regulamentando, inspecionando, monitorando, orientando entre outras ações. Esses vêm avançando na medida em que a Visa se estrutura e se consolida com um sistema de gestão da qualidade baseado na ciência da melhoria^{27,28} e na gestão do risco.

A implantação de Ciclos de Melhoria possui aplicabilidade para intervir na redução dos riscos dos Saon e nas fragilidades identificadas, como a ausência de padronização de inspeção sanitária. Dessa forma, neste momento de rápidas mudanças, este constituiu um desafio para a Visa, a necessidade de sua própria instrumentalização e qualificação do corpo técnico para evidenciar os riscos decorrentes dos processos de trabalho ou até de sua ausência. Ressalta-se que riscos também podem resultar da insuficiente produção de conhecimentos ou de dificuldades de acesso ao saber já produzido. À medida que as ações de Visa lidam diretamente com o conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico, que são fundamentais para o estabelecimento e a permanente atualização das normas regulamentadoras, o seu corpo técnico que trabalha no monitoramento e prevenção de riscos deve estar devidamente atualizado, instrumentalizado e capacitado em qualidade e segurança do paciente em serviços de saúde; bem como em gestão do risco^{29,30}.

A identificação de intervenções multifacetadas³¹ capazes de promover melhorias na qualidade dos Saon, a mensuração dessas melhorias, a explicação dos mecanismos envolvidos e a caracterização das condições contextuais para o seu funcionamento e sustentabilidade foram a fundamentação deste estudo. Seu potencial de aplicação em larga escala tem muito a contribuir para a construção de conhecimento generalizável, pois há carência de pesquisas que apontem intervenções práticas capazes de promover a melhoria e como implantá-las. Aliado a esse fato, evidencia-se a incipiência de publicações sobre a melhoria da qualidade da gestão da Visa, em específico, do risco sanitário em Saon.

O fato de este estudo ter sido pautado em princípios da Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde e das ferramentas da gestão da qualidade contribuiu para identificar prioridades de intervenções para a melhoria da gestão do risco sanitário em Saon e para confirmar a questão norteadora inicial: a implementação de um ciclo de melhoria na DIVS/SC, como ferramenta de gestão da qualidade, impactou positivamente nos indicadores de qualidade da vigilância sanitária, em específico, naqueles relacionados com a regulação dos Saon.

Espera-se que este estudo contribua de forma positiva para tornar a assistência prestada nos Saon mais qualificada e segura, minimizando os riscos e despertando para a importância do monitoramento dos eventos adversos – bem como motivar os profissionais dos Saon e das equipes de Visa para a busca das melhores práticas, por meio de uma revisão integrativa, pois esse é um desafio em busca da efetiva implantação das políticas públicas de atenção à saúde³².

Este estudo destacou a importância da necessidade da estruturação e padronização dos processos internos da Visa para esta ser uma indutora da melhoria da qualidade

nos serviços de saúde, por meio do seu poder pedagógico e de polícia. A busca da qualificação das ações de Visa na perspectiva do planejamento e da gestão da qualidade, por meio da elaboração de documentos e estratégias norteadoras que contribuam para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações, é uma necessidade urgente. Melhorar a capacidade de gestão pode significar a redução da carga administrativa, otimização da atuação dos gestores e profissionais de saúde, qualificação técnica e maior transparência para o setor regulado quanto aos atos normativos.

Para a OMS^{33,34}, sistemas regulatórios eficazes são um componente essencial do sistema de saúde contribuindo para melhores resultados de saúde pública, e são parte essencial da força de trabalho de saúde. Um sistema de gestão da qualidade pode garantir que os produtos ou serviços que uma Agência Reguladora fornece cumpram consistentemente os padrões estatutários e regulatórios e atendam às expectativas dos clientes/cidadãos. Este pode oferecer oportunidades para aumentar a satisfação do cliente/cidadão; abordar os riscos associados ao contexto e as oportunidades de melhoria contínua; demonstrar conformidade com requisitos específicos; e garantir a qualidade, segurança e eficácia de produtos.

Dessa forma, é fundamental que projetos que tenham como objetivo fortalecer a aprendizagem organizacional, privilegiando a avaliação focada em resultados – mas preservando a busca por entender os mecanismos dos processos que resultam na efetividade das ações desenvolvidas –, sejam implantados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou o conhecimento sobre o nível de qualidade do processo de regulação sanitária dos Saon, o aprendizado sobre o processo de implementação das intervenções (barreiras e fatores favoráveis) e a estimativa da melhoria dos indicadores e verificação da efetividade das intervenções.

A avaliação do nível da qualidade inicial da gestão do risco sanitário de Saon identificou prioridades de intervenções que foram enfrentadas e resultaram na melhoria absoluta e relativa, apesar dos fatores contextuais que interagiram de forma a dificultar a implementação e manutenção das intervenções durante o período da pandemia do vírus SARS-CoV-2.

O efeito observado pode ser atribuído pela estratégia de implantação de intervenções multifacetadas (estratégias-chave) construídas coletivamente durante a prática profissional e na realidade da assistência de saúde. Ações de capacitação, o comprometimento da Equipe e a inclusão da temática no Planejamento Estadual de Saúde e na Política Hospitalar Catarinense foram determinantes.

O ciclo de melhoria foi considerado eficaz por implantar intervenções que provocaram mudanças positivas que impactaram no nível da qualidade da gestão da regulação do risco sanitário dos Saon, sendo necessária a continuidade para a manutenção dos níveis de qualidade alcançados.

A implantação de ciclos de melhoria que visem à melhoria da segurança do paciente tem um efeito econômico, salva vidas e reduz a morbidade materna e neonatal. A redução da mortalidade materna mantém-se como uma prioridade de saúde mundial, e a assistência de baixa qualidade é reconhecida como o fator que mais contribui para os danos relacionados ao nascimento. Dessa forma, evidencia-se que a qualificação dos Saon é foco prioritário para que se avance nas políticas de saúde pública, sendo que a Visa possui importante papel como agente externo de indução a essas melhorias.

Por fim, conclui-se que as intervenções multifacetadas são capazes de promover mudanças positivas na qualidade do cuidado de saúde dos Saon e promover novas práticas no fazer Visa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade [Internet]. Brasília, DF: ANVISA, 2014 [citado 2021 fev 17]. (Série Tecnologia em Serviços de Saúde). Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente [Internet]. Brasília, DF: ANVISA, 2015 [citado 2021 fev 17]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>
3. Rodrigues NCP, Monteiro DL, Almeida AS, Barros MB, Pereira Neto A, O'Dwyer G, et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. *J. Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2016 [cited 2021 fev 17];92(6):567-73. Available from: https://www.scielo.br/pdf/jped/v92n6/pt_0021-7557-jped-92-06-0567.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [citado 2021 fev 17];43(1):1-

7. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-1--pag-1-a-7--Mortalidade-Materna.pdf>
5. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2021 fev 17];36(esp):192-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933rgenf-36-spe-0192.pdf>
6. Souza JP. A mortalidade, os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016/2030). *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 2021 fev 17];37(12):549-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>
7. Sousa KM, Pimenta IDSF, Fernández Elorriaga M, Saturno-Hernandez PJ, Rosendo TMSS, Freitas MR, et al. Multicentre cross sectional study on adverse events and good practices in maternity wards in Brazil and Mexico: same problems, different magnitude. *BMJ Open*. 2019;9(12):e030944. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030944
8. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.
9. Goodman D, Ogrinc G, Davies L, Baker GR, Barnsteiner J, Foster TC, et al. Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):e7. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004480
10. Portela MC, Pronovost PJ, Woodcock T, Carter P, Dixon-Woods M. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual. Saf*. 2015;24(5):325-36. doi:10.1136/bmjqs-2014-003620
11. Baldissera A. Pesquisa-Ação: uma metodologia do conhecer e do agir coletivo. *Sociedade em Debate* [Internet]. 2001 [citado 2021 fev 17];7(2):5-25. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/570/510>
12. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2021 Feb 17]. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
13. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução Normativa nº 003/DIVS/SES, de 27 setembro de 2019. Implantar o Sistema de Informação Estadual de Risco e Benefício Potencial – SIERBP. *Diário Oficial do Estado* [Internet], Florianópolis, n. 21.111, p. 34-35, 30 set. 2019 [citado 2021 fev 17]. Disponível em: http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/phocadownload/RNE_003.DIVS.SES_-_SIERBP.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 2, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre os indicadores para a avaliação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União [Internet]. 4 jun. 2008 [citado 2021 fev 17]; Seção 1;105:53. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15130857-doc00000000025299.pdf>
15. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press (US); 2001.
16. World Health Organization. World alliance for patient safety: Forward programme 2006-2007 [Internet]. Geneva: WHO, 2006 [cited 2021 fev 17]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União. 4 jun. 2008; Seção 1;105:50-3.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 8 maio 2014; Seção 1:50-1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
19. Santa Catarina. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Diário Oficial do Estado, Florianópolis, n. 20.457, 19 jan. 2017. Santa Catarina.
20. Decreto nº 1.269, de 18 de agosto de 2017. Regulamenta a Lei nº 17.097, de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Diário Oficial do Estado, Florianópolis, n. 20.600, p. 4, 21 ago. 2017.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da Auto-avaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2017 (Revisado) [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2018 [citado 2021 fev 17]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/relatorio-da-autoavaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2017>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana [Internet]. Brasília, DF: ANVISA, 2017 [citado 2021 fev 17]. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde; 8). Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index>

php/publicacoes/item/caderno-7-medidas-de-prevencao-e-criterios-diagnosticos-de-infeccoes- puerperais- em-parto-vaginal-e-cirurgia-cesariana

23. Ragusa A, Ushiro S, Svelato A, Strambi N, Di Tommaso M. Obstetric safety patient. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. Textbook of patient safety and clinical risk management. Cham, Switzerland: Springer; 2021. doi: 10.1007/978-3-030-59403-9_16

24. Silva LMV. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: temas para debate [e-books]. Salvador: EDUFBA; 2009 [citado 2021 fev 17]. p. 219-237. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>

25. Marques CMS, Rabelo CPG. Competências para atuação em vigilância sanitária: abordagem metodológica. *Vigil Sanit Debate*. 2020;8(4):3-13. doi: 10.22239/2317-269x.01569.

26. Maia C, Guilhem D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado 2021 fev 17];39(5):226-31. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n5/226-231/pt>

27. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 259-269.

28. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Ciência da melhoria do cuidado de saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(suppl 2):e00105815. doi: 10.1590/0102-311X00105815

29. Ramos L, Petta HL, Massaro A, Lima VV, Araújo DG, Brito MCM, et al. Nota técnica: perfil de competência do especialista em gestão da vigilância sanitária [Internet]. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 2021 fev 17]. Disponível em: <http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/NotaTecnica1.1.pdf>

30. Seta MH, Oliveira CVS, Pepe VLE. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2021 fev 17];22(10):3255-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3225.pdf>

31. Saturno-Hernández PJ, José Gascón J. Identificação e priorização de oportunidades de melhoria: unidade temática 1. In: Saturno-Hernández PJ, et al., organizadores. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.

32. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto – Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

33. World Health Organization. Good regulatory practices: guideline for national regulatory authorities for medical products [Internet]. Geneva: WHO, Oct. 2016 [cited 2021 fev 17].

Available from: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/GoodRegulatory_PracticesPublicConsult.pdf

34. World Health Organization. Annex 13: WHO guideline on the implementation of quality management systems for national regulatory authorities. WHO Technical Report Series, No. 1025 [Internet]. Geneva: WHO, Apr. 2020 [cited 2021 fev 17]. Available from:

https://www.who.int/docs/default-source/medicines/norms-and-standards/guidelines/trs1025/trs1025-annex13.pdf?sfvrsn=8e6a17ee_2&download=true

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições de todo o mundo.
