

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

JULIANA DO NASCIMENTO SERRA

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PARA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO
DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATO GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE, MS
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

JULIANA DO NASCIMENTO SERRA

**AValiação DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PARA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO
DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Segurança do paciente, Avaliação em saúde, Políticas públicas de saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Rita Barbieri.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Meinberg Cheade.

**CAMPO GRANDE, MS
2015**

JULIANA DO NASCIMENTO SERRA

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PARA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO
DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em de de 2015.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof.^a Dr.^a Ana Rita Barbieri (Presidente)
Curso de Enfermagem/Campo Grande (UFMS)

.....
Prof.^a Dr.^a Luiza Helena de O. Cazola (Membro titular)
Curso de Enfermagem/Campo Grande (UFMS)

.....
Prof.^a Dr.^a Luciana Contrera Moreno (Membro titular)
Curso de Enfermagem/Campo Grande (UFMS)

.....
Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Assis Sales da Silva (Membro suplente)
Curso de Enfermagem/Campo Grande (UFMS)

A Deus,
por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar,
força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus pais,
Pedro José Serra e Ivonete Lourdes do Nascimento Serra,
pelo amor, carinho, apoio, incansável dedicação e exemplo de perseverança.

As minhas irmãs,
Natália do Nascimento Serra e Marina do Nascimento Serra,
pelo laço de amor que nos uni eternamente.

Ao meu noivo, futuro marido e eterno namorado,
Tarley Borges Mascena,
pelo exemplo de simplicidade, honestidade e por todo carinho e apoio que dedicou nesta etapa da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Ana Rita Barbieri**, por acreditar que eu era capaz e pela orientação. Mesmo chegando sem me conhecer direito, você abriu as portas, como uma mãe que abre os braços para receber um filho. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos, orientações, palavras de incentivo, paciência e dedicação. Você é uma pessoa ímpar, na qual busco inspirações para me tornar melhor em tudo que faço e irei fazer daqui para frente. Tenho orgulho em dizer que um dia fui sua orientada.

A amiga coorientadora, Prof.^a **Maria de Fátima Cheade**, pelo companheirismo, disponibilidade e opiniões acertadas.

Aos **professores do Programa de Mestrado em enfermagem**, que com seus conhecimentos possibilitaram meu crescimento e desenvolvimento. As reflexões e discussões foram importantes para minha transformação profissional.

As amigas e companheiras da II Turma de Mestrado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, **Aires Júnior, Adaiete Silva, Rafaela Penrabel, Willian Albuquerque, Bruna Alcará, Aniandra Gonçalves, Mariana Sperotto, Danielle Neris, Larissa Coutinho, Adriana Pavoni** por dividirem minhas angústias e me incentivarem a percorrer o caminho do saber.

A amiga **Rebeca Carolino Magela**, por auxiliar na construção da proposta de roteiro de verificação e pelo apoio, carinho e amizade verdadeira, doce e prestativa, obrigada por nunca me negar ajuda.

A minha família de coração de Três Lagoas, **Vera Duarte, Vanderlei Duarte, Gustavo Duarte, Rodrigo Duarte e Juceli Herbele** minha eterna gratidão pelo tanto que me ajudaram.

Aos membros da **Família Nascimento e Família Serra**, por não me deixarem esquecer que o maior bem de uma pessoa é a sua família.

Ao meu cunhado, **Alexandre D. Machado**, pelo apoio e ajuda em todos os momentos que precisei nesta jornada.

Aos meus sogros, **Tarley Mascena e Regina Célia Borges Mascena**, por toda ajuda, apoio e carinho com que sempre tiveram por mim.

Aos meus amigos, **Márcia Antunes, Augusto Motta, Juliane Moraes, Denise Lima, Claudia Volpe, Ivam de Olinda, Juliana Wittica**, por sempre me apoiarem e estarem sempre dispostos a me ouvir e dividir suas amizades.

Aos colegas, **Caroline Cavalcante do Nascimento, Monique Pereira Moura, Marcos Aroca e Abhishek Samuelson** pelas correções necessárias, que tanto enriqueceram esta dissertação.

Aos colegas e administração do **Hospital PRONCOR**, que sempre me apoiaram em todos os momentos neste dois anos em que estive.

Aos colegas e administração da **Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande**, que foi a grande responsável pela minha vinda à esta cidade.

A todos os **enfermeiros e responsáveis pelas instituições participantes da pesquisa**, por terem me recebido e proporcionado à realização deste trabalho.

Aos **membros da Banca**, pela disponibilidade em contribuir para a melhoria deste trabalho com seus conhecimentos.

A **todos**, que torceram pelo sucesso deste trabalho.

*“Nenhuma atividade no bem é insignificante...
As mais altas árvores são oriundas de minúsculas sementes.”*
Chico Xavier

RESUMO

A segurança do paciente é enfoque central das discussões na área da saúde em quase todo o mundo. O tema é para o campo da avaliação em saúde, um dos atributos da qualidade proposto por Donabedian. Avaliações com tal configuração permitem localizar problemas para redimensionar as necessidades e com isso subsidiar o planejamento, reordenar ações, apoiar mudanças, estimular a coerência das decisões, e estratégias adotadas e otimizar os recursos disponíveis, contribuindo assim, para a efetiva implantação e funcionamento da política de segurança do paciente. No Brasil, em 2013, foi editada a Portaria n. 529, de 01 de abril que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente, definindo ações e metas. No mesmo ano, foi criada a Resolução da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julho de 2013 que estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos hospitais, visando reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, melhorar a qualidade dos serviços prestados, promover o registro e aprimorar a sua qualidade. Ciente de que resoluções não são suficientes para modificar práticas, este estudo teve como objetivo avaliar as conformidades da estrutura, processos e resultados voltados para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições hospitalares contratualizadas ao Sistema Único de Saúde, nas sedes das regiões de saúde em Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo transversal que avaliou as conformidades da estrutura, processos e resultados das instituições hospitalares quanto a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Iniciou-se com a criação de um roteiro em forma de instrumento de avaliação com questões extraídas de documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para verificação da estrutura hospitalar e dos processos de trabalho voltados à implantação do NSP. O roteiro foi estruturado a partir da teoria desenvolvida por Donabedian para avaliação de serviços de saúde. Posteriormente, aplicou-se o roteiro de verificação em seis hospitais nos municípios sedes das regiões de saúde do Mato Grosso do Sul, Campo Grande (três hospitais), Corumbá (um hospital) Dourados (um hospital) e Três Lagoas (um hospital). O resultado evidenciou fragilidades em todas as categorias avaliadas. Na categoria estrutura, constatou-se que na macrorregião de Três Lagoas existem mais protocolos implantados, porém protocolos importantes como os de profilaxia cirúrgica, checklist de verificação de cirurgias, notificações de complicações cirúrgicas e eventos adversos não existem em algumas das instituições avaliadas. Em relação à categoria processo, os resultados demonstram que na macrorregião de Campo Grande há melhor conformidade dos processos, diferenciando assim, os hospitais da capital e do interior. Na categoria resultado, a macrorregião de Três Lagoas possui o NSP implantado, no entanto, não tendo a totalidade dos protocolos previstos. Conclui-se que, mesmo com o conhecimento e existência das portarias e leis para a segurança do paciente, a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições hospitalares do Mato Grosso do Sul não ocorreu plenamente, não garantindo sua efetivação nem a melhoria da qualidade e da segurança da assistência prestada ao paciente.

Descritores: Políticas públicas de saúde, Avaliação em saúde, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Patient safety is the central focus of discussions on health around the world. The goal is to review the field of Health, one of the quality attributes proposed by Donabedian. Reviews with such a configuration allow us to locate problems, resize the needs and thereby support the planning, reorder stocks, support change, foster consistency of decisions, and adopt strategies that optimize available resources. This contributes to the effective implementation and operation of patient safety policy. On the 1st of April, 2013 in Brazil, order no. 529 was issued resulting in the establishment of the National Patient Safety Policy, defining actions and goals. In the same year, on the 25th of July 2013, Collegiate Directory Resolution n. 36 was created, this established the obligation to implement a Patient Safety Center (NSP) in hospitals in order to reduce the occurrence of adverse events in damage and patient care, improve quality of services, promote record and enhance its quality. Aware that resolutions are not enough to change practice, this study aimed to evaluate the compliance of the structure, processes and results oriented to implementation of Patient Safety Center in hospitals contracted to the Unique Health System, the headquarters of the health regions in Mato Grosso do Sul. This is a cross-sectional study to assess the compliance of the structure, processes and outcomes of hospitals due to the implementation of Patient Safety Center. It began with the creation of a script in the form of instrument assessment, extracted issues of official documents of the World Health Organization and the National Health Surveillance Agency, to verify the hospital structure and work processes focused on the implementation of the NSP. The script was structured from the theory developed by Donabedian for evaluation of health services. Subsequently, we applied the verified script in six hospitals in the cities headquarters of the health regions of Mato Grosso do Sul, Campo Grande (three hospitals), Corumbá (one hospital), Dourados (one hospital) and Três Lagoas (one hospital). The result showed weaknesses in all categories evaluated. In the structure category, it was found that on average in the macro-region of Três Lagoas there are more established protocols, but important protocols such as surgical prophylaxis, surgery verification checklist, reports of surgical complications and adverse events did not exist in all institutions evaluated. Regarding the process category, results show that on an average in the macro-region of Campo Grande these are no better compliance of processes, differentiating thus the hospitals in the capital and the interior. In the result category, the macro-region of Três Lagoas has deployed the NSP, however, they do not have the six protocols laid down. It follows that, even with the knowledge and existence of ordinances and laws for patient safety, the implementation of Patient Safety Center in hospitals of Mato Grosso do Sul does not fully occur, thereby not ensuring its effectiveness or quality improvement and safety of patient care.

Descriptors: Health public policy, Health evaluation, Patient safety.

RESUMEN

La seguridad del paciente es, actualmente, el foco central de las discusiones sobre la salud en la mayor parte del mundo. Opiniones con una configuración de este tipo permiten detectar problemas para evaluar el tamaño de las necesidades, y de esta manera apoyar la planificación, reordenar acciones, apoyar el cambio, fomentar la coherencia de las decisiones, y estrategias además de optimizar los recursos disponibles. Asimismo contribuye a la implementación y operación efectiva de la política seguridad del paciente. En Brasil, en el año 2013, se publicó la Orden no. 529, 01 de abril que estableció la Política Nacional de Seguridad del Paciente, definiendo así las acciones y metas. En el mismo año, se creó la Resolución da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julio 2013, que estableció la obligación de implementar un Centro de Seguridad del Paciente (NSP) en los hospitales, con el fin de reducir la ocurrencia de eventos adversos en los daños y la atención al paciente, mejorar la calidad de los servicios, promover el registro y mejorar su calidad. Consciente de que las resoluciones no son suficientes para cambiar la práctica, este estudio tuvo como objetivo valorar el cumplimiento de la estructura, procesos y resultados orientados a la implementación del Centro de Seguridad del Paciente en los hospitales contratados para el Sistema Nacional de Salud, la sede de las regiones sanitarias en Mato Grosso do Sul. Se trata de un estudio transversal para evaluar el cumplimiento de la estructura, procesos y resultados de los hospitales como la implementación del Centro de Seguridad del Paciente. Se inició con la creación de un protocolo como instrumento de evaluación, con cuestiones extraídas de los documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, para evaluación de la estructura del hospital y de los procesos de trabajo de acuerdo con la implementación del PNB. El protocolo se estructura a partir de la teoría desarrollada por Donabedian para la evaluación de los servicios de salud. Posteriormente, se aplicó el protocolo de verificación en seis hospitales de las ciudades de algunas regiones sanitarias del Mato Grosso do Sul, Campo Grande (tres hospitales), Corumbá (un hospital) Dourados (un hospital) y Três Lagoas (un hospital). El resultado demostró algunas debilidades en todas las categorías evaluadas. En la categoría de estructura, fue detectado que en la macro-región de Três Lagoas hay protocolos más establecidos, sin embargo en los protocolos importantes como la profilaxis quirúrgica, lista de verificación de la cirugía, no había informes de complicaciones quirúrgicas y eventos adversos en todas las instituciones evaluadas. Con relación al proceso, los resultados demuestran que, en promedio, la macro-región de Campo Grande tiene un mejor cumplimiento de los procesos, diferenciándose así los hospitales de la capital y el interior. En la categoría de los resultados, la macro-región de Três Lagoas tiene el NSP, sin embargo, no hay los seis protocolos establecidos. Se concluye que, además del conocimiento y la existencia de ordenanzas y leyes para la seguridad del paciente, la aplicación del Centro de Seguridad del Paciente en los hospitales de Mato Grosso do Sul no ocurrió totalmente, imposibilitando su efectividad, su mejora en la calidad y seguridad en la atención al paciente.

Palabras clave: Políticas públicas de salud, Evaluación en salud, Seguridad del paciente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	14
2.1.1 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	16
2.1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL	18
2.1.3 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	20
2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	21
2.2.1 INDICADORES DE QUALIDADE.....	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 GERAL.....	24
3.2 ESPECÍFICOS	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DA PESQUISA	25
4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA	25
4.3 PARTICIPANTES	25
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
5 RESULTADOS	28
5.1 ARTIGO I	29
5.2 ARTIGO II.....	45
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	63
APÊNDICE A- ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO	66

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida em todo mundo. Em decorrência dos danos derivados dos processos da assistência prestada, ou da estrutura hospitalar, assume papel de relevância no desenvolvimento de esforços, com o objetivo de tornar a assistência mais segura ao paciente. Estes danos observados não somente trazem consequências aos pacientes de ordem física, como também emocional, podendo considerar em uma maior abrangência seus familiares, a equipe de saúde e inclusive a instituição hospitalar (MIASSO, et al., 2006; CASSIANI, 2005; BRASIL, 2013a).

O grande marco histórico da segurança do paciente foi a publicação em 1999, do estudo *To Err is Human: Building a Safer Health System (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro)* o qual foi elaborado pelo *Institute of Medicine (IOM)* e provocou a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países frente às questões relacionadas à segurança do paciente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

O assunto entra na pauta internacional, porque a ocorrência de eventos adversos (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias. Os dados de morbimortalidade do relatório do IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano nos Estados Unidos (EUA) decorrentes de EA (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Conceitualmente a segurança do paciente é definida como “ a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” este resultante de diversas combinações possíveis que vão de falhas individuais ou de grupos até processos de trabalho e estruturas organizacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em virtude de efetivar medidas para a melhoria do cuidado e segurança do paciente, em 2004, a *World Health Organization (WHO)* instituiu o projeto denominado Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental é prevenir danos aos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil a atual política de segurança do paciente vem seguida de novas portarias e resoluções que enfocam a criação de Núcleos de Segurança do Paciente e protocolos com enfoque no planejamento estratégico e ações decorrentes (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Dada a magnitude do problema, este estudo propõe a criação de um roteiro e sua aplicação para verificação e investigação do ambiente e dos processos que antecedem a implantação da política de segurança do paciente em hospitais que são utilizados como campos de prática para o ensino de profissionais de saúde em Mato Grosso do Sul e que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) na sedes das regiões de saúde deste estado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

O conceito de segurança do paciente surge em função dos avanços tecnológicos na saúde. No passado a medicina era considerada simples, pouco efetiva e relativamente segura. Atualmente é descrita como complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa (CHANTLER, 1999; WACHTER, 2013).

Segundo a proposta mais recente da Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é denominada como “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde”. Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços organizacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Vincent (2010) refere que a segurança do paciente pode ser definida em sua forma mais simples, como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar e acredita que a segurança reside nos sistemas, como também nas pessoas, e por isso, deve ser ativamente procurada e estimulada. Apenas tentar evitar danos não é suficiente, o melhor é que os incidentes de todos os tipos possam ser reduzidos e que a alta confiabilidade seja componente essencial do atendimento de alta qualidade ao paciente.

A *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ* (2012) definiu que a segurança do paciente é considerada um componente crítico da qualidade da assistência à saúde. Como as organizações de cuidados de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um crescente reconhecimento da importância da promoção de uma cultura de segurança.

Outras organizações e autores adotam diferentes definições, como o IOM (2001) que conceitua segurança como evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los, outro conceito que surgiu em 2003 no Brasil pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde – PROADESS (2003) definiu segurança como a capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar, ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Para Ruciman et al. (2009) o conhecimento no domínio da segurança do paciente tem sido comprometido em função do uso de conceitos e definições inadequados. Em diferentes pesquisas foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro e 14 definições para evento adverso.

Para padronizar as definições e conceitos, a OMS criou uma classificação de segurança do paciente. No lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, um grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), contendo 48 conceitos-chave (RUCIMAN et al., 2009).

Os principais conceitos e definições apresentados pelo ICPS são sobre erro e incidente. Sendo o erro definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido, ou como a aplicação de um plano incorreto. Incidente conceitua-se como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Ainda sobre os incidentes, adota-se a seguinte classificação: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente; incidente sem dano – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível; incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Alguns estudos apresentam o conceito de eventos adversos como “dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado” (MENDES et al., 2005).

A importância da classificação desenvolvida pela OMS é o fato de permitir uma linguagem comum, além de estratégias para lidar com incidentes na assistência à saúde. A compreensão dos fatores associados à ocorrência de incidentes norteia a elaboração de ações para redução do risco, o que leva ao aumento da segurança do paciente e a consequentes mudanças no sistema num movimento de melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2013c).

2.1.1 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos, os erros e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados (VINCENT, 2010; WACHTER, 2013).

Florence Nightingale após conhecer os dados de mortalidade do exército britânico, realizou mudanças organizacionais e nas condições sanitárias e de higiene dos hospitais que resultaram em redução das taxas de mortalidade nos pacientes internados, constatando assim, que os resultados dos cuidados nas condições de saúde do paciente estão associados ao processo da assistência (NEUHAUSER, 2003).

Como já dito anteriormente, o marco histórico para a segurança do paciente foi o relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que estima entre 44 mil e 98 mil vidas perdidas anualmente em decorrência de erros associados aos cuidados de saúde, chamando atenção do público e da mídia e preparando o terreno para esforços sem precedentes para melhorar a segurança do paciente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Posteriormente, novo relatório foi publicado pelo IOM (2001) intitulado “Cruzando o Abismo da Qualidade” (*Crossing the quality chasm*) com um enfoque mais ampliado e voltado ao sistema de saúde. No qual ficou definido os seis domínios para caracterizar o desempenho do sistema de saúde, que são eles: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade.

Em resultado aos relatórios da IOM, em 2002 na 55ª Assembléia Mundial da Saúde foi adotada a resolução WHA 55.18 “Qualidade da atenção: segurança do paciente”. A qual recomendou urgência aos estados membros, sem discorrer de forma mais criteriosa sobre a segurança do paciente, com o objetivo de regular ações, para tanto, a comunidade científica mobilizou-se a fim de gerar novos conhecimentos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008).

Já em 2003, o IOM publicou novo relatório “Áreas Prioritárias para Ação Nacional: Transformando a Qualidade da Assistência à Saúde” (*Priority Areas for National Action:*

Transforming Health Care Quality), em que ficou evidenciado as 20 áreas de atenção prioritária para aperfeiçoar a qualidade nos serviços de saúde (ADAMS; CORRIGAN, 2003).

Após dois anos, em 2004, a OMS cria a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os Programas de Segurança do Paciente. Os objetivos envolvem apoiar os esforços para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente, dentre outras políticas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008).

Nos Estados Unidos, em 2004, o *Institute for Health care Improvement* (IHI) (2004), Instituto para a Melhoria do Cuidado à Saúde, lançou a campanha “Salvando 100.000 vidas” que teve como objetivo salvar 100.000 vidas, sendo estas de pacientes hospitalizados, por meio de intervenções que proporcionassem melhorias na segurança e eficácia nos cuidados à saúde, reunindo evidências, bem como criações de um pacote de medidas que visasse à redução do risco e a prevenção das infecções. Sendo a prevenção de infecção da corrente sanguínea, de sítio cirúrgico e da pneumonia associada à ventilação mecânica (BERWICK et al., 2006).

Com a grande aderência à campanha e os bons resultados obtidos, o IHI ampliou a iniciativa para a campanha “Salve 5 milhões de vidas”, que agregou seis novas intervenções àquelas já propostas na campanha “100.000 vidas”, entre elas a prevenção de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2004).

No governo americano, em 2005, o presidente George W. Bush assina a Lei de Segurança do Paciente e Melhoria da Qualidade, que estabelece um sistema de notificação voluntário e confidencial, cujo objetivo é medir e acompanhar os eventos adversos, para propiciar o desenvolvimento de medidas de melhoria para todo o sistema de saúde (EUA, 2005).

Ainda como presidente, George W. Bush em 2006, assinou a Lei de Redução de Déficit de 2005, que permite que os programas de saúde exijam dos serviços de saúde melhores práticas e apresentação de indicadores de qualidade. Além disso, autorizou a glosa do pagamento dos custos hospitalares para os casos de infecção relacionada à assistência à saúde (EUA, 2006).

Na Europa, após o lançamento da Aliança Mundial de Segurança do Paciente foi aprovada a Carta de Tallinn, por todos os Estados-Membros europeus na resolução EUR/RC58/R4, que visa abordagens sistêmicas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e qualidade de atendimento e segurança do paciente, promovendo a responsabilização pública e ajustamento das políticas baseadas em evidências específicas de cada país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nos países da América Latina, em 2007, foi emitida a Resolução CSP27.R.10 “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária”, incluindo o tema segurança do paciente, nos Estados-Membros. A Resolução recomendou que estes incorporassem a segurança do paciente e a qualidade da atenção como prioridade nas políticas de saúde e programas setoriais, englobando a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente que visam a diminuição dos eventos adversos nas instituições de saúde tem sido a assimilação, por parte dos gestores, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer estes, quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada (SILVA, 2010).

2.1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

No Brasil, ao traçar um breve panorama sobre o surgimento da política de segurança do paciente no Brasil, verifica-se dentro do histórico das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que o maior impacto ocorrido foi em 1985, com a morte do recém-eleito Presidente da República Tancredo Neves, por septicemia devido a uma infecção pós-cirúrgica. Este fato causou grande repercussão nacional, corroborando para que o Ministério da Saúde implementasse ações e projetos que mudassem o panorama e os rumos do controle de infecção no país. Desencadeou ações como o levantamento das instituições brasileiras que já tinham CCIH operacionalizadas, capacitação de multiplicadores, intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais de saúde, elaboração de manuais e normas técnicas (FERNANDES, 2000).

Em 1998, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº. 2.616, ainda em vigor, que mantém a obrigatoriedade da existência de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) em todos os hospitais do país, trata da organização e competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e do PCIH, estabelece os conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, dá

orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores, faz recomendações sobre a higiene das mãos e enfatiza a observância de publicações anteriores do Ministério da Saúde quanto ao uso de germicidas, microbiologia, lavanderia e farmácia (BRASIL, 1998).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou, em 2001, o Projeto Hospitais Sentinela com o objetivo de sistematizar a vigilância de produtos e serviços de saúde e garantir mais segurança e qualidade na assistência aos pacientes, nesse contexto, uma das metas que foram cumpridas pelos prestadores de cuidados para monitorar e avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente é a ocorrência de eventos adversos (NASCIMENTO et al., 2008).

Porém apenas em 2011, que a RDC 63 dispôs sobre as boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, cujo objetivo é o estabelecimento de requisitos fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente bem como apresentar o conceito de segurança do paciente (BRASIL, 2011).

Foi lançado no dia 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a).

A instituição do PNSP se deu pela publicação da Portaria Ministerial nº 529 de 01 de abril de 2013, que regulamenta os objetivos do programa, define suas estratégias de implantação, cria o comitê de implementação do PNSP e institui a possibilidade da disponibilização de incentivos financeiros para execução das atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização a ser posteriormente pactuada na comissão intergestores tripartite (BRASIL, 2013a).

Para embasar o PNSP, foi publicada a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que dispôs sobre a instituição de ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sendo as ações voltadas para a criação e implementação de um Núcleo de Segurança do paciente (NSP), núcleo este que desenvolverá o plano de segurança do paciente, o qual estabelecerá as estratégias e ações de segurança, como instituições de protocolos, indicadores e notificações (BRASIL, 2013b).

São seis protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pelo Ministério da Saúde: cirurgia segura, prática de higiene das mãos, úlcera por pressão, prevenção de quedas; identificação do paciente e prescrição e uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013a).

Estes, após implementados, deverão ser monitorados através de indicadores.

2.1.3 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é componente das dimensões da qualidade, sendo assim, uma está associada à outra. Uma forma de conceituar a qualidade em saúde é através do entendimento das suas dimensões. Desde a publicação dos textos de Avedis Donabedian, uma das maiores autoridades no estudo da qualidade dos cuidados de saúde da segunda metade do Século XX (WACHTER, 2013).

Dado o estado da arte disponível, o *Office of Technology Assessment* (OTA) do Congresso dos Estados Unidos da América, conceitua qualidade em saúde como o grau em que os processos de cuidado aumentam a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduzem a probabilidade de resultados indesejados (OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, 1988).

A Organização Mundial da Saúde definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Donabedian (1978) definiu qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”.

O autor salienta ainda que a qualidade não é algo abstrato, que ela deve ser definida para que se tenha um ponto de partida e define sete pilares da qualidade: eficácia (resultado do cuidado a partir das melhores condições); efetividade (resultado do cuidado em uma situação real); eficiência (faz relação entre benefício e custo); otimização (conceito que relativiza o custo em relação ao benefício e traz o ponto de vista do paciente); aceitabilidade (trata do quanto o processo de cuidado vai ao encontro das expectativas, necessidades e valores da pessoa); legitimidade (amplia o conceito de aceitabilidade para a sociedade, o cuidado indo ao encontro da cultura social); e por fim, equidade (distribuição justa do cuidado de acordo com a diversidade) (DONABEDIAN, 1990).

Pesquisadores brasileiros realizaram uma atualização, procurando adaptar os conceitos das dimensões da qualidade para a língua portuguesa. As dimensões elencadas foram: efetividade; eficiência; acesso; aceitabilidade; continuidade; adequação; respeito aos direitos das pessoas;

segurança do paciente. Equidade foi considerada como uma dimensão transversal (VIACAVA, et al, 2012).

A maneira mais direta para avaliação da qualidade do cuidado seria a análise dos processos constitutivos do cuidado, sendo as abordagens de estrutura e resultados formas indiretas para realizá-la (DONABEDIAN, 2003).

2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde é um campo do conhecimento amplo e vasto, sendo parte distinta de diversas matrizes teóricas, que pode vim a percorrer diversas vertentes. Conceitualmente avaliação está relacionada a uma “valoração”, ou seja, dar valor a algo, estabelecer valor ou preço; pensar ou determinar qualidade (NOVAES, 2000; HOUAISS; VILLAR, 2009).

Podemos entender a avaliação como um processo amplo de dar valor, que tem como objetivo provocar reflexão, mudanças e aprendizagem. Outra conceituação é apresentada por diversos autores a partir de um caráter ético, como a análise de algo a fim de evidenciar como a aplicação de recursos está acontecendo e qual impacto tem gerado (BOSI; MERCADO, 2006; BRASIL, 2007a; SILVIA; YVES, 2006).

Ressalta-se que, a avaliação só tem sentido quando o conhecimento gerado por esta leva ao aprimoramento institucional e profissional. E que o valor gerado por ela pode ser um dos pilares para que seja institucionalizada, o que leva a um processo que pode provocar a aproximação da pesquisa aos serviços de saúde (FELISBERTO, 2006).

Neste sentido, a avaliação em saúde é uma das ferramentas para viabilização da ampliação da transparência e da prestação de contas, a fim de otimizar o uso dos recursos para os serviços de saúde. Além de demonstrar como as políticas públicas, a organização dos serviços e as ações de assistência, podem influenciar o estado de saúde de uma população (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HABICHT et al., 1999; STARFIELD, 2005).

Assim, partindo da clássica divisão proposta por Donabedian para a avaliação da qualidade, que divide o foco da avaliação em três objetos - estrutura, processo e resultados - é possível dizer que “estrutura” são as condições físicas, os recursos humanos e a organização em que o cuidado acontece. Por “processo” compreende-se a relação entre o prestador e a pessoa e as ações

que decorrem desta relação, sendo algo mais dinâmico e relacional. Já o “resultado” é o produto final do cuidado em saúde. Com uma estrutura melhor, a tendência é ter um melhor processo, e, portanto, atingir melhor resultado (DONABEDIAN, 1978).

Novaes (2000) afirma que o uso de instrumentos para avaliar aspectos de uma política, um serviço ou uma ação em saúde deve-se à possibilidade de quantificar, medir e replicar que essa forma de avaliação carrega em si.

O referido autor cita que os itens que compõem o instrumento podem focalizar questões relacionadas à estrutura, ao processo, e até as questões que permeiam os resultados. E o mesmo lembra, que o instrumento de avaliação pode ser usado não apenas para momento de pesquisas, mas também podem ser transformado em instrumento de monitoramento para a gestão e o cuidado (NOVAES, 2000).

É muito comum que as avaliações sejam expressas com o uso de indicadores que podem ser desde os epidemiológicos até os utilizados no campo da administração e da política (HABICHT et al., 1999; VICTORA; SANTOS, 2004).

2.2.1 INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores de qualidade são definidos como uma medida quantitativa em relação aos aspectos do cuidado ao paciente. Permitem o monitoramento do desempenho, programações de ações e orientam os pacientes e profissionais nos serviços de saúde. Porém a utilidade deles depende de que sejam validados, confiáveis e de fácil viabilidade (MAINZ, 2003).

Dias, Martins e Navarro (2012) discorrem sobre a importância de registros fidedignos e os mais completos possíveis sobre as informações de saúde e que estes não devem ser apenas no âmbito do SUS, como também, em outros sistemas de saúde para que sejam confiáveis.

Gouvêa e Travassos (2010) realizaram um levantamento sistemático da literatura sobre os principais indicadores de segurança do paciente identificados e constataram que 56,1% dos indicadores são de segurança do paciente e 43,9% foram classificados em mais de uma dimensão, sendo a mais frequente, segurança e efetividade. A maior concentração foi na área de medicamentos e mais da metade representa informações de resultado.

A efetividade de implantação de um programa global e multidimensional com o objetivo de avaliar e melhorar a qualidade da assistência dos serviços de saúde, visando à orientação de ações, deveria ser prioridade dos governos em todos os níveis (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a conformidade da estrutura e dos processos hospitalares voltados para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde nas sedes das regiões de saúde em Mato Grosso do Sul.

3.2 ESPECÍFICOS

Elaborar e propor um roteiro de verificação para avaliação dos serviços de saúde quanto à conformidade, com o objetivo de implantar o Núcleo de Segurança do Paciente.

Aplicar o roteiro com vias a discutir os aspectos da estrutura, processo e resultados dos hospitais para a implantação da política de segurança do paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal que avaliou a conformidade da estrutura, processos de trabalho e resultados das instituições hospitalares quanto à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Para atender ao primeiro objetivo específico, realizou-se um estudo metodológico para a criação de um roteiro em forma de instrumento de avaliação da estrutura hospitalar e dos processos de trabalho voltados à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da tríade: estrutura, processo e resultado desenvolvida por Donabedian para avaliação de serviços de saúde.

Para atender ao segundo objetivo específico, foi feito um estudo transversal que investigou a situação dos hospitais para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, que é parte da política de segurança do paciente proposto pelo Ministério da Saúde (CANALES, ALVARADO, PINEDA, 2002).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em seis hospitais nos municípios sedes das regiões de saúde do Mato Grosso do Sul: Campo Grande (três hospitais), Corumbá (um hospital) Dourados (um hospital) e Três Lagoas (um hospital) no período de fevereiro a junho de 2014.

4.3 PARTICIPANTES

Foram selecionados seis hospitais de referência de Mato Grosso do Sul em suas quatro grandes regiões de saúde, assim distribuídos: 3 hospitais na macrorregião de Campo Grande, um hospital na macrorregião de Corumbá, um na macrorregião de Dourados e um na macrorregião de Três Lagoas.

Os critérios utilizados para a seleção dos hospitais foram: possuir leitos de terapia intensiva, ser hospital de referência nas suas macrorregiões com serviços de alta complexidade e ser campo de práticas de ensino. Tais critérios basearam-se na hipótese de que tais hospitais possuem melhores condições estruturais e premência na implantação do Núcleo de Segurança do que hospitais de pequeno porte.

Sem entrar no arcabouço legal que conceitua e caracteriza hospitais de ensino, Brasil (2007b), Barata, Mendes e Bittar (2010) os consideram como recursos de saúde complexos do SUS com investimentos significativos. São serviços importantes para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência à população. Muitas das habilidades e atitudes são adquiridas nos campos práticos e depois disseminados nos ambientes em que os profissionais irão trabalhar. Estudar a segurança do paciente em hospitais que oferecem campos de práticas para o aprendizado traz a possibilidade de identificar o que está sendo feito para adequar os serviços às normas e dá pistas quanto aos processos futuros que serão adotados na assistência aos pacientes.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente foi elaborado e proposto um roteiro para avaliação da estrutura hospitalar voltada para a implantação do NSP a partir da tríade: estrutura, processo e resultado desenvolvida por Donabedian para avaliação de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990).

O roteiro foi desenvolvido a partir da leitura da RDC 36/2013, que instituiu a Política de Segurança do Paciente e estabeleceu a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente e do Relatório da OMS (2012) intitulado “Parceria Africana para a Segurança do Paciente: Análise da Situação sobre a Segurança do Paciente” que sintetiza a política geral adotada pela organização no que diz respeito a segurança do paciente e foi desenvolvida para a avaliação das estruturas hospitalares no Continente Africano (BRASIL, 2013b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

O roteiro (APÊNDICE A), foi desenvolvido em forma de check list, contendo 17 perguntas relacionadas à estrutura, 15 questões voltadas ao processo de trabalho e 5 questões relacionadas aos resultados, que compreende-se como sendo capaz de implantar o Núcleo de Segurança do Paciente.

Foram consideradas três possíveis respostas, sim para existente, não para inexistente e desconheço quando o responsável pela instituição referia não ter conhecimento sobre o assunto.

Foi realizado um estudo piloto, no qual o instrumento foi testado. O tempo de preenchimento do teste foi de 45 minutos.

Na segunda fase, o roteiro foi aplicado nos seis hospitais participante, os dados foram coletados através da observação direta, análise de registros/evidências documentadas e entrevista com o responsável designado pela instituição. As informações coletadas foram validadas pelo informante do serviço.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizado análise descritiva dos dados com o objetivo de resumir as principais características em um conjunto de dados, estes obtidos com coletas das informações, através do roteiro de verificação, repassadas para uma planilha eletrônica Excel, versão 15.0, elaborada especificamente para compor o banco de dados a fim de produzir tabelas e quadros.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, número do parecer 625.980 (ANEXO A), conforme as orientações da Resolução 466/2012 do CONEP.

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em forma de dois artigos científicos.

O Artigo intitulado, "Estratégia de avaliação hospitalar para segurança do paciente: proposta de roteiro" foi produzido conforme orientações da Revista Visa em Debate e está em processo de análise. Foi desenvolvido visando atender ao primeiro objetivo específico, que foi elaborar e propor o roteiro de verificação para avaliação dos serviços de saúde.

O Artigo II intitulado, "Avaliação de hospitais para efetivação da política de segurança do paciente. Uma experiência em Mato Grosso do Sul" foi produzido conforme orientações da Revista Saúde em Debate. O estudo visa atender ao segundo objetivo específico que discute os aspectos da estrutura, processo e resultados dos hospitais para a implantação da Política de Segurança do Paciente.

5.1 ARTIGO I

Estratégia de avaliação hospitalar para segurança do paciente: proposta de roteiro
*Strategy of Hospital evaluation for patient's security: proposal script***Roteiro de avaliação hospitalar**
Script of Hospital evaluation

Juliana do Nascimento Serra¹, Ana Rita Barbieri², Maria de Fátima Meinberg Cheade³.

¹Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: juliana_nascimento_serra@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: ana.barbieri@ufms.br.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: mdfcheade@uol.com.br.

RESUMO

A segurança do paciente é enfoque central das discussões na área da saúde em quase todo o mundo e pode ser estudada como parte das dimensões da qualidade em saúde. No Brasil uma Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2013, obriga os hospitais a implantarem um Núcleo de Segurança do Paciente. Ciente de que resoluções não são suficientes para modificar práticas, este estudo teve por finalidade elaborar um instrumento para uso de organizações hospitalares identificarem os limites e facilidades existentes na estrutura e processos hospitalares voltados à segurança do paciente, tendo como dimensão resultado o núcleo de segurança do paciente implantado e em atividade. Para isso foi construído um esquema teórico baseado na tríade de avaliação proposta por Donabedian. A partir do esquema teórico foi elaborado um roteiro de avaliação com questões extraídas de documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde e ANVISA.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde, Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Patient safety is the central focus for discussions on health area in most parts of the world and can be studied as part of the dimensions of health quality. In Brazil a Resolution of the Board of Directors (RDC) of the National Health Surveillance Agency (ANVISA) in 2013 required hospitals to deploy a Patient Safety Center. Aware that resolutions were not enough to change practice, this study aimed to develop an instrument for use in hospital organizations to identify limitations and facilities in the structure and hospital processes focusing on patient safety, and as a result the patient's security dimension of the core implanted and in development. For this, a theoretical framework based on the assessment triad proposed by Donabedian was built. An evaluation guide was presented with questions drawn from official documents of the World Health Organization and ANVISA.

KEYWORDS: Health Public Policy, Patient Safety; Quality of Health Care; Health Services Evaluation.

Introdução

A segurança do paciente é uma importante discussão no campo das políticas de saúde em praticamente todo o mundo. O tema não é atual, no entanto, está sendo difundido e ganhando relevância devido a pesquisas e descobertas científicas e pela magnitude dos danos causados. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente é conceituada como “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde”. Neste sentido, os sistemas de saúde que diminuem riscos de dano ao paciente (segurança) aumentam a qualidade dos seus serviços^{1,2,3}.

Em 1996, o *Center for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos da América (EUA), implantou precauções padrão para serem adotadas no atendimento de todos os pacientes. No Brasil, a Lei 9.431 de 1997 determinou que as instituições de saúde implantassem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Em 1998, a Portaria nº. 2.616 definiu diretrizes e normas para a prevenção e o controle desses eventos. Mesmo assim, verifica-se no país o não cumprimento das recomendações pelas instituições hospitalares^{4,5,6}.

O ano de 1999 foi de grande importância devido a publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), que expôs o grande número de mortes, em torno de 44.000 a 98.000 mortes/ano, nos hospitais dos EUA decorrentes de erros na assistência à saúde, trazendo à tona o tema como uma questão de saúde pública e o colocando na agenda de gestores e formuladores de políticas de saúde⁷. A magnitude do problema gerou recomendações e a partir daí as instituições em geral passaram a propor programas e estratégias de práticas assistenciais seguras⁸.

No Brasil, mesmo sem sistemas de registro, a avaliação da incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros foi realizada por Mendes et al (2009) que estimou uma taxa aproximada de 7,6% (84 de 1.103 pacientes). O estudo observou que, do total de eventos adversos, 67% foram classificados como evitáveis; sendo os mais frequentes relacionados à cirurgia, seguidos por aqueles associados a procedimentos clínicos^{9,10}.

No Brasil, em 2013, foi editada a Portaria 529 que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente e, no mesmo ano, a RDC 36 estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos hospitais. Os NSP objetivam reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, melhorar a qualidade dos serviços prestados e melhorar a qualidade dos registros^{11,12}.

Para que estratégias de segurança do paciente sejam efetivas, o conhecimento e o cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde compõem condição básica para que as instituições hospitalares possam elaborar planos de qualidade e segurança do paciente, por meio da adoção de protocolos e diretrizes clínicas, com processos e resultados monitorados por indicadores¹³.

Corroboramos que a existência de normas e recomendações definidas nas políticas públicas, por si só, não garantem os resultados esperados, sendo preciso criar condições gerais e sistemas de suporte para melhorar a segurança e a implementação das práticas de segurança no cuidado cotidiano^{8,14}.

A proposta é que com a adoção deste instrumento, os profissionais das instituições hospitalares identifiquem dimensões e aspectos-chave que limitem ou facilitem as ações voltadas à segurança do paciente. Seu uso pode subsidiar a tomada de decisões, seja em ações de educação permanente, na priorização de melhorias na estrutura dos serviços, ou na padronização de materiais e equipamentos e práticas assistenciais.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo elaborar um instrumento em forma de roteiro, para uso nas instituições hospitalares com o propósito de identificar elementos da estrutura e dos processos organizacionais que possam comprometer a implantação do NSP.

Método

Trata-se da construção de um roteiro em forma de instrumento de avaliação da estrutura hospitalar e dos processos de trabalho voltados à implantação do NSP a partir da tríade estrutura, processo e resultado desenvolvida por Donabedian para avaliação de serviços de saúde¹⁵.

Avaliações com tal configuração, permitem localizar problemas para redimensionar as necessidades e com isso subsidiar o planejamento, reordenar ações e otimizar os recursos disponíveis. Tais avaliações tem como um dos objetivos a monitorização da qualidade e a vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos^{15,16}. Permitem uma análise que integra a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos¹⁷.

Quanto à segurança do paciente, a avaliação da estrutura permite identificar a presença de recursos materiais, equipamentos e a área física. A presença, o dimensionamento de profissionais e a existência de cargos e funções voltados à segurança do paciente também são aspectos estruturais

nos serviços de saúde. Incluem recursos financeiros, sistemas de informação e a existência de instrumentos normativos. Sumariamente pode-se afirmar que a estrutura é expressa por todas as condições materiais para desenvolver os propósitos institucionais^{15,16}.

Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que medeia à relação profissional-usuário e com o modo de fazer. É o modo de fazer, são as ações. Os processos envolvem cultura organizacional, práticas de capacitação, educação permanente, uso de protocolos e organização do trabalho^{15,16}.

Já os resultados são as modificações no estado de saúde dos indivíduos em se tratando da assistência médica, na diminuição dos riscos e na promoção da saúde^{15,16}. Os resultados normalmente são medidos por indicadores e são importantes para identificar problemas relacionados aos processos e a estrutura^{18,19}.

O roteiro foi desenvolvido a partir da leitura da RDC 36/2013 que instituiu a Política de Segurança do Paciente e estabeleceu a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente e do Relatório da OMS (2012) intitulado “Parceria Africana para a Segurança do Paciente: Análise da Situação sobre a Segurança do Paciente” que sintetiza a política geral adotada pela organização no que diz respeito a segurança do paciente e foi desenvolvida para a avaliação das estruturas hospitalares no Continente Africano^{11,20}.

O roteiro foi desenvolvido em forma de checklist e considerado três possíveis respostas, sim existente, não existente e desconheço quando o responsável pela instituição não ter conhecimento do assunto. Foi realizado um estudo piloto onde o instrumento foi testado e tem um tempo de preenchimento de 45 minutos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, número do parecer 625.980, conforme as orientações da Resolução 466/2012 do CONEP.

Resultados e Discussão

Para o desenvolvimento do roteiro, foi criado um esquema teórico que segundo Vergaunt gera ações e deve conter regras, mas não é um estereótipo porque a sequência de ações depende dos parâmetros da situação²¹.

Assim, o esquema teórico (Figura 1) apresenta a relação de variáveis interligadas à segurança do paciente com as dimensões estrutura, processo e resultado que influenciam na efetivação do NSP.

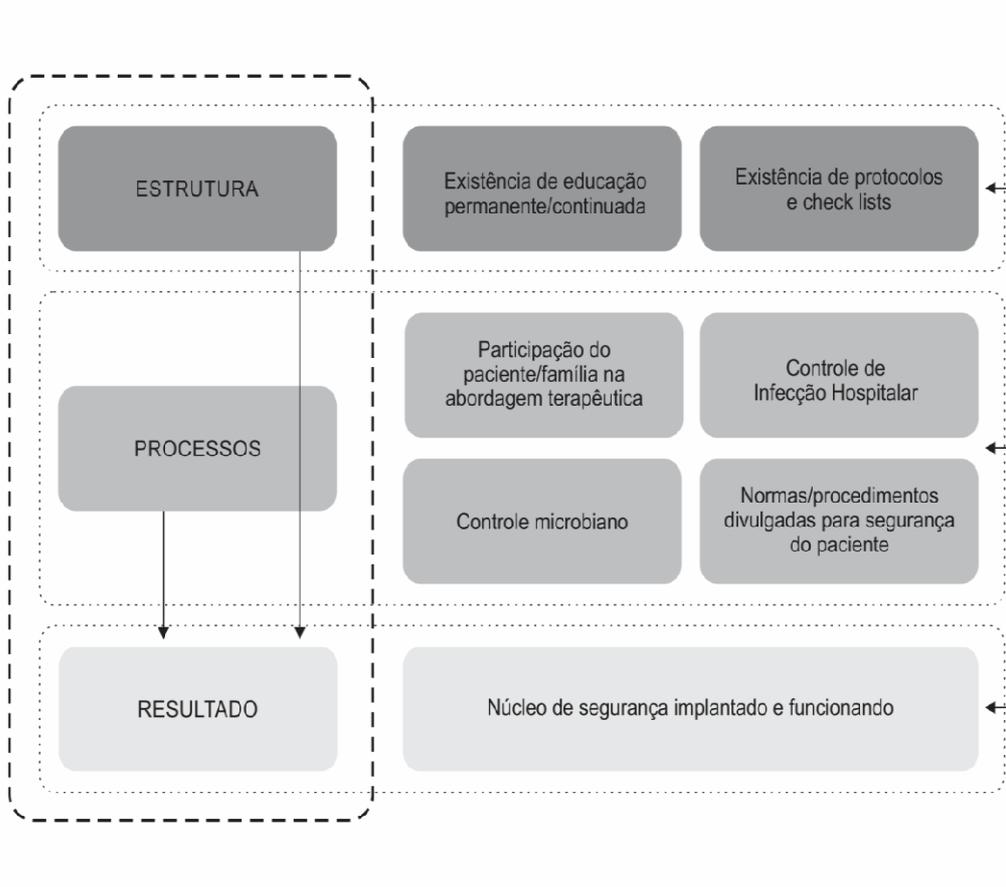


Figura 1. Esquema teórico para elaboração do roteiro de avaliação hospitalar para efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente. Campo Grande, MS, Brasil, 2014.

Dimensão estrutura

A dimensão estrutura é um tema pouco discutido, pelo fato de que em países industrializados, desde seus primórdios, a qualidade de planta física e de equipamentos são razoáveis²².

Todavia Donabedian, afirma que "uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados"¹⁵.

Nos últimos tempos tem aumentado a relevância sobre este tema, levando a *The Commonwealth Fund* estudar sobre o assunto, apresentando o sistema de saúde americano como o mais caro do mundo mas sendo o seu desempenho inferior aos outros países na maior parte das dimensões avaliadas no estudo como acesso, eficiência, equidade, vida saudável²³.

É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade e implementação do Núcleo de Segurança do Paciente, porém, em termos de tendências, a estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade¹⁵.

A partir das variáveis do esquema teórico (Figura 1), o roteiro (Figura 2) é composto por elementos da infraestrutura das instituições necessárias ao programa de segurança do paciente, ou seja, avalia a área física, recursos humanos, incluindo a capacitação dos profissionais, a existência de materiais e a organização dos serviços^{24,25}.

ESTRUTURA			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
Existência de protocolos e checklists	• Existe um organograma para o Hospital?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe um sistema para registrar eventos adversos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existem protocolos/normas/rotinas específicos utilizados para o atendimento ao paciente hospitalar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existem políticas ou normas de procedimento escritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existem listas de verificação (checklist) para procedimentos no hospital?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe uma rotina para a notificação de doenças infecciosas para um sistema de vigilância nacional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existem rotinas para a profilaxia cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe alguma lista ou checklist que aborda a cirurgia segura como temática?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe algum mecanismo para registrar complicações resultantes das cirurgias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe algum sistema de registro de efeitos adversos ou erro de medicação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
Existência de educação permanente/continuada	• Existem comissões no hospital?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Pronto-atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Reprocessamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Padronização de Produtos e Materiais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Educação Permanente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Curativo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe Comissão de Medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe um plano estratégico de educação permanente no hospital?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existem computadores para gerenciar as informações do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• O prontuário do paciente é informatizado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe fornecimento de sabão para todo o hospital sem interrupção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe fornecimento de folhas individuais de papel toalha para todo o hospital sem interrupção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	
	• Existe fornecimento de preparações alcoólicas para higienização das mãos para todo o hospital sem interrupção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece	

Figura 2. Questões desenvolvidas no roteiro para análise das variáveis da dimensão estrutura para efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente. Campo Grande, MS, Brasil, 2014.

Para organização de um Núcleo de Segurança do Paciente, se faz necessário entender onde o núcleo se encontra localizado no organograma do hospital e conseqüentemente qual o poder decisório e normativo de suas ações, pois se as estruturas organizacionais estiverem desalinhadas e disfuncionais não custarão apenas dinheiro, mas também serão um obstáculo à estratégia, dificultando o processo decisório. Merhy & Cecilio (2003) afirmam que o hospital precisa ser, cada vez mais, pensado a partir de uma construção teórica mais elaborada e que de alguma forma tente superar as insuficiências e lacunas que temos herdado do paradigma estrutural-funcionalista²⁶.

Diante de organograma estruturado, se faz necessário à existência de comissões, pois estas quando implementadas e em funcionamento, viabilizam o desenvolvimento do NSP, considerando

que o hospital é uma organização complexa e com alta interdependência, ou seja, não é constituído de serviços independentes e isolados. Assim, para que o mesmo proporcione segurança ao paciente é preciso um bom padrão de qualidade em todos os setores²⁷.

Quando existentes e implementadas, algumas comissões podem viabilizar protocolos exigidos pela RDC 36, sobre notificações e indicadores. Estas atividades por vezes são realizadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou ainda em treinamentos de protocolos. Em recente revisão sistemática, Gouvêa e Travassos (2010) apresentam diversos indicadores de segurança do paciente e concluem que estes indicadores permitem o monitoramento e a realização de comparações visando à orientação de ações de melhoria da qualidade^{11,28}.

A produção de informações em sistemas necessita do uso de tecnologias duras, dentre elas o uso de computadores e software. O prontuário eletrônico do paciente (PEP) pode reduzir em mais de 50% a incidência dos erros de medicação, ainda mais quando adotada a tecnologia de código de barras. O PEP possibilita que as informações sejam apresentadas em uma forma estruturada (dose, via de administração e intervalo), legível e eletronicamente acessível a todos os membros da equipe. Além disso, os profissionais de saúde podem facilmente verificar as interações medicamentosas, erros posológicos, efeitos colaterais e reações alérgicas, criando uma barreira de segurança contra os eventos adversos²⁹.

A recente política da segurança do paciente determina a obrigatoriedade de implantação do checklist cirúrgico, com o objetivo de diminuir eventos adversos cirúrgicos, pois dados estimados por Weiser et al. apontam que 234 milhões de procedimentos cirúrgicos foram realizados no mundo no ano de 2004, um para cada 25 pessoas vivas, resultando em dois milhões de mortes nesses procedimentos e sete milhões de complicações, sendo 50% evitáveis. Em recente estudo feito no Brasil, o uso checklist mesmo apresentando problemas em sua implementação, é uma das principais barreiras para eventos adversos garantindo a segurança do paciente^{11,30}.

As listas de verificação de segurança são ferramentas efetivas para melhorar a segurança do paciente em diversos ambientes de cuidado, aumentando a adesão às diretrizes, melhorando os fatores humanos e reduzindo a incidência de eventos adversos, a mortalidade e a morbidade³¹.

As últimas questões tratam do cuidado para o controle de eventos adversos em infecção hospitalar, e as suas condições ideais para a realização deste procedimento, pois segundo a OMS, as condições mínimas para as estratégias de melhorias da higienização das mãos (HM) são: a disponibilização de preparação alcoólica no ponto de assistência, acesso a suprimento de água segura, fornecimento ininterrupto de sabonete e papel toalha, treinamentos e instruções frequentes,

observação, feedback dos indicadores, lembretes no local de trabalho, e clima de segurança institucional. Um recente estudo em um hospital, atestou que, mesmo com taxa de conformidade maior que 80% de infraestrutura para HM, a interrupção dos insumos reduz a adesão dos profissionais ao protocolo³².

É importante destacar, que o gerenciamento focado na qualidade preza pela satisfação de padrões de excelência e pelo atendimento das expectativas dos clientes internos e externos, o que exige ousadia para que sejam implementadas mudanças institucionais que se iniciam com frequência, nos aspectos estruturais dos serviços. Isto se deve ao fato de que a dimensão estrutura, quando comparada ao processo e ao resultado, traz efeitos mais imediatos e visíveis, pois proporcionam um clima de motivação na organização e favorece a continuidade na promoção de melhorias nas demais dimensões³³.

Dimensão processo

De um modo mais amplo o processo abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, sendo que através dessas relações é que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo^{25,34}.

No estudo do processo a avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros médicos utilizando critérios estabelecidos para análise da eficácia^{24,25}.

Conforme as variáveis identificadas no esquema teórico (Figura 1), a análise do processo (Figura 3) irá observar as atividades voltadas à assistência, ao modo de assistir ao paciente, com o uso de protocolos dirigidos ao controle de infecção e os aspectos na relação entre profissionais e pacientes durante todo o período do atendimento^{25,34,35}.

PROCESSO			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
Controle de Infecção Hospitalar	▪ Existe uma pessoa responsável ou coordenador que lidere as atividades do PCI?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe uma equipe ou comitê multidisciplinar para PCI?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ As estratégias e metas para PCI estão definidas?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ A equipe de PCI está representada em comitês ou reuniões do hospital?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
Controle microbiano	▪ Existe um médico/enfermeiro designado especificamente para as atividades de PIC no hospital?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Há lembretes sobre higiene das mãos e outros temas relacionados a prevenção e controle da infecção nas áreas destinadas aos pacientes?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ O hospital conta com um serviço de microbiologia?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existem rotinas/protocolos para o uso de medicamentos antimicrobiano?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
Normas/Procedimentos divulgados para segurança do paciente	▪ Existem registros para a dispensação de antibióticos?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existem dados disponíveis sobre a resistência antimicrobiana do ano passado?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Já existe alguma norma/protocolo/rotina relacionada com a segurança do paciente que foi utilizada para a criação da política hospitalar?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ As decisões das Comissões existentes são divulgadas?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe algum mecanismo para informar pacientes e famílias sobre a segurança do paciente?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe algum mecanismo no hospital para pacientes e familiares relatarem sobre assuntos relacionados com a segurança do paciente?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ As recomendações do farmacêutico estão documentadas no prontuário dos pacientes?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
Participação do paciente/família na abordagem terapêutica	▪ Utiliza informações das Comissões para ações de educação permanente?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Desenvolve um plano de ações de educação permanente na instituição?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe uma declaração ou carta de direitos do paciente?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe algum mecanismo dentro do hospital para informar os pacientes sobre		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece
	▪ Existe algum sistema (formulários e protocolos para obter o consentimento do paciente antes dos procedimentos)?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhece

Figura 3. Questões desenvolvidas no roteiro para análise das variáveis da dimensão processo para efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente. Campo Grande, MS, Brasil, 2014.

A efetivação de normas e rotinas garantem um processo de cuidado seguro ao paciente, porém o que ainda se encontra é a falta de implementação destas normas e rotinas. Em recente estudo foram analisados nove milhões de incidentes de segurança do paciente notificados na Inglaterra e no País de Gales entre novembro de 2003 e maio de 2013. As notificações eram ligadas à administração de alcalóides da vinca em pacientes que também estavam recebendo medicação intratecal sendo observado e classificado as falhas identificadas na adesão às diferentes etapas do protocolo, assim um processo seguro é uma estruturação de dimensões de estrutura e de processo efetivos³⁶.

Um estudo demonstrou que os fatores organizacionais desempenham um papel importante no êxito ou fracasso de uma iniciativa para redesenhar um processo. As rotinas organizacionais podem prejudicar a implementação de uma iniciativa se esta modificar amplamente as rotinas dos prestadores envolvidos. Na implementação de uma iniciativa de redesenho, é preciso dar atenção não só às características dos prestadores, como também ao processo de desaprender as rotinas organizacionais existentes³⁷.

Assim intervenções como treinamento de equipes realizado em sala de aula ou baseadas em simulações, são capazes de melhorar os processos de trabalho em equipe (p.ex., comunicação,

coordenação e cooperação), e sua implementação pode estar associada a melhorias nos resultados relacionados à segurança do paciente. Um estudo de revisão evidenciou mudanças estatisticamente significativas nos comportamentos, processos ou condições emergentes ligadas ao trabalho em equipe, melhorias significativas nos processos clínicos de cuidado e nos resultados como mortalidade e morbidade com a implantação de ações educativas. Porém os maiores efeitos foram provocados por pacotes de intervenções para o treinamento de equipes que utilizaram ferramentas e mudanças organizacionais para promover a sustentação e a transferência de competências de trabalho em equipe para a prática diária³⁸.

Sobre a segurança institucional, ressalta-se a importância de definir objetivos claros e ambiciosos para a prestação de um cuidado de alta qualidade. As organizações devem colocar o paciente no centro de tudo o que fazem, obter informações válidas, concentrar-se em melhorar os sistemas organizacionais e fomentar a cultura de segurança. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde se sintam valorizados, respeitados, engajados e apoiados³⁹.

O paciente e/ou a família é peça fundamental para garantir a segurança do paciente através do desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura. Esta participação do paciente, deve se manter em todas as áreas da segurança e da atenção à saúde, que inclui indagar sobre suas preferências, promover o seu relacionamento com a equipe de saúde, elaborar materiais sobre segurança do paciente, criar comitês de aconselhamento para as famílias, formular políticas e pleitear mudanças por meio de parcerias com agências reguladoras e de acreditação⁴⁰.

Dimensão resultado

A avaliação desta dimensão segundo Donabedian é o que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém, ela sofre a interferência de inúmeros fatores¹⁵.

Nesta etapa da avaliação verificam-se as mudanças, relacionadas com conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência^{15,24,25,34}.

É o resultado que serve de indicador para avaliação indireta da qualidade e ele torna-se relevante por ser o responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo^{15,19}.

Como resultado (Figura 4) espera-se mudanças relacionadas ao funcionamento de serviços voltados à segurança e ao estado de saúde do paciente com manutenção de densidade de eventos adversos do tipo infecções hospitalares baixas^{15,25,34}.

RESULTADO

Núcleo de segurança do paciente implantado e funcionando

- Existe um plano estratégico de gestão para o hospital? Sim Não Desconhece
- Existe algum programa no hospital que promova a melhoria da qualidade dos serviços? Sim Não Desconhece
- Existe Núcleo de segurança do paciente implantado? Sim Não Desconhece
- Já existe um profissional qualificado para a segurança do paciente? Sim Não Desconhece
- Existe um profissional ou (grupo) especificamente responsável pela segurança de medicamentos? Sim Não Desconhece

Figura 4. Questões desenvolvidas no roteiro para análise das variáveis da dimensão resultado para efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente. Campo Grande, MS, Brasil, 2014.

Para esta dimensão, espera-se como resultado o núcleo de segurança do paciente implantado e funcionando. Este consiste em um processo dinâmico, contínuo e crucial para a boa governança dos serviços de saúde, pois o NSP é a instância responsável pelo diagnóstico, priorização, gestão dos riscos e notificação dos incidentes, o que contribui para o fortalecimento do sistema o tornando mais seguro para o cuidado em saúde⁴¹.

A melhoria da qualidade e segurança do paciente só será sustentável se houver atenção em todos os níveis de dimensão, e para sustentar os esforços e gerar impacto na organização como um todo, é preciso que os membros da alta direção, gerências e profissionais demonstrem maior engajamento na segurança do paciente⁴².

Vale destacar que o estudo apresenta uma fragilidade no que diz respeito ao seu conteúdo não ser validado, apenas ter as questões extraída de políticas já instituídas.

Outro aspecto que merece atenção é que o roteiro/instrumento deve ser adaptado às diferentes realidades encontradas nas instituições hospitalares, um aspecto relevante é que não possui escore para aferir o grau de efetivação da política de segurança do paciente, somente aponta as conformidades e não conformidades.

Conclusão

O roteiro apresentado proporciona uma coleta de informações, utilizando predominantemente uma abordagem que evidencia as conformidades e não conformidades, sendo

simples o bastante à ponto de permitir uma visão geral das diversas áreas relevantes para a segurança do paciente em um hospital.

Acreditamos que o roteiro desenvolvido neste estudo, para conhecer a instituição hospitalar a partir da tríade estrutura, processo e resultado, possa ser utilizado como uma estratégia de avaliação para identificar as fragilidades, apoiar mudanças, estimular a coerência das decisões e estratégias adotadas, contribuindo assim para a efetiva implantação e funcionamento da política de segurança do paciente.

Referências

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado 2014 Jan 20]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
2. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TV, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality Health Care* [serial on the Internet] 2009 [cited 2014 Jun 10]; 21(1):18-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>
3. Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.
4. Belela-Anacleto ASC, Sousa BEC, Yoshikawa JM, Avelar AFM, Pedreira MLG. Higienização das mãos e a segurança do paciente: Perspectiva de docentes e universitários. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2013 Out-Dez [acessado 2014 Ago 12]; 22(4):901-8. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/e22-901.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n o 2616, de 12 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial da União*. 13 mai 1998.
6. Brasil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. *Diário Oficial da União*. 07 jan 1997.

7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3rd ed. Washington: *National Academy of Institute of Sciences*; 2000.
8. Santana HT et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária-uma reflexão teórica. *Vig Sanit Debate* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2014 Dez 12]; 2(2):34-42. Disponível em: <http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/124>
9. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality Health Care* [serial on the Internet] 2009 [cited 2014 Jan 10]; 21(4):279-284. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279>
10. Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJJA, Koopmans RP. A Comprehensive Overview of Medical Error in Hospitals Using Incident-Reporting Systems, Patient Complaints and Chart Review of Inpatient Deaths. *PLoS ONE* [serial on the Internet] 2012 [cited 2014 Jan 10]; 7(2):11-25. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031125>
11. 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*. 26 jul 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 23 abr 2013.
13. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente* [internet]. Brasília : Ministério da Saúde; 2013 [acessado 2014 Fev 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
14. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. [Internet] Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011 [acessado 2014 Mar 10]. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
15. Donabedian A. *The seven pillars of quality*. Archives of Pathology and Laboratory Medicine; 1990.
16. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: *Oxford University Press*; 2003.
17. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade* 2011; 4(20):927-34.

18. Acurcio FA. Avaliação da qualidade de serviços de saúde. *Saúde em Debate* 1991; 33:50-3.
19. Paganini JM. *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado*. Washington (USA):OPS; 1993.
20. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Parceria Africana para a Segurança do Paciente. Análise da Situação sobre a Segurança do Paciente (formulário longo)* [Internet]. 2012. [acessado 2013 Nov 10]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improv_PS_Situational_Analysis_LF_2012_07_PT.pdf
21. Vergnaud G. A trama dos campos conceituais na construção dos conhecimentos. *Revista do GEMPA* 1996; 4:9-19.
22. Azevedo AC. Avaliação de desempenho dos serviços de saúde. *Rev Saúde Pub* 1991; 25: 64-71.
23. Davis K, Stremikis K, Squires D, Shchoen C. *Mirror, mirror on the wall: How the performance of the US Health Care System compares internationally*. The Commonwealth Fund; 2014.
24. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* 1994;10(1):80-91.
25. Pertence PP, Melleiro MM. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. *Revista da escola de enfermagem da USP* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2014 Jan 10]; 44(4):1024-1031. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400024&script=sci_arttext
26. Merhy EE, Cecilio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate* 2003; 27(64):110-122.
27. ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação; 2006.
28. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(6):1061-1078.
29. Fumis RR, Costa EL, Martins PS, Pizzo V, Souza IA, Schettino GP. A equipe da UTI está satisfeita com o prontuário eletrônico do paciente? *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2014 Jan 10]; 26(1):1-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n1/0103-507X-rbti-26-01-0001.pdf>
30. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(1):137-148.

31. Thomassen O, Storesund A, Softeland E, Brattebo G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand* [serial on the Internet] 2014 [cited 2014 Nov 10]; 58(1):5-15. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>
32. Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2014 Dez 10]; 35(1):70-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472014000100070&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
33. Silva LG, Matsuda LM, Waidman MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2014 Dez 10]; 21(2):320-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2>
34. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev bras enferm* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2014 Dez 10]; 59(1):84-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>
35. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RR. Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Quality e Safety* [serial on the Internet] 2013 [cited 2014 Nov 10]; 22(7):554-562. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23447658>
36. Franklin BD, Panesar SS, Vincent C, Donaldson LJ. Identifying systems failures in the pathway to a catastrophic event: an analysis of national incident report data relating to vinca alkaloids. *BMJ Qual Saf* [serial on the Internet] 2014 [cited 2014 Nov 10]; 23:765-772. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24643293>
37. Van Leijen-Zeelenberg JE, et al. Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: results from a multiple case study. *BMC Health Serv Res* [serial on the Internet] 2014 [cited 2014 Nov 10]; 14(149). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/149>
38. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* [serial on the Internet] 2013 [cited 2014 Nov 10]; 23:359-372. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/02/05/bmjqs-2013-001848.full.pdf>
39. Dixon-Woods M, et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* [serial on the Internet] 2014; 23:106-115. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/08/28/bmjqs-2013-001947.full>

40. World Health Organization, *World Alliance for Patient Safety*. Forward programme. 2008-2009.
41. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa; 2014.*
42. Health Foundation. *Learning report: Safer Patients Initiative*. Londres; 2011.

5.2 ARTIGO II

Avaliação de hospitais para efetivação da política de segurança do paciente: Uma experiência em Mato Grosso do Sul.

Juliana do Nascimento Serra¹, Ana Rita Barbieri², Maria de Fátima Meinberg Cheade³.

¹Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: juliana_nascimento_serra@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: ana.barbieri@ufms.br.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: mdfcheade@uol.com.br.

RESUMO

No Brasil, em 2013, foi instituída a Política Nacional de Segurança do Paciente, e posteriormente o país estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais. Este estudo teve por objetivo avaliar os hospitais de Mato Grosso do Sul para a implantação da política de segurança do paciente. Realizou-se um estudo transversal nos seis hospitais de referência de Mato Grosso do Sul em suas quatro grandes regiões de saúde, sendo utilizado um roteiro de verificação contendo as três categorias avaliativas propostas por Donabedian. O resultado evidenciou fragilidades em todas as categorias avaliadas. Na categoria estrutura, constatou-se que em média, na macrorregião de Três Lagoas existem mais protocolos implantados, porém protocolos importantes como os de profilaxia cirúrgica, checklist de verificação de cirurgias, notificações de complicações cirúrgicas e eventos adversos não existem em todas as instituições avaliadas. Em relação à categoria processo, os resultados demonstram que em média na macrorregião de Campo Grande há melhor conformidade dos processos, diferenciando assim, os hospitais da capital e do interior. Na categoria resultado, a macrorregião de Três Lagoas possui o NSP implantado, no entanto, não têm os seis protocolos previstos. Conclui-se que apenas a existência de portarias e leis não garantem sua efetiva aplicação ou melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

Introdução

A implementação de políticas e programas de saúde encontram muitos obstáculos e em sua maioria não transcorrem como previsto no decorrer da sua implantação. Diante de tal limitação, os gestores podem lançar mão de ferramentas de avaliação para proceder a correção e aperfeiçoamento dos programas e ações. Avaliar é, sobretudo, aprender com a realidade. É entender as causas que levaram aos acertos, ou de modo oposto, deram errado; é compreender o que deveria ser feito para contornar as dificuldades e alcançar os objetivos previstos (DALFIOR; ANDRADE; LIMA, 2014; DEMO, 2008).

No campo das políticas de saúde, um debate com contornos internacionais tem sido a segurança do paciente devido à magnitude social e econômica dos danos causados. No Brasil em 2013 foi editada a Portaria 529 que instituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente, definindo ações e metas. No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 estabeleceu a obrigatoriedade de implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais objetivando reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, melhorar a qualidade dos serviços prestados, promover o registro e aprimorar a sua qualidade (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente seis protocolos básicos: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas. Os protocolos têm por objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde públicos e privados, visando orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

Para avaliação em saúde um dos modelos mais utilizados é a classificação das abordagens desenvolvido por Donabedian (1978), que concebeu um referencial teórico sistêmico pautado na tríade “estrutura-processo-resultados”. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes envolvendo a organização do trabalho; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1990).

Apesar dos diversos benefícios da avaliação em saúde, a institucionalização da lógica avaliativa ainda não atingiu o cotidiano de todas as instâncias que tomam decisões. Neste sentido, algumas políticas pontuais foram criadas para apoiar a institucionalização da avaliação como o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o Programa de Melhoria da Qualidade e outros focados nos serviços hospitalares (FERNANDES, 2011). A publicação de diretrizes e manuais para avaliação no SUS de forma sistemática pode auxiliar os gestores neste processo, ofertando instrumentos, além de garantir recursos financeiros (BROUSSELLE; CONTRADRIOPOULOS; HARTZ, 2011; FELISBERTO, 2006).

Com vistas às recomendações atuais e a escassez de estudos nacionais no contexto da segurança do paciente, este estudo tem por objetivo avaliar os hospitais de Mato Grosso do Sul para a implantação da Política de Segurança do Paciente.

Método

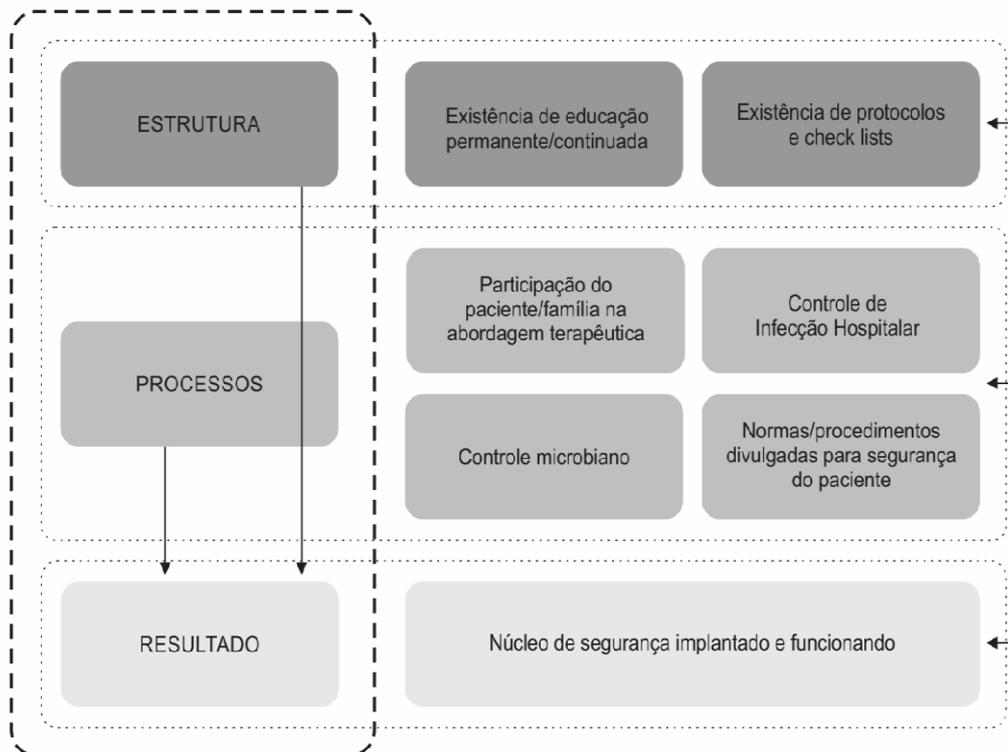
Trata-se de um estudo transversal nos seis hospitais de referência de Mato Grosso do Sul em suas quatro grandes regiões de saúde, assim distribuídos: 3 hospitais na macrorregião de Campo Grande, um hospital na macrorregião de Corumbá, um na macrorregião de Dourados e um na macrorregião de Três Lagoas.

Mato Grosso do Sul localiza-se no sul da Região Centro-Oeste do Brasil. Limita-se com cinco estados brasileiros: Mato Grosso (norte), Goiás e Minas Gerais (nordeste), São Paulo (leste) e Paraná (sudoeste); e dois países sul-americanos: Paraguai (sul e sudoeste) e Bolívia (oeste). Sua área é de 357 145,532 km². Com uma população de 2 619 657 habitantes em 2014, Mato Grosso do Sul é o 21º estado mais populoso do Brasil. A capital, Campo Grande é a cidade mais populosa e conta com aproximadamente 790.000 habitantes. Outros municípios com população superior a cem mil habitantes são Dourados, Três Lagoas e Corumbá (IBGE, 2014).

Os critérios utilizados para a seleção dos hospitais foram: possuir leitos de terapia intensiva, ser hospital de referência nas suas macrorregiões com serviços de alta complexidade e ser campo de práticas de ensino. Tais critérios basearam-se na hipótese de que tais hospitais possuem melhores condições estruturais e premência na implantação do Núcleo de Segurança do que hospitais de pequeno porte. Todos aceitaram participar do estudo. A coleta de dados foi realizada entre os fevereiro e junho de 2014.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um roteiro de verificação contendo as três categorias avaliativas propostas por Donabedian (Figura 1), estrutura-processo-resultado com três possíveis respostas: sim para existente, não para inexistente e desconheço para quando o responsável não souber responder a questão.

Figura 1. Esquema teórico para elaboração do roteiro de avaliação hospitalar para efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente. Campo Grande, MS, Brasil, 2014.



A categoria estrutura foi composta de duas variáveis: existência de protocolos e listas de verificação contendo 10 questões e existência de política de educação permanente contemplada com 15 questões. A categoria processo continha quatro variáveis: controle de infecção hospitalar (seis questões), controle microbiano (quatro questões), normas e procedimentos divulgados aos pacientes e familiares (sete questões) e participação da família na abordagem terapêutica (três questões). A categoria resultado tinha como variável o Núcleo de Segurança implantado e em funcionamento e para isso o roteiro era composto por cinco questões.

Realizou-se a coleta de dados através da observação direta, análise de registros/evidências documentadas e entrevista com o responsável designado pelas instituições hospitalares. Após o término da coleta, as informações foram validadas pelo informante do hospital.

Os resultados foram analisados tendo como parâmetro a RDC 36 e os limites e potencialidades de cada instituição foram identificados considerando as categorias da tríade avaliativa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Parecer 625.980.

Resultados

As seis instituições participantes são hospitais públicos (três) e filantrópicos (três) conveniados ao SUS localizados nas sedes das macrorregiões de saúde (Figura 2): Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

Figura 2. Caracterização das instituições hospitalares participantes. Mato Grosso do Sul, 2015

Instituições por macrorregião	Tipo	Nº leitos	Nº leitos UTI adulto
Campo Grande A	Privado/Filantrópico	464	57
Campo Grande B	Público	248	19
Campo Grande C	Público	190	16
Dourados	Público	187	15
Corumbá	Privado/Filantrópico	126	7
Três Lagoas	Privado/Filantrópico	115	10

Fonte: CNES/DATASUS

Para a categoria estrutura, todas as instituições referiram ter um plano estratégico de gestão, além de organograma e os apresentaram. Para o desenvolvimento da política institucional apenas um hospital afirmou não utilizar alguma norma/protocolo relacionada à segurança do paciente para a sua criação.

Figura 3. Avaliação das variáveis investigadas quanto à categoria estrutura instituídas nos hospitais de referência de Mato Grosso do Sul para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Categoria estrutura				
	Existência de protocolos e checklist. n=10		Existência de educação permanente/continuada. n=15	
	N	%	N	%
Campo Grande A	8	80	14	93,3
Campo Grande B	10	100	14	93,3
Campo Grande C	5	50	11	73,3
Corumbá	6	60	12	80
Dourados	6	60	14	93,3
Três Lagoas	8	80	14	93,3

No que diz respeito à estrutura (Figura 3), das dez questões voltadas a existência de protocolos e checklists e das quinze para a existência de educação permanente/continuada observa-se que os resultados apontam maior conformidades na macrorregião de Três Lagoas. Os protocolos não implantados referem-se aos de profilaxia cirúrgica, checklist de verificação de cirurgias, notificações de complicações cirúrgicas e eventos adversos. Já o único protocolo que foi comum em todas as macrorregiões foi o de notificações de doenças infecciosas transmissíveis e não transmissíveis ao sistema de vigilância nacional.

Ainda na categoria estrutura, sobre as principais comissões, todas as quatro macrorregiões de saúde não possuíam todas as comissões necessárias: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbitos, Comissão de Prontuários, Comissão de Reprocessamento, Comissão de Padronização de Produtos e Materiais, Comissão de Educação Permanente, Comissão de Curativos e Comissão de Medicamentos. Nas macrorregiões de Três Lagoas, Corumbá e em um hospital da macrorregião de Campo Grande não havia a Comissão de Reprocessamento. Não há Comissão de Curativos na macrorregião de Campo Grande e a Comissão de Educação Permanente não foi instituída na macrorregião de Dourados.

Sobre o gerenciamento de informações e a existência de computadores estes estão presentes em Dourados, Três Lagoas e em dois hospitais da macrorregião de Campo Grande. Porém, na macrorregião de Corumbá e em um hospital da macrorregião de Campo Grande estas duas variáveis não se encontram presentes, o que compromete a implantação do prontuário eletrônico nestas duas macrorregiões citadas acima.

Figura 4. Avaliação das variáveis investigadas quanto aos processos de trabalho instituídos nos hospitais de referência de Mato Grosso do Sul para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Categoria processo								
	Controle de infecção hospitalar. n=6		Controle microbiano. n=4		Normas e procedimentos divulgados aos pacientes e familiares. n=7		Participação da família na abordagem terapêutica. n=3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Campo Grande A	6	100	4	100	4	57	2	66,6
Campo Grande B	6	100	4	100	5	71,4	2	66,6
Campo Grande C	6	100	4	100	4	57	2	66,6
Corumbá	6	100	3	75	4	57	1	33,3
Dourados	4	66,6	4	100	3	42,8	3	100
Três Lagoas	6	100	2	50	4	57	1	33,3

No que diz respeito ao processo (Figura 4), das seis questões voltadas ao controle de infecção hospitalar, das quatro de controle microbiano, das sete sobre normas e procedimentos divulgados aos pacientes e familiares e das três sobre a participação da família na abordagem terapêutica observa-se que os resultados apontam que na macrorregião de Campo Grande há melhor conformidade dos processos.

Na variável controle de infecção hospitalar, todos hospitais dispõem de coordenador e equipe multidisciplinar com responsabilidades definidas e profissional em tempo integral seja médico ou enfermeiro. Entretanto, a representação em outros comitês ou comissões não estão definidas na macrorregião de Dourados. O controle microbiano esbarra na falta do serviço de microbiologia na macrorregião de Corumbá.

A variável que envolve a participação do paciente e familiares não está instituída nas macrorregiões de Campo Grande, Corumbá e Três Lagoas. Apenas em Dourados que observou-se a implantação três itens avaliados na variável, sendo estes, existência de uma declaração ou carta de direitos do paciente, existência de mecanismos dentro do hospital para informar os pacientes sobre os seus direitos (folhetos, cartazes) e por fim, existência de algum sistema (formulários e protocolos) para obter o consentimento do paciente antes dos procedimentos. Porém mesmo não instituídas todos os itens desta variável, nas macrorregiões de Corumbá e Três Lagoas, em Três Lagoas foi instituído um sistema de formulário para obter o consentimento do paciente antes dos

procedimentos e em Corumbá o hospital dispõe de folhetos e cartazes para informar os pacientes sobre os seus direitos.

Figura 5. Avaliação das variáveis investigadas quanto a categoria resultado instituídas nos hospitais de referência de Mato Grosso do Sul para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Categoria resultado		
	Núcleo de segurança implantado e funcionando. n=5	
	N	%
Campo Grande A	3	60
Campo Grande B	5	100
Campo Grande C	4	80
Corumbá	3	60
Dourados	3	60
Três Lagoas	5	100

No que diz respeito ao resultado (Figura 5), ou seja, Núcleo de Segurança do Paciente implantado e funcionando, a macrorregião de Três Lagoas o tem implantado, no entanto, não têm os seis protocolos previstos.

De todas as macrorregiões, apenas Dourados ainda não possuía Núcleo de Segurança do Paciente, porém o mesmo ainda apresentava alguns protocolos básicos de segurança implantado. Ainda sobre os protocolos de segurança nenhuma macrorregião possuía todos os protocolos implantados.

Em todos os hospitais de referência das macrorregiões há um plano estratégico de gestão. Metade dos hospitais possuem programas de melhorias e estão participando de um processo de acreditação ou avaliação externa com foco na qualidade da assistência.

Apenas uma instituição ainda não estava com NSP implantando. Não há profissionais habilitados em segurança apenas na macrorregião de Corumbá. Entretanto, todas as macrorregiões possuem profissionais para que executem os protocolos de segurança do paciente.

Discussão

Melhorar a segurança do paciente é objetivo mundial, uma vez que a falta dela, acarreta lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento do tempo de internação e aumento dos custos hospitalares. Assim, o registro dos eventos adversos residem na indicação de falhas na segurança do paciente, refletindo o marcante distanciamento entre o cuidado real e o

cuidado ideal. Muitas iniciativas, focando a segurança do paciente, têm sido tomadas em todo o mundo, mas ainda há necessidade de mais pesquisas para determinar intervenções de custo mais efetivo, para criar sistemas mais seguros e o cuidado, livre de perigos, ao paciente (MENDES et al., 2009).

Os resultados desta pesquisa apontaram que, mesmo com o NSP implantado, protocolos ainda não foram implantados, equipes não foram constituídas e a educação dos profissionais ainda não provocou mudanças no processo de trabalho demonstrando que a exigência de constituir um NSP foi anterior às mudanças nas rotinas dos hospitais estudados.

Sobre implementação de novos protocolos e rotinas, estudo publicado em 2014 demonstrou que as rotinas organizacionais podem prejudicar a implementação de uma iniciativa se esta modificar amplamente as rotinas dos prestadores envolvidos, e na implementação de uma iniciativa de redesenho, é preciso dar atenção não só às características dos prestadores, como também ao processo de desaprender as rotinas organizacionais existentes (VAN LEIJEN-ZEELLENBERG et al., 2014). O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar IESS (2013) afirma que o desenvolvimento e implementação de protocolos são considerados como medidas efetivas na redução dos gastos excessivos.

Respalhando a necessidade de investimentos em educação permanente de profissionais de saúde, Flodgren (2013) em estudo de revisão apresenta dados que ilustram a importância das intervenções educacionais que possuem mais de um elemento ativo e que sejam administradas repetidamente com o passar do tempo por profissionais especializados e que sejam concentradas num aspecto do atendimento respaldado por evidências.

Quanto a inserção e participação do paciente e familiares na terapêutica e assistência um recente estudo destacou que os pacientes preferem um processo de discussão de caso no qual a responsabilidade seja clara e inequívoca. O estudo apontou a necessidade dos hospitais terem um sistema de fácil entendimento para envolver o paciente e familiares nas escolhas terapêuticas. Tal processo deve considerar as necessidades e limitações sociais e econômicas do paciente. Observou-se que a participação do paciente esteve fortemente associada a julgamentos favoráveis em relação à qualidade do hospital e reduziu o risco de ocorrência de eventos adversos (FLINK et al., 2012; WEISSMAN et al., 2011).

Ainda em relação a categoria processo, observamos a diferenças entre hospitais da capital e interior, no restante do Brasil, ao contrário, observa-se que a existência dos hospitais de pequeno porte não está relacionada às condições de acesso a centros maiores, mas sim à existência de

municípios de pequeno porte com exceção da Região Norte. Além de formarem a maior parte dos hospitais brasileiros e sua existência não estar relacionada a condições geográficas, resultados do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, estudo do próprio Ministério da Saúde, evidenciaram que, quanto menor o porte hospitalar, menor é o cumprimento à legislação sanitária brasileira e, conseqüentemente, menor a qualidade da atenção prestada (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

E por fim na categoria resultados onde a existência dos núcleos de segurança nas macrorregiões foram quase unanimidade, demonstrou que a exigência por leis garantiu a criação destes, porém com muito quesitos de estruturas e processos não ajustados. Em 2014 estudo apresentou como resultado que a existência de um comitê de qualidade e segurança é um dos elementos que apresentaram associações positivas significativas com a qualidade e segurança do paciente, justificando assim a necessidade de criação e efetivação dos Núcleos de Segurança do Paciente (PARAND; DOPSON; RENZ; VINCENT, 2014).

O desenho desta pesquisa é replicável em diversas instituições hospitalares de saúde e podem envolver profissionais de saúde, gestores e diretores, para detectar questões de segurança e gerar soluções, baseadas na evidência de que se enquadrem aos recursos dos ambientes locais e aqueles dos especialistas.

Conclusão

O presente estudo teve a finalidade de despertar o interesse das instituições hospitalares e sensibilizar diretores, gestores e profissionais de saúde, no sentido de efetivar a proposta de segurança do paciente que poderá servir para melhorias futuras.

O resultado evidenciou fragilidades em todas as categorias avaliadas. Na categoria estrutura, constatou-se que na macrorregião de Três Lagoas existem mais protocolos implantados, porém protocolos importantes como os de profilaxia cirúrgica, checklist de verificação de cirurgias, notificações de complicações cirúrgicas e eventos adversos não existem em todas as instituições avaliadas. Em relação à categoria processo, os resultados demonstram que na macrorregião de Campo Grande há melhor conformidade dos processos, diferenciando assim, os hospitais da capital e do interior. Na categoria resultado, a macrorregião de Três Lagoas possui o NSP implantado, no entanto, não têm a totalidade de protocolos.

A intenção deste estudo é sugerir o uso dessas normas já existentes para inspirar e apoiar os líderes dos hospitais que estão se esforçando para a mais alta qualidade e assistência ao paciente

em suas organizações. As pesquisas de segurança do paciente não são um meio para a melhoria da qualidade por si só, mas são parte de um processo mais amplo de aprendizagem organizacional e melhoria contínua da qualidade, que incorpora de forma contínua o feedback e análise de dados.

A iniciativa apresentada nesta pesquisa, conclui que portarias e leis foram criadas para a Segurança do Paciente no Brasil porém apenas a existência delas não garante sua efetiva aplicação ou melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

Referências

BROUSSELLE, A.; CONTRADRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

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, Brasília, DF, 26 jul. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 abr. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 10 jul. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 25 set. 2013d.

DALFIOR, E. T.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out./dez. 2014.

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. 9 ed. Campinas: Autores associados, 2008.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, Washington, jun.1978.

_____. The seven pillars of Quality. *Archives of pathology and laboratory medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 115-8, nov. 1990

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 533-563, set. 2006.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

- FLINK, M. et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Quality & Safety*, Reino Unido, v. 21, n. 1, p.89-96, out. 2012.
- FLODGREN, G. et al. Interventions to improve professional adherence to guidelines for prevention of device-related infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Reino Unidos, v. 3, mar. 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 13 jan. 2015.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). *Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano*. São Paulo, SP: IESS, 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TD0049Derperdicio.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, vol. 21, n. 4, p. 279–284, ago. 2009.
- PARAND, A. ; DOPSON, S. ; RENZ, A. ; VINCENT, C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, Reino Unido, v. 4 n. 9, set. 2014.
- UGÁ, M. A. D; LÓPEZ, E. M. Os Hospitais de Pequeno Porte e sua Inserção no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 12, p. 915-928, set. 2007.
- VAN LEIJEN-ZEELENBERG, JE. et al. Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: results from a multiple case study. *BMC Health Services Research*, Londres, vol. 14, n. 149, p.1-10, abr. 2014.
- WEISSMAN, J. S. et al. Hospitalized patients participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, vol. 23, n. 3, p. 269-277, fev. 2011.

6 CONCLUSÃO

O roteiro desenvolvido permitiu avaliar as conformidades da estrutura e dos processos hospitalares voltadas para implementação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições que prestam serviços ao SUS nas sedes das regiões de saúde em Mato Grosso do Sul. O roteiro de verificação desenvolvido para conhecermos o hospital a partir da tríade de Donabedian, proporcionou uma coleta de informações utilizando uma abordagem que evidencia as conformidades e não conformidades, que permitiu uma visão geral das diversas áreas relevantes para a segurança do paciente em um hospital. Sugere-se ainda que este roteiro deva ser adaptado às diferentes realidades encontradas nas instituições hospitalares.

No desenvolvimento do estudo foi constatado que há problemas, na estrutura de tais hospitais principalmente no que diz respeito a existência de protocolos. Nota-se que protocolos importantes e exigidos como os de profilaxia cirúrgica, checklist de verificação de cirurgias, notificações de complicações cirúrgicas e eventos adversos não existem em algumas das instituições das macrorregiões pesquisadas, porém na macrorregião de Três Lagoas existem mais protocolos e comissões exigidas, entretanto, não tendo sua totalidade.

Quanto aos processos de trabalho estes estão melhor na macrorregião de Campo Grande onde houve maior conformidade dos processos avaliados, esta categoria evidenciou a grande diferença que existem em instituições no interior e capital.

Quanto ao resultado, Núcleo de Segurança do Paciente implantado e funcionando, a macrorregião de Três Lagoas demonstrou sua implantação, no entanto não tendo a totalidade dos protocolos previstos.

E finalizando, confirmamos a hipótese de que a instituição de leis e normas não garante a efetivação e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente.

Sugerimos a necessidade de investimentos em divulgação, pesquisas, financiamento e treinamento de profissionais para a efetiva implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais estudados. A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente não requer apenas o comprometimento dos profissionais assistenciais mas também do apoio da alta direção da instituição, da universidade enquanto produtora de evidências científicas e responsável pela formação profissional e da vigilância das autoridades sanitárias e dos Conselhos de Classe.

REFERÊNCIAS

ADAMS, K.; CORRIGAN, J. M. Priority areas for national action: transforming health care quality. Committee on identifying priority areas for quality improvement. Institute of medicine. **National Academy Press**, Washington, 2003. Disponível em: <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10593&page=R1>. Acesso em: 30 jul. 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient safety**. 2012. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P>>. Acesso em: 18 junho 2014.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, J.N. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BERWICK, D. M.; CALKINS, D. R.; MCCANNON, C. J.; HACKBARTH, A. D. The 100.000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 295, n. 3, p. 324-27, 2006.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde – Enfoques Emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 11-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 1998. Normas e diretrizes para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 mai. 1998. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 out. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 nov. 2011. Não paginado. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 02 abril. 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jul. 2013b. Não paginado. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ed. Anvisa, 2013c. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CANALES, F. H.; ALVARADO, E.; PINEDA, E. **Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud**. Paltex: México, 2002.

CASSIANI, S. H. B. A Segurança do paciente e o Paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n.1, p. 95-99, ago. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, London, Apr. 1999. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)01075-2/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)01075-2/fulltext#article_upsell)>. Acesso em: 10 jan. 2014.

DIAS, M. A. E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 15-21, ago. 2012.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, Washington, jun.1978.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of Quality. **Archives of pathology and laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 115-8, nov. 1990.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. 5. Ed. New York: Oxford University Press, 2003.

EUA. **Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005**. 2005. Disponível em: <<http://www.pso.ahrq.gov/statute/pl109-41.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

EUA. **Deficit Reduction Act of 2005**. 2006. Disponível em:< <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-109publ171/pdf/PLAW-109publ171.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 533-563, set. 2006.

FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

GOUVÊA, C. S. D; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-78, jun. 2010.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, New York, v. 1, n. 28, p. 10-18, jan. 1999.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Instituto Antonio Houaiss de Lexografia e Banco de dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. 3.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IHI. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **5 Million Lives Campaign**. 2004. Disponível em: <<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/es/5MillionLivesCampaign/Pages/default.asp>>. Acesso em: 08 set. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century. **National Academy Press**, Washington, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. To Err Is Human: Building a Safer Health Care System. **National Academy Press**, Washington, 1999.

KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). To err is human: Building a safer health care system. **National Academy Press**, Washington, 1999. Disponível em: <http://wps.pearsoneducation.nl/wps/media/objects/13902/14236351/H%2007_To%20Err%20Is%20Human.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 523-30, set. 2003.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 393-406, jun. 2005.

MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 354-363, ago. 2006.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 16, p. 746-51, jan. 2008.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, n. 2, p. 21-33, ago. 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 34, p. 547-559, mai. 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: la cirugía segura salva vidas**. Ginebra: Ediciones de la OMS, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Parceria Africana para a Segurança do Paciente**. Análise da Situação sobre a Segurança do Paciente (formulário longo). 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/resources/APPS_Improv_PS_Situational_Analysis_LF_2012_07_PT.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. Hospital Mortality Rates. **Quality of Medical Care - Information for Consumers**, OTA -H-386. Congress of the United States: Office of Technology Assessment. Washington, 1988. p. 71-98.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **27th Pan American Sanitary Conference**. World Health Organization. 59th Session of the Regional Committee. 1-5 October 2007. Washington, DC: OPAS, 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/esp/csp27.r10-s.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2014.

PROADESS/MS. **Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

RUCIMAN, W. B. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 2-8, fev. 2009.

SILVIA, T.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, nov. 2006.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiania, v. 12, n. 3, p.422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

STARFIELD, B. Measurement of outcome: a proposed scheme. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 1-11, set. 2005.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934. mai. 2012.

VICTORA, C.G.; SANTOS, I.S. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 5337-5341, mai. 2004.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2010.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1**: final technical report. Geneva: WHO Press, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 625.980

SV);

para a segunda etapa será a visita às instituições com o uso de um roteiro de verificação elaborado pela autora enfocando a estrutura existente para a implantação de políticas de segurança do paciente.

Assim os dados secundários serão tabulados em planilhas e analisados por hospitais, as observações extraídas do roteiro de visita serão compilados conjuntamente com os indicadores tabulados em um quadro para analisar a estrutura (obtida por meio do roteiro de visita), os processos de trabalho (variáveis I, II, III) e os resultados (variáveis IV, V, VI).

Posteriormente os dados serão classificados por categorias de análise, com escores que indicarão onde estão as dificuldades e as potencialidades dos hospitais para a implantação e efetivo funcionamento dos Núcleos de Segurança dos Pacientes.

Com isso espera-se analisar a situação dos hospitais ambiente, processo e estrutura que irão favorecer a política nacional de segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as condições dos serviços para a implantação da política de segurança do paciente em hospitais que prestam serviços ao SUS na sedes das regiões de saúde em Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

Analisar aspectos da estrutura, processo e resultados dos hospitais para a implantação da política de segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Sem riscos para o hospital, pois não haverá intervenção, e todos os dados como os nomes das instituições serão mantidos em sigilo e os resultados serão apresentados por códigos.

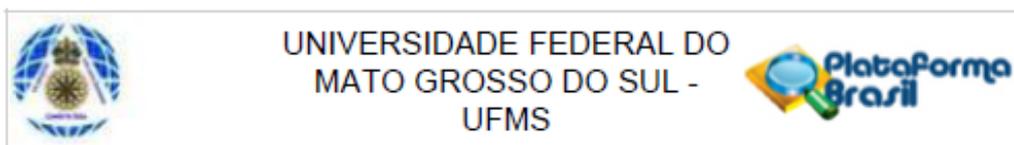
Benefícios:

Os resultados podem ser utilizados pelos gestores estadual e municipais, bem como pelas próprias instituições pesquisadas que terão um retrato da realidade e poderão adotar medidas visando melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevancia científica

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 625.980

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta autorização da Vigilância Sanitária, do hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande, Hospital Regional, Hospital de Tres Lagoas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado às normas do CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 25 de Abril de 2014

Assinador por:
Odair Pimentel Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

APÊNDICE A – ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO

ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO

NOME DO DESIGNADO PARA ACOMPANHAMENTO	Nº FORMULÁRIO	DATA

NOME DO HOSPITAL	REGIÃO DE SAÚDE	CNES

ESPECIALIDADES	
Anestesiologia	
Cardiologia	
Cirurgia geral	
Clínica médica	
Endocrinologia	
Gastroenterologia	
Ginecologia	
Infectologia	
Nefrologia	
Neurologia	
Obstetricia	
Oftamologia	
Oncologia	
Otorrinolaringologia	
Ortopedia	
Pediatria	
Pronto Atendimento	
Psiquiatria	
Terapia intensivista	
Transplante	
Urologia	

TIPO DO HOSPITAL	
Hospital Geral	
Hospital de Ensino	
Hospital Privado	
Hospital Filantrópico	

CARACTERÍSTICAS	
Nº de leitos SUS	
Taxa de ocupação	
Nº de admissões anuais	
Nº total de funcionários	
Nº total de farmacêuticos	
Nº total de enfermeiros	
Nº total de tec/aux enfermagem	
Nº total de funcionários limpeza	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*

ESTRUTURA

Existência de protocolos e checklists

- Existe um organograma para o Hospital? Sim Não Desconhece
- Existe um sistema para registrar eventos adversos? Sim Não Desconhece
- Existem protocolos/normas/rotinas específicos utilizados para o atendimento ao paciente hospitalar? Sim Não Desconhece
- Existem políticas ou normas de procedimento escritos? Sim Não Desconhece
- Existem listas de verificação (checklist) para procedimentos no hospital? Sim Não Desconhece
- Existe uma rotina para a notificação de doenças infecciosas para um sistema de vigilância nacional? Sim Não Desconhece
- Existem rotinas para a profilaxia cirúrgica? Sim Não Desconhece
- Existe alguma lista ou checklist que aborda a cirurgia segura como temática? Sim Não Desconhece
- Existe algum mecanismo para registrar complicações resultantes das cirurgias? Sim Não Desconhece
- Existe algum sistema de registro de efeitos adversos ou erro de medicação? Sim Não Desconhece

Existência de educação permanente/continuada

- Existem comissões no hospital? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Óbito? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Prontoário? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Reprocessamento? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Padronização de Produtos e Materiais? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Educação Permanente? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Curativo? Sim Não Desconhece
- Existe Comissão de Medicamentos? Sim Não Desconhece
- Existe um plano estratégico de educação permanente no hospital? Sim Não Desconhece
- Existem computadores para gerenciar as informações do paciente? Sim Não Desconhece
- O prontuário do paciente é informatizado? Sim Não Desconhece
- Existe fornecimento de sabão para todo o hospital sem interrupção? Sim Não Desconhece
- Existe fornecimento de folhas individuais de papel toalha para todo o hospital sem interrupção? Sim Não Desconhece
- Existe fornecimento de preparações alcoólicas para higienização das mãos para todo o hospital sem interrupção? Sim Não Desconhece

PROCESSO

Controle de Infecção Hospitalar

- Existe uma pessoa responsável ou coordenador que lidere as atividades do PCI? Sim Não Desconhece
- Existe uma equipe ou comitê multidisciplinar para PCI? Sim Não Desconhece
- As estratégias e metas para PCI estão definidas? Sim Não Desconhece
- A equipe de PCI está representada em comitês ou reuniões do hospital? Sim Não Desconhece
- Existe um médico/enfermeiro designado especificamente para as atividades de PIC no hospital? Sim Não Desconhece
- Há lembretes sobre higiene das mãos e outros temas relacionados a prevenção e controle da infecção nas áreas destinadas aos pacientes? Sim Não Desconhece

Controle microbiano

- O hospital conta com um serviço de microbiologia? Sim Não Desconhece
- Existem rotinas/protocolos para o uso de medicamentos antimicrobiano? Sim Não Desconhece
- Existem registros para a dispensação de antibióticos? Sim Não Desconhece
- Existem dados disponíveis sobre a resistência antimicrobiana do ano passado? Sim Não Desconhece

Normas/Procedimentos divulgados para segurança do paciente

- Já existe alguma norma/protocolo/rotina relacionada com a segurança do paciente que foi utilizada para a criação da política hospitalar? Sim Não Desconhece
- As decisões das Comissões existentes são divulgadas? Sim Não Desconhece
- Existe algum mecanismo para informar pacientes e famílias sobre a segurança do paciente? Sim Não Desconhece
- Existe algum mecanismo no hospital para pacientes e familiares relatarem sobre assuntos relacionados com a segurança do paciente? Sim Não Desconhece
- As recomendações do farmacêutico estão documentadas no prontuário dos pacientes? Sim Não Desconhece
- Utiliza informações das Comissões para ações de educação permanente? Sim Não Desconhece
- Desenvolve um plano de ações de educação permanente na instituição? Sim Não Desconhece

Participação do paciente/família na abordagem terapêutica

- Existe uma declaração ou carta de direitos do paciente? Sim Não Desconhece
- Existe algum mecanismo dentro do hospital para informar os pacientes sobre Sim Não Desconhece
- Existe algum sistema (formulários e protocolos para obter o consentimento do paciente antes dos procedimentos? Sim Não Desconhece

RESULTADO

Núcleo de segurança do paciente implantado e funcionando

- Existe um plano estratégico de gestão para o hospital? Sim Não Desconhece
- Existe algum programa no hospital que promova a melhoria da qualidade dos dos serviços? Sim Não Desconhece
- Existe Núcleo de segurança do paciente implantado? Sim Não Desconhece
- Já existe um profissional qualificado para a segurança do paciente? Sim Não Desconhece
- Existe um profissional ou (grupo) especificamente responsável pela segurança de medicamentos? Sim Não Desconhece