

Qualidade de Serviços de Saúde no SUS

Relatório Final

Dezembro 2013

Equipe

Coordenação Geral

Walter Vieira Mendes Júnior

José Noronha

Equipe Técnica

Claudia Travassos

Mônica Martins

Bárbara Caldas

Camila Lajolo

Margareth Crisóstomo Portela

Victor Grabois

Adelia Quadros

Coordenação Editorial

Telma Ruth Pereira

Apoio Administrativo

Carmen Aprato

SUMÁRIO

Apresentação	4
Parte 1 - Uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS	6
Parte 2 - II Seminário Internacional sobre Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	211
Parte 3 - Seminário para discussão e avaliação das experiências nacionais que possam contribuir para gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS	217

APRESENTAÇÃO

O subprojeto “**Qualidade de Serviços de Saúde no SUS**” faz parte do Projeto QualiSUS-Rede e tem como objetivo geral contribuir com uma proposta para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Os objetivos específicos são:

- Conhecer a metodologia de implantação da gestão de qualidade em alguns países;
- Conhecer experiências exitosas de qualidade em serviços de saúde brasileiros que possam contribuir para a construção de uma gestão de qualidade à saúde do SUS;
- Construir uma agenda de discussão sobre os elementos essenciais para a qualidade da atenção à saúde do SUS.

Para execução deste subprojeto foi formado um grupo de profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) e colaboradores do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), vinculado ao ICICT.

A equipe técnica foi formada por: Claudia Travassos, Mônica Martins, Bárbara Caldas, Camila Lajolo, Margareth Portela, Victor Grabois e Adelia Quadros. A coordenação editorial foi organizada por Telma Ruth Pereira e Carmen Aprato foi a assistente administrativa. A coordenação geral do subprojeto coube a Walter Mendes e José Noronha.

Os relatórios que compunham a **meta 1** "Elementos essenciais para a qualidade da atenção à saúde do SUS (rascunho zero)"; a **meta 2** "Iniciativas brasileiras na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde"; e a **meta 3** "Iniciativas Internacionais na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde" foram organizados num único documento. Além dos três documentos mencionados, contribuíram para esse documento único os conteúdos dos dois seminários realizados. O Seminário interno na Fundação Oswaldo Cruz proporcionou as diretrizes para o alinhamento dos elementos essenciais

para a qualidade da atenção à saúde do SUS (**meta 4**), e o Seminário Internacional (**meta 6**) propiciou a discussão e avaliação das políticas internacionais que possam contribuir para gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Esse conjunto de relatórios e conteúdos contribuíram para o documento final (**meta 7**) (Parte 1).

O conteúdo do seminário internacional foi totalmente filmado e gravado e está disponível em um DVD (com legendas de tradução do inglês para o português) com a discussão e as apresentações dos convidados. Tanto o conteúdo do seminário, quanto as apresentações em *power point* estão disponíveis no portal PROQUALIS (Parte 2).

A **meta 5** - Seminário para discussão e avaliação das experiências nacionais que possam contribuir para gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS foi realizado em Brasília com a presença de cerca de 30 convidados da alta gestão do SUS e dos técnicos da Fundação Oswaldo Cruz, responsáveis pelo projeto. (Parte 3).

PARTE 1

Qualidade de Serviços de Saúde no SUS

Uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS

**Referencial Teórico para o Desenvolvimento de uma Política de Qualidade
para o Sistema Único de Saúde**

**Iniciativas Internacionais na Melhoria da Qualidade e Segurança do
Cuidado à Saúde**

**Iniciativas brasileiras na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à
Saúde**

Sumário

Apresentação	8
Lista de Siglas e Abreviaturas	9
Referencial Teórico para o Desenvolvimento de uma Política de Qualidade para o Sistema Único de Saúde	14
Iniciativas Internacionais na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde	101
Iniciativas Brasileiras na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde	153
Considerações Finais	205

Apresentação

Este relatório tem como objetivo apresentar as conclusões relativas ao desenvolvimento das metas 1, 2 e 3 do projeto “Qualidade de Serviços de Saúde no SUS”.

O relatório é composto por três capítulos que enfocam cada uma das metas originais do projeto e ao final tece algumas considerações sobre o contexto teórico e as experiências apresentadas, refletindo sobre como as dimensões da qualidade são trabalhadas no Brasil.

O capítulo “Referencial Teórico para o Desenvolvimento de uma Política de Qualidade para o Sistema Único de Saúde” corresponde ao desenvolvimento e cumprimento da **meta 1** - elementos essenciais para a qualidade da atenção à saúde do SUS.

No capítulo “Iniciativas Internacionais na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde” são apresentadas políticas internacionais relevantes que possam contribuir para gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS, correspondendo à **meta 3**.

A **meta 2** está contemplada no capítulo “Iniciativas brasileiras na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde” constando de levantamento de experiências nacionais relevantes que possam contribuir para gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS.

A acelerada incorporação de tecnologia, nos últimos anos, transformou o trabalho dos profissionais de saúde. Foi nesse contexto que o tema segurança do paciente ganhou importância mundial. No Brasil o Ministério da Saúde, acompanhando a tendência internacional, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente em abril desse ano, política que determinou a ênfase nesse tema no âmbito do presente trabalho.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSQHC	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIHI	<i>Australian Institute of Health Innovation</i>
AIMS™	<i>Advanced Incident Management System</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSF	<i>Australian Patient Safety Foundation</i>
BNF	British National Formulary
CBA	Associação Brasileira de Acreditação
CCHSA	<i>Canadian Council of Health Services Accreditation</i>
CCP	<i>Centre for Clinical Practice</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHTE	<i>Centre for Health Technology Evaluation</i>
CIAT	Centros de Informação e Assistência Toxicológica
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPH	<i>Centre for Public Health</i>
CQC	<i>Care Quality Commission</i>
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CRM	Conselho Regional de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CSG	<i>Consejo de Salubridad General</i>
CVC	Cateter venoso central
DRG	Diagnosis Related Group
EA	Eventos Adversos

ERR	Equipe de Resposta Rápida
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FMEA	Análise de modo e efeito de falha
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
GEMS	<i>Generic Error-Modelling System</i>
GM	Gabinete do Ministro
GMC	<i>General Medical Council</i>
GMS	<i>General Medical Services</i>
GP	<i>General Practitioners</i>
HAC	<i>Hospital Acquired Condition</i>
HHS	<i>Health and Human Services</i>
HICPAC	<i>Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee</i>
HRA	Análise de confiabilidade humana
HRO	<i>High Reliability Organization</i>
HSOPS	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
ICS-CVC	Infecções de Corrente Sanguínea relacionadas ao Cateter Venoso Central
IHI	<i>Institute for Health Care Improvement</i>
IHS	<i>Indian Health Service</i>
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPCS	Infecção primária da corrente sanguínea
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
ITU-RC	Infecções do trato urinário relacionada a cateter
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MHRA	<i>Medicine and Health Care Products Regulatory Agency</i>
MRSA	<i>Methicillin-resistant Staphylococcus aureus</i>

NCCHTA	<i>National Coordinating Centre for Health Technology Assessment</i>
NDPB	<i>Non Departmental Public Body</i>
NETSCC	<i>NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre</i>
NHHI	<i>National Hygiene Initiative</i>
NHMRC	<i>National Health and Medical Research Council</i>
NHPA	<i>National Health Performance Authority</i>
NHPF	<i>National Health Performance Framework</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NHS-QIS	<i>NHS Quality Improvement Scotland</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIHR	<i>National Institute for Health Research</i>
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NPAF	<i>National Performance and Accountability Framework</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NQS	<i>National Quality Strategy</i>
NSQHS	<i>National Safety and Quality Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAV	Pneumonia associada à ventilação mecânica
PBC	<u>Practice Based Commissioning</u>
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PCR	Parada cardiorespiratória
PCT	<i>Primary Care Trust</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PICC	Cateter central de inserção periférica
PMS	<i>Personal Medical Services</i>
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PPP	<i>Private Patients Plan Limited</i>
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
PSP	Prática de Segurança do Paciente
QI	<i>Quality improvement</i>
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
QT	Queixas Técnicas
QUALISS Divulgação	Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
QUALISS Indicadores	Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
Rede RM	Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde
RENISS	Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SARM	<i>S. aureus</i> resistente à meticilina
SASM	<i>Scottish Audit of Surgical Mortality</i>
SCS	<i>Patient Safety Climate in Healthcare Organization Survey</i>
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SHA	<i>Strategic Health Authority</i>
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPI	<i>Safer Patients Initiative</i>
SPSA	<i>Scottish Patient Safety Alliance</i>
SPSP	<i>Scottish Patient Safety Program</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombose venosa profunda
UPP	Úlcera por Pressão
US	Ultrassom

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VA	<i>Veterans Affairs</i>
VIGIPÓS	Vigilância pós-utilização e pós-comercialização de produtos
VISA	Vigilância Sanitária dos Estados e Municípios

**Referencial Teórico Para O Desenvolvimento De Uma Política De
Qualidade Para O Sistema Único De Saúde**

Claudia Travassos

Mônica Martins

Bárbara Caldas

Camila Lajolo

Referencial Teórico Para O Desenvolvimento De Uma Política De Qualidade Para O Sistema Único De Saúde

INTRODUÇÃO

Este capítulo mostra um panorama do campo da qualidade do cuidado em saúde [*quality of care*]. Embora não possa ser considerado exaustivo, a abordagem adotada para descrever esta ampla temática contempla tanto aspectos conceituais e teóricos como as principais intervenções desenvolvidas para a solução de problemas relacionados à qualidade do cuidado e, em particular, aquelas voltadas para garantir a prestação de um cuidado seguro e efetivo.

Com esse intuito, o capítulo encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte está circunscrita ao foco conceitual, onde inicialmente são apresentados o conceito e as dimensões da qualidade do cuidado. A dimensão da segurança do paciente ganha destaque e são descritos a evolução histórica desta área, seus principais conceitos e os modelos referenciais para abordar e monitorar a segurança do paciente nas organizações de saúde.

A segunda parte mantém o destaque sobre a segurança do paciente, mas adota um enfoque mais prático, apresentando recomendações com grande potencial de aprimorar a segurança do paciente, sobretudo para as unidades hospitalares por ter sido essa a modalidade assistencial onde há mais experiências.

Primeira Parte: Conceitos, Modelos e Antecedentes

Qualidade do cuidado

A qualidade dos serviços de saúde é tema recorrente associado à melhoria do cuidado e, portanto ao desempenho do sistema de saúde. Dá-se ênfase à qualidade do cuidado, pois garantir a qualidade clínica¹ é um dos principais objetivos das organizações de saúde^{1;2}. Apesar das dificuldades operacionais em face da complexidade inerente ao conceito de qualidade do cuidado, o seu monitoramento contínuo é essencial ao bom desempenho clínico, pois o cuidado ao paciente representa a missão central das organizações de saúde. Estratégias dirigidas para monitorar e melhorar a qualidade e o desempenho clínico dos serviços de saúde estão presentes há muito tempo na agenda de diversos países³. Os serviços e sistemas de saúde se deparam com altos custos com o cuidado de saúde relacionados à incorporação tecnológica, à intensidade de serviços, ao envelhecimento da população, ao perfil epidemiológico que conjuga presença de múltiplas doenças crônicas, à variação injustificável na prática clínica^{4; 5; 6; 7; 8}. Para enfrentar esses desafios, as iniciativas buscam a melhoria contínua da qualidade do cuidado, mas privilegiam esforços para garantir transparência nos gastos, controle dos custos assistenciais, prestação de cuidados adequados, livre de riscos desnecessários e equânimes e redução de variações indesejáveis na prática clínica^{5; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13}.

Qualidade do cuidado: conceito e dimensões

¹ A qualidade clínica da prestação de serviços de saúde refere-se à conformidade do prestador com relação às melhores práticas de cuidado, tendo o objetivo de alcançar os melhores resultados que podem ser atribuíveis ao cuidado recebido.

² Definida como variação geográfica não explicada por variação na doença (tipo ou gravidade) ou preferência do paciente (J. Wennberg BMJ 2011;342:d1513).

O significado de qualidade do cuidado em saúde ou do serviço de saúde varia em função dos autores ou das disciplinas de base que o empregam. Assim, usuários, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais priorizam diferentes dimensões da qualidade, em função de suas preocupações e interesses.

Ao longo do tempo, a noção de qualidade na área da saúde foi aplicada com conotação ampla ou restrita do termo. O sentido amplo adota a qualidade como um constructo geral que engloba dimensões como a efetividade, o acesso, a eficiência e a aceitabilidade, entre outras. Em contraponto, o conceito de qualidade, no sentido restrito, é sinônimo de qualidade técnico-científica, constituindo um atributo nuclear da atenção médica, que compreende dois elementos essenciais: (i) a aplicação dos conhecimentos científicos e (ii) a relação interpessoal¹⁴.

Blumenthal¹⁵ destacou a variedade de definições existentes sobre o que seja um cuidado de qualidade e apontou a formulada pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos como a mais frequentemente empregada. Para o IOM qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente¹⁵.

O conceito de qualidade tem um caráter multidimensional e suas dimensões modificaram-se ao longo do tempo. Em parte, essas modificações espelharam a relevância de determinados problemas em conjunturas e/ou contextos específicos, como o acesso quando há barreiras ao uso dos serviços a serem conhecidas e removidas ou a segurança do paciente quando a magnitude de erros e riscos evitáveis é reconhecida. Nessa evolução, em 2001, o IOM publicou o relatório "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*"¹⁶, no qual reconheceu como metas para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado em saúde as seguintes dimensões: efetividade, segurança, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade. Essa formulação foi adotada por distintos países embora haja variação nas dimensões privilegiadas^{3; 11; 16 17}. O presente trabalho assume a definição do IOM de qualidade com suas dimensões constituintes (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões da qualidade do cuidado de saúde (IOM, 2001)

Dimensões	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Travassos e Caldas (2013, p. 22-23)¹⁸.

Neste mesmo relatório, o IOM reconhece a necessidade de redesenho do sistema de saúde estadunidense, e faz recomendações para tal.

Artigo publicado por Berwick¹⁹ em 2002 explicita o referencial explicativo adotado pelo relatório para nortear suas recomendações e identifica para melhoria da qualidade a necessidade de mudança em quatro níveis do sistema de saúde. Os níveis estão dispostos em uma lógica hierárquica, na qual a qualidade das ações no setor saúde, nas organizações de saúde e nos microsistemas de cuidado [*microsystems of care*] deve ser julgada de acordo com o seu impacto na experiência do paciente no cuidado de saúde.

Nível A: Experiência do Paciente e da Comunidade

A experiência do paciente, de seus familiares e da comunidade na qual vivem é o norte que orienta os demais níveis neste referencial. A qualidade vai além das considerações relacionadas ao uso insuficiente, excessivo ou indevido de procedimentos e está diretamente relacionada às experiências do paciente no cuidado de saúde, ao custo e à justiça social.

Nível B: Microssistemas de Cuidado

Microssistemas de cuidado são pequenos sistemas de trabalho onde o cuidado ao paciente acontece^{III}. É no contexto dos microssistemas que o paciente vivencia o cuidado, é lá que a qualidade acontece ou é perdida. Exemplos de microssistemas incluem: equipe de cirurgia cardíaca; equipe de plantão noturno da Emergência ou um grupo de profissionais voltado para a elaboração de uma página da internet com informações para pacientes diabéticos. O relatório identifica a importância de se redesenhar os microssistemas de modo a orientar o cuidado de saúde nas seis dimensões de qualidade. Aponta três princípios norteadores gerais deste redesenho:

- (1) Cuidado baseado em evidência: Utilização no cuidado do paciente da melhor evidência científica e melhor informação clínica disponível.
- (2) Cuidado centrado no paciente: O cuidado deve ser orientado pelas necessidades, pelos desejos e circunstâncias de cada paciente. Devem ser respeitadas a individualidade, os valores, as necessidades de informação e a condição social e financeira dos pacientes. O cuidado centrado no paciente requer transparência e um alto nível de responsabilização do sistema pelo cuidado prestado aos pacientes.
- (3) Cuidado integrado ao sistema: A responsabilidade pela coordenação, integração e eficiência no cuidado de saúde transpõe as barreiras entre as

^{III} Segundo Brian Quinn um “microssistema” é um pequeno conjunto de pessoas, combinado com um sistema de informação local, uma população de pacientes e um conjunto definido de processos de trabalho. (Tradução livre dos autores pg. 84: Berwick D. A User’s Manual for The IOM’s ‘Quality Chasm’ Report. Health Aff (Millwood). 2002;21(3):80-90.

organizações, as disciplinas e as profissões; sendo especialmente relevante para pacientes com doença crônica. O cuidado integrado requer alto grau de cooperação.

Segundo Berwick¹⁹, foram elaboradas dez regras simples para o redesenho dos microsistemas com base na teoria de sistemas adaptativos complexos [*Complex Adaptive Systems*]²⁰.

Dez regras norteadoras para o redesenho dos microsistemas

1. O cuidado é baseado em relações terapêuticas contínuas.
2. O cuidado é customizado de acordo com as necessidades e os valores do paciente.
3. O paciente é a fonte de controle^{IV}.
4. O conhecimento é compartilhado e a informação flui livremente.
5. A tomada de decisão é baseada em evidência científica.
6. A segurança é uma propriedade do sistema.
7. A transparência é necessária.
8. As necessidades do paciente são antecipadas.
9. O desperdício é reduzido continuamente.
10. A cooperação entre os profissionais clínicos é uma prioridade.

Nível C: Organizações de Saúde

As recomendações neste nível referem-se ao desempenho das organizações onde funcionam microsistemas. São recomendações mais vagas que as anteriores, embora seus desafios sejam mais complexos e as evidências mais escassas. Incluem recomendações para que as organizações de saúde incentivem atividades que dão suporte aos microsistemas na realização de seus objetivos. São elas: gerenciamento da qualidade (boas práticas, diretrizes clínicas); sistemas de tecnologia de informação

^{IV} "Os pacientes devem receber as informações necessárias e terem a oportunidade de exercer o nível de controle que desejarem sobre decisões quanto ao seu tratamento. O sistema de saúde deve poder lidar com as preferências dos pacientes e encorajar o compartilhamento das decisões." (tradução livre dos autores). Berwick¹⁹, p. 5

(acesso à informação, suporte à decisão clínica); gestão de pessoas (educação continuada, treinamento para trabalho em equipe); coordenação do cuidado interno (serviços) e externo (pontos de cuidado); e monitoramento do desempenho.

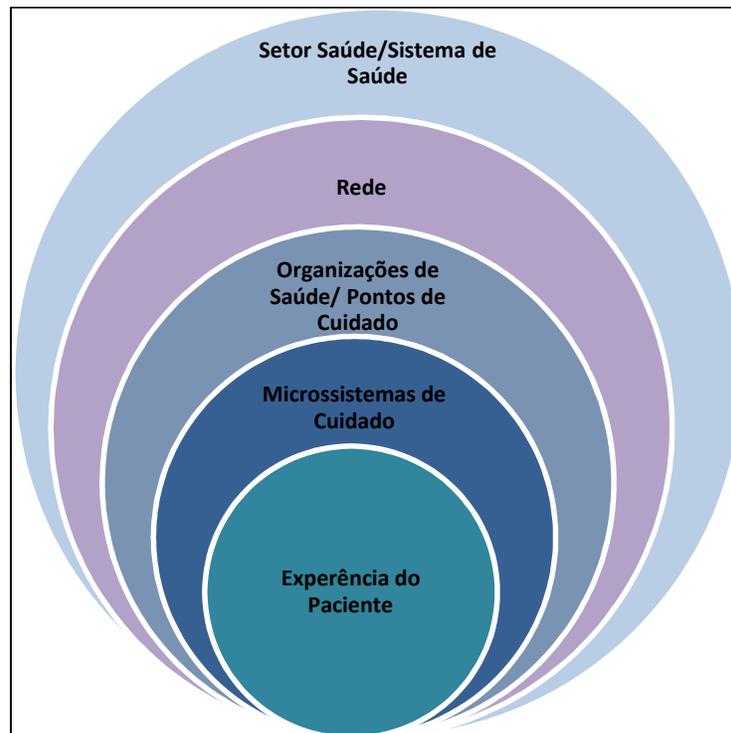
Nível D: Sistema de Saúde

O Nível D engloba as políticas de saúde em geral e específicas, os mecanismos de pagamento, a regulação, a acreditação e outros fatores que moldam o comportamento e as oportunidades das organizações de saúde. Uma das recomendações refere-se à pesquisa e à mudança no mecanismo de pagamento com o intuito de remover barreiras para melhoria do cuidado de saúde. O relatório aponta que os mecanismos de pagamento devem remunerar adequadamente o cuidado clínico prestado aos pacientes, incentivar o cuidado baseado em evidência científica, voltado para obtenção do melhor resultado para o paciente; não incentivar a fragmentação do cuidado, além de estimular as atividades de melhoria da qualidade¹⁶.

Em resumo, uma visão sistêmica das mudanças necessárias para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde é apresentada; sendo a experiência do paciente a peça fundamental neste processo. A qualidade das ações de todos os atores e níveis do sistema de saúde, sejam eles os profissionais de saúde, as organizações prestadoras de cuidado de saúde e os formuladores de políticas, deve ser avaliada pelo seu efeito no paciente, no alívio do seu sofrimento, na redução de sua incapacidade.

Partindo dos conceitos de Berwick, propomos uma adaptação para a realidade brasileira de forma a dar maior operacionalidade às ideias apresentadas. Inicialmente, identificamos no SUS a existência de mais um nível do sistema de saúde que deve ser alvo de mudanças, a rede de atenção à saúde. Diferentemente do sistema estadunidense, o SUS tem como característica a atuação em rede de forma a orientar a organização da atenção, a integração das organizações de saúde e possibilitar economia de escala na alocação dos recursos. Desta forma, a figura 1 agrega uma camada ao modelo original proposto por Berwick.

Figura 1 - Representação da adaptação do referencial explicativo do relatório *Crossing the Quality Chasm* para o contexto brasileiro



Fonte: Figura elaborada pelos autores ilustrando conceitos apresentados por Berwick em *A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report* (2002)¹⁹ contextualizando-os à realidade brasileira.

Para pensar a realidade brasileira, aos elementos fundamentais para fomentar a melhoria da qualidade em cada nível apresentados por Berwick foram acrescentados outros com base na publicação “A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro”^v (Quadro 2). Da publicação brasileira foram destacados os princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede - principais gargalos e desafios presentes e futuros; estes foram classificados nos diferentes níveis.

^v Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

Quadro 2 - Adaptação do referencial explicativo do relatório *Crossing the Quality Chasm* para o contexto brasileiro

Brasil
Experiência do Paciente
Microssistemas de cuidado
Cuidado centrado no paciente
Cuidado baseado em evidência
Cuidado integrado em rede (coordenação clínica/co-responsabilidade clínica)
Plano terapêutico (articulação do cuidado biomédico com os "serviços sociais")
Organização de Saúde/Pontos de Cuidado
Gerenciamento da qualidade (Boas práticas, diretrizes clínicas)
Sistema de TI (acesso à informação, suporte à decisão clínica)
Gestão de Pessoas (educação continuada)
Coordenação do cuidado interna (serviços) e externa (pontos de cuidado), multidisciplinaridade da equipe
Monitoramento de desempenho
Rede
Territorialização (espaço e população determinados)
Organizada com base nas necessidades de saúde da população e seus determinantes
Longitudinalidade do cuidado (coordenação entre organizações/pontos de cuidados)
Complementaridade das organizações/pontos de cuidado
Intersetorialidade
Integração do cuidado
Sustentabilidade financeira e econômica, escala de investimento
Setor Saúde/Sistema de Saúde
Financiamento e alocação de recursos
Regulação/ Acreditação
Arcabouço jurídico
Formação Profissional
Eficiência Econômica: investimento, sustentabilidade financeira e econômica
Produção de insumos/incorporação tecnologias

Fonte: Tabela desenvolvida pelos autores com base em conceitos presentes nas seguintes referências: BERWICK, D. M. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. **Health Aff (Millwood)**, v. 21, n. 3, p. 80-90, May-Jun 2002 e Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012

Para Vincent e colaboradores²¹ (resumo disponível em: <http://proqualis.net/?id=000002451>) a abordagem de sistema adquiriu na área da saúde distintas compreensões. De modo geral não vem referida à disciplina de sistemas. Ao aprofundar mais esta abordagem é possível entender que o comportamento de um sistema pode ser visto como a agregação do funcionamento nos seus níveis mais baixos, com constrangimentos ou influências dos níveis mais altos. As organizações de saúde são organizações complexas "...em dois sentidos: o cuidado é prestado por profissionais que trabalham com tecnologia médica em itinerários clínicos [*care pathways*] complexos e multidisciplinares e num ambiente organizacional caracterizado por uma Direção Operacional local e por forças regulatórias externas" (tradução livre dos autores, pp 20).

O presente relatório assumiu como eixos norteadores as seis dimensões constituintes da qualidade do IOM (Quadro 1) e a adaptação do referencial explicativo para melhoria da qualidade descrito em Berwick¹⁹ (Figura 1). Coerente com o quadro conceitual adotado, foi realizada uma revisão da literatura dos últimos cinco anos, baseada nos preceitos da revisão sistemática. A revisão adotou como termos de busca na base bibliográfica Medline “qualidade do cuidado” [*quality of care*] e “melhoria da qualidade” [*quality improvement*], retornando 2.819 publicações. Destas 96 preencheram os critérios de inclusão e foram selecionadas para revisão. As publicações selecionadas foram então classificadas em uma das sete categorias: Segurança, Efetividade, Cuidado centrado no paciente, Oportunidade, Eficiência, Equidade, Avaliação interna / externa e Política / Gestão / QI (Anexo A).

Apesar de as etapas iniciais para seleção da literatura pertinente aos objetivos do presente relatório terem sido executadas, o conteúdo central aqui apresentado privilegiou somente uma dimensão da qualidade do cuidado, qual seja a segurança do paciente. Esse recorte justifica-se, sobretudo, pela decisão do Ministério da Saúde em avançar na construção de um programa e na proposição de ações específicas para garantir a prestação de um cuidado mais seguro. Contudo, limitações quanto ao tempo e recursos também concorreram para adotar o recorte aqui assumido.

Segurança do paciente

Qualidade e segurança

A segurança como dimensão da qualidade teve destaque no Relatório do IOM¹⁶. Este documento foi publicado 15 meses após a publicação pelo mesmo Instituto do relatório “*To Err is Human*” que revelou que anualmente dezenas de milhares de pacientes morrem em decorrência de erros no cuidado de saúde^{19; 22}. No geral, qualidade aborda os resultados esperados com os sistemas de saúde, enquanto a segurança tem como foco as diversas possibilidades de falha no funcionamento de um sistema, que obrigatoriamente são maiores do que os modos de funcionamento aceitáveis²¹. A questão do dano ao paciente já estava presente no conceito de qualidade de Avedis Donabedian: cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o máximo e mais completo bem estar, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado, em toda a sua extensão¹⁴. Mais recentemente, Vincent e colaboradores²¹ destacaram que os sistemas de saúde devem se orientar para prestar cuidado de saúde a um grande número de pessoas, a um custo aceitável e de modo seguro. Qualidade, segurança e custo são elementos que não devem ser considerados isoladamente.

Há na literatura duas principais abordagens da relação entre qualidade do cuidado e segurança do paciente: na primeira, como na abordagem adotada pelo IOM, a segurança do paciente é tratada como dimensão da qualidade do cuidado enquanto na segunda, a segurança é tomada como um constructo em si independente da qualidade ou mesmo incluindo esta como dimensão^{17; 23; 24}.

Vincent e colaboradores²¹ argumentam que, em várias circunstâncias, qualidade e segurança não têm como serem distinguidas. Apresentam a abordagem adotada por Brown, Hofer, Johal e colaboradores²³ que distinguem qualidade e segurança segundo a força da associação causal e a proximidade temporal com o dano no paciente. Aqueles problemas que causam danos permanentes e que estão claramente associados a uma

falha no processo de cuidado são considerados questões de segurança (por exemplo, injeção intratecal de vincristina), enquanto falhas no processo de cuidado cujo resultado no paciente é menos óbvio (por exemplo, falha em prescrever betabloqueador para pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio) são consideradas como questões de qualidade.

Principais Marcos e Estudos

A OMS define segurança do paciente como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”²⁴.

Embora existam estudos anteriores sobre a ocorrência de eventos adversos (evento adverso é um incidente que causou dano ao paciente²⁴) em hospitais, o *Harvard Medical Practice Study* é considerado pioneiro por seu escopo, desenho e instrumentos de coleta de dados. Seus resultados apontaram para a ocorrência de eventos adversos em 3,7% das internações no estado de Nova Iorque no ano de 1984^{25; 26}. Contudo, o marco divisor do destaque da segurança no contexto da qualidade foi a publicação do relatório “*To Err is Human*”, pelo IOM em 1999, ao chamar atenção para a gravidade do problema^{22; 26}.

A inquietação que orientou a elaboração deste relatório teve origem na alta tolerância, existente à época, à elevada frequência de erro no cuidado de saúde comparativamente aquela observada em outras indústrias. As estimativas produzidas indicavam, entre outras, mortalidade em decorrência de eventos adversos maior do que aquela observada em algumas doenças tal como o câncer de mama. Sua publicação causou grande mobilização dos médicos e do público em geral, que transcendeu o contexto estadunidense, chamando a atenção para o problema da segurança do paciente em diversos países. Relatório semelhante, “*An Organisation with a Memory*” foi publicado no ano seguinte (2000) pelo *Department of Health* do Reino Unido²⁷.

Após o estudo de Harvard, diversos outros estudos foram desenvolvidos em distintos países²⁸, inclusive no Brasil, voltados para demonstrar a magnitude dos eventos adversos²⁹. O panorama descrito por esses estudos indicam que a incidência de eventos

adversos relacionados ao cuidado hospitalar está em torno de 10%. Estima-se ainda que entre 4,4% a 20,8% dos eventos adversos estão associados à morte dos pacientes²⁸. Os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis e podem implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, constituindo-se assim em um grave problema de Saúde Pública²³.

A Resolução n°55.18³⁰ da 55ª Assembleia Mundial de Saúde de 2002 recomendou maior atenção à Segurança do paciente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus Estados Membros. Em 2004, a OMS criou o Programa de Segurança do Paciente voltado para coordenar, disseminar e acelerar a melhoria na segurança do paciente em todo o mundo. Diversas iniciativas foram desenvolvidas por este Programa, no campo educacional, da pesquisa, no desenvolvimento de uma taxonomia específica, criação de ferramentas e lançamento de diversas campanhas, entre outras^{23; 24}. Destacam-se as campanhas “Desafios Globais” como, por exemplo, aquela voltada para redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que teve como pilar principal, mas não restrito a ele, a higienização das mãos (Cuidado Limpo é Cuidado Mais Seguro). Outro Desafio Global voltou-se para a melhoria da segurança no cuidado cirúrgico (Cirurgias Seguras Salvam Vidas)^{VI}. Alguns materiais referentes aos Desafios Globais estão disponíveis em português e podem ser acessados através do Proqualis (<http://proqualis.net>).

Em 2001, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos publicou o documento “*Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*”³¹ sobre Práticas de Segurança do Paciente. Prática de segurança do paciente (PSP) foi definida como um processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade da ocorrência de eventos adversos. Precisamente, o objetivo desse documento foi identificar e revisar criticamente as evidências existentes sobre PSP. Foram analisadas 79 PSP, com foco principal naquelas relacionadas a pacientes hospitalizados, mas incluiu algumas voltadas para instituições de longa permanência e ambulatorios.

^{VI} [WHO Patient Safety http://www.who.int/patientsafety/en/](http://www.who.int/patientsafety/en/)

Em 2013, a mesma AHRQ publicou uma atualização deste documento - “*Making Health Care Safer II: An Updates Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*”³². A busca por novas evidências foi estimulada pela necessidade de atualização do tema e pelo reconhecimento que a magnitude do problema da segurança do paciente e suas consequências persistiam apesar dos sistemáticos esforços e investimentos aplicados para modificação deste quadro³². O documento atual contém uma revisão das práticas de segurança analisadas anteriormente, com a inclusão de novas práticas. O objetivo deste documento foi revisar PSP relevantes, privilegiando as evidências sobre a efetividade, a implantação e a disseminação. Este novo documento incluiu também uma apreciação aprofundada da importância do contexto para a maior efetividade das PSP (ver Segunda Parte do presente relatório). Destaca ainda que algumas PSP apresentaram consequências não antecipadas ou previstas resultante de sua implementação, como por exemplo, erros de medicação decorrentes da utilização de tecnologia de informação³³. Outras PSP mostraram-se altamente contexto-dependentes, sendo efetivas em alguns hospitais, mas não em outros. Por exemplo, uma PSP pode produzir resultados muito diferentes em um hospital de ensino de 600 leitos e em um hospital em rural de 80 leitos³⁴.

Em suma, na última década, houve um importante amadurecimento da área de segurança do paciente. A segurança tornou-se uma prioridade estratégica em diversos países e organizações de saúde. Foram feitos grandes investimentos de tempo, recursos humanos e financeiros para um cuidado de saúde mais seguro. Consequentemente, gestores dos sistemas de saúde, agências reguladoras e acreditadoras passaram a recomendar a adoção pelas organizações de saúde de PSP para redução da ocorrência de eventos adversos considerados evitáveis³².

Principais Conceitos e Modelos

A crescente preocupação com a segurança do paciente levou à criação pela OMS da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for*

Patient Safety - ICPS)²⁴ publicada em 2009. Os principais conceitos da ICPS e suas definições são apresentados. A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) em 2010. O conceito de incidente é central nesta taxonomia.

Incidente relacionado ao cuidado de saúde é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como:

- incidente que não atingiu o paciente [*near miss*] – por exemplo, uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão.
- incidente sem dano ao paciente – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível, como, por exemplo, a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve qualquer reação.
- incidente com dano ao paciente (evento adverso) – por exemplo, é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica.

Erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido (por exemplo, falha na administração de um medicamento) ou a aplicação de um plano incorreto (por exemplo, erro diagnóstico).

Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução do plano. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora no caso do cuidado de saúde sejam raramente maliciosas, que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação "rotineira" é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.

Esta classificação baseia-se no modelo teórico³⁵ elaborado por James Reason. Psicólogo cognitivo e professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reason é membro da

Sociedade Britânica de Psicologia. Sua teoria baseada no Sistema de Modelos Gerais de Erros [*Generic Error-Modelling System*] (GEMS) está resumida no artigo de Nascimento e Travassos³⁶:

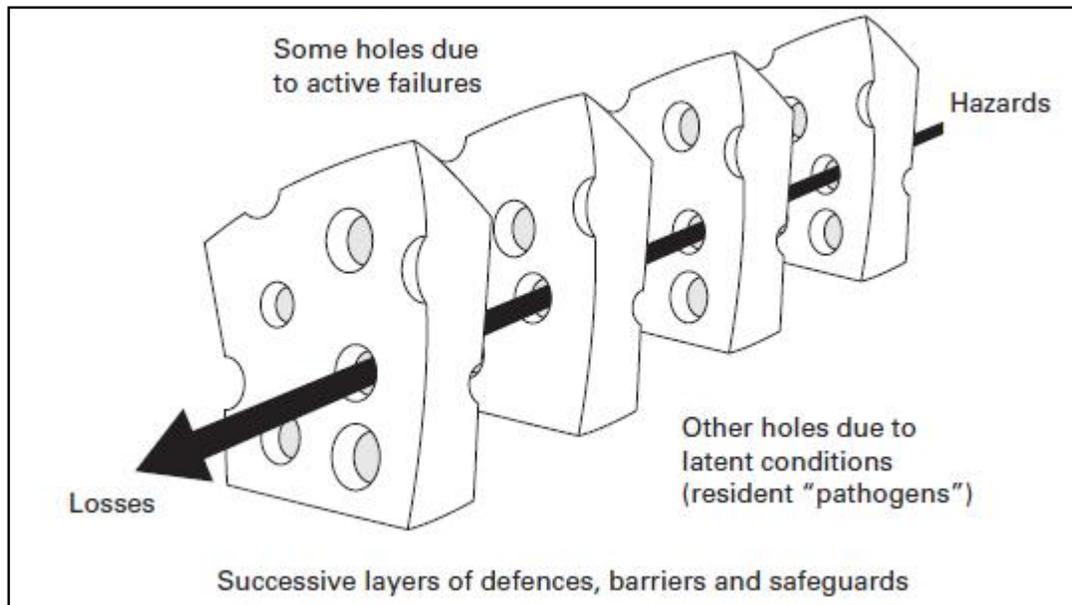
Reason propõe uma *definição operacional* [*working definition*] sobre erro, em função de sua utilidade na composição das características psicológicas essenciais do fenômeno. O erro será tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso (REASON, 2003, p.9). A distinção entre as ações que não ocorrem conforme planejadas e aquelas devidas à inadequação do plano dentro da mesma sequência de execução de uma determinada ação ou comportamento, [...], aponta para duas subseqüentes definições operacionais, a saber: (i) *deslize* [*slip*] (e) *lapso* [*lapse*], que são ambos [operacionalmente] definidas como erros que resultam de alguma falha na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma seqüência de ação, independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para alcançar o objetivo (REASON, 2003, p.9). O *deslize* está mais diretamente relacionado a ações observáveis que se realizam fora do plano prescrito. Já o *lapso* é geralmente relacionado a formas de erros mais encobertas e que não se manifestam necessariamente sobre a forma de comportamento, como por exemplo, falha de memória; (ii) *engano* [*mistake*], que é tida como deficiência ou falha no processo de julgamento ou inferência envolvido na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão ocorrer ou não de acordo com o planejado (REASON, 2003, p.9)¹¹. Esta última definição é mais sutil e complexa, portanto com maior dificuldade de detecção. A distinção entre as definições operacionais *deslize* [*slip*] (e) *lapso* [*lapse*] – falha na execução, e *engano* [*mistake*] – falha no planejamento, fazem parte da classificação de erro no desempenho humano estruturada por J. Rasmussen (1986)....³⁶.

Reason introduz também o conceito de falhas ativas (erros ou violações) cometidos por pessoas envolvidas diretamente com a operação dos processos, no caso da saúde, diretamente envolvidas com o cuidado ao paciente. Aponta que essas falhas são

geralmente consequências de condições antecedentes existentes nas organizações, que se refere ao conceito de condições ou falhas latentes. As condições latentes resultam de decisões de pessoas envolvidas com o desenho e controle dos processos organizacionais ao longo do tempo. Condições latentes podem provocar falhas ativas através de vários fatores (insuficiência de recursos humanos, treinamento insuficiente, entre outros). Apesar de se reconhecer que nunca se sabe objetivamente quais condições latentes serão responsáveis pelos incidentes, pode-se melhorar a segurança geral do sistema através do monitoramento das condições latentes e da correção daquelas que obviamente representam deficiências e vulnerabilidades no sistema²¹.

Falhas ativas e falhas latentes são elementos do Modelo do Queijo Suíço de acidentes em um sistema, proposto por Reason³⁷. O autor destaca que defesas e barreiras são componentes chave em um sistema seguro. Estas podem ser produtos de engenharia, como os alarmes e as barreiras físicas, ou dependem da atuação de pessoas, como cirurgiões e anestesistas. Têm como função defender as potenciais vítimas dos perigos locais. Idealmente todas as barreiras seriam intactas, porém elas se comportam mais como fatias de queijo suíço cujos furos apresentam uma dinâmica de abertura e fechamento. A existência de um furo em uma das diversas fatias (barreiras) não leva à ocorrência de problemas, porém se momentaneamente todos os furos das fatias de queijo se alinham isso possibilita que um acidente ocorra.

Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço

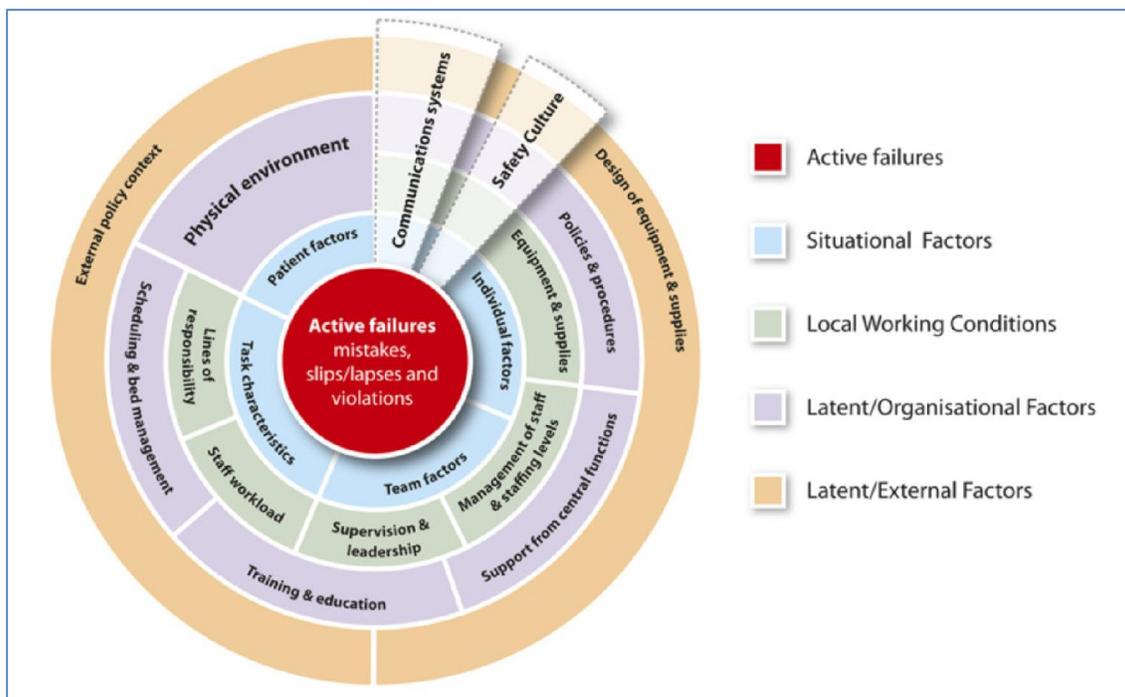


Fonte: REASON, J T; CARTHEY, J; DE LEVAL, M R. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Qual Health Care 2001 10: ii21-ii25. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/10/suppl_2/ii21.full.pdf+html.

Na taxonomia da OMS os fatores contribuintes são as circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

Recentemente, Lawton e colaboradores³⁸ apresentaram um referencial explicativo (Modelo de Yorkshire) de incidentes no ambiente hospitalar que tomou como base uma revisão sistemática da literatura. Este referencial destaca os principais fatores contribuintes dos incidentes (Figura 3). Representa uma primeira tentativa de resumir a evidência empírica nesta área. Descreve os fatores contribuintes desde o ponto mais próximo da ocorrência da falha ativa (microssistema) até o mais distal - condições latentes (organização/sistema de saúde).

Figura 3 - Fatores contribuintes de incidente no modelo de Yorkshire

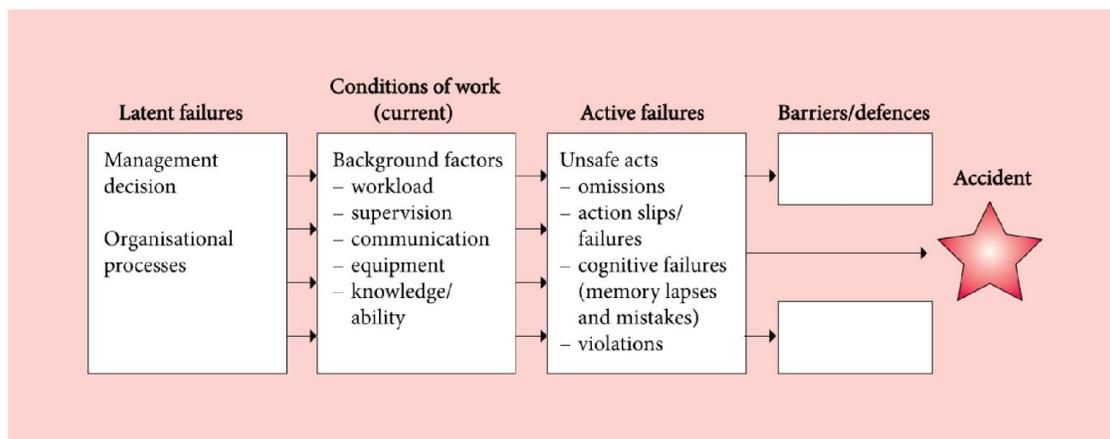


Fonte: LAWTON, R. et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, March 15, 2012 2012. Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/03/14/bmjqs-2011-000443.abstract>>.

No Modelo de Yorkshire, no centro estão as falhas ativas, que podem ser: enganos, deslizes, lapsos e violações. Os fatores contribuintes encontram-se distribuídos ao longo de circunferências concêntricas. Os fatores contribuintes podem ser: situacionais (fatores individuais, fatores da equipe, características da tarefa e fatores do paciente); condições do ambiente de trabalho (equipamentos e suprimentos, gerenciamento do staff e dimensionamento, supervisão e liderança, carga de trabalho dos profissionais e linhas de responsabilidade); de fatores organizacionais (políticas e procedimentos, apoio das funções centrais, treinamento e educação, programação e gerenciamento de leitos, e ambiente físico); e fatores externos (desenho dos equipamentos e suprimentos de insumos e legislações). Os sistemas de comunicação e a cultura de segurança influenciam todos os demais fatores contribuintes³⁸.

Baseado no modelo de James Reason, Vincent e colaboradores³⁹ desenvolveram um outro modelo explicativo para análise de incidentes clínicos que ficou conhecido como Protocolo de Londres [*London Protocol*]²¹. O modelo busca identificar, com base em um incidente específico, inadequações e brechas de segurança existentes em um sistema. Identifica um conjunto de tipos de fatores contribuintes que representam o amplo espectro de fatores associados à ocorrência de incidentes. Os tipos de fatores incluem fatores contextuais institucionais; organizacionais e gerenciais; associados ao ambiente de trabalho; associados às equipes; associados ao profissional (indivíduo); à tarefa executada e ao paciente.

Figura 4 - Estágios no desenvolvimento de um acidente^{VII} e um modelo adaptado do Protocolo de Londres



Fonte: VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety**. London: The Health Foundation, 2013. P.23.

Em publicação mais recente, Vincent e colaboradores²¹ distinguem o que denominam por fatores estruturais dos fatores contribuintes. Fatores estruturais (características físicas e da organização de saúde) influenciam a segurança do paciente, mas nem sempre podem ser alterados rapidamente. A ligação entre fatores estruturais e a segurança ainda é pouco conhecida, mas sabe-se, por exemplo, que quantidade e tipo de recursos humanos

^{VII} Reason J. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate, 1997.

estão ligados à segurança. Fatores de caráter mais transitórios (clima, motivação, cultura de segurança) representam fatores contribuintes. Os fatores estruturais seriam influenciados pelo sistema de saúde - nível D do referencial explicativo para melhoria da qualidade de Berwick¹⁹.

Vincent e colaboradores²¹ salientam algumas outras abordagens conceituais de segurança mais recentes que introduzem novos elementos para um aprofundamento dos problemas de segurança que não respondem às abordagens tradicionais.

1) Segurança como defesas em profundidade (Principal autor - James Reason)

Neste caso está o GEMS desenvolvido por James Reason apresentado anteriormente. Vale destacar que em publicação mais recente, 2008, James Reason⁴⁰ introduz novos elementos que inclui a concepção do **ser humano como herói**. "O comportamento humano é compreendido como parte da dinâmica do sistema e, em função das compensações e adaptações realizadas ao enfrentar as adversidades, é capaz de trazer o sistema de volta ao seu equilíbrio instável. Reason sugere que não são poucas as situações nas quais essas compensações e adaptações ocorrem"^{viii}.

2) Segurança como alta confiabilidade

Confiabilidade define-se como "a probabilidade de um componente, ou sistema, funcionar corretamente durante um período de tempo em condições de operação determinadas" (Storey, 1997^{ix} *apud* Vincent e colaboradores²¹; p. 43, tradução livre dos autores). Organizações de Alta Confiabilidade (HRO) [High Reliability Organization] são aquelas que buscam consistentemente minimizar a ocorrência de erros e objetivam funcionar de modo livre de falhas [*free-falt manner*]. Apesar de realizarem trabalhos intrinsecamente complexos e perigosos que exigem um alto grau de habilidade

^{viii} Trecho extraído da resenha do livro *The Human Contribution. Unsafe acts, accidents and heroic recoveries* (Contribuição Humana: atos inseguros, acidentes e reconstrução/reparação heroica) de James Reason (2008), elaborada por Nádia Bonfim do Nascimento para o Proqualis, disponível em <http://proqualis.net/?id=000001363>.

^{ix} Storey N. *Safety-critical computer systems*. London: Addison-Wesley, 1997.

profissional. Nas HRO há um compromisso com a segurança em todos os níveis hierárquicos e fases da cadeia produtiva⁴¹.

Vincent e colaboradores²¹ destacam que segurança não pode significar apenas a prevenção de dano grave ao paciente, causado pelo cuidado de saúde. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente requerem a redução de todos os tipos de erro e a busca de confiabilidade nas organizações de saúde. Entretanto, para estes autores confiabilidade no cuidado de saúde não se refere estritamente ao conceito de HRO, pois na saúde a confiabilidade não pode ser avaliada rigorosamente com base em padrões rígidos, em todos os processos associados ao cuidado ao paciente. Por exemplo, em processos como a prevenção de queda do paciente a avaliação da confiabilidade se aplica bem. Entretanto, a decisão médica nem sempre tem um padrão que pode ser previamente definido, como na adoção de diretrizes clínicas, que deve ser estimulada, mas que está sujeita à variação segundo o julgamento médico e a preferência do paciente.

3) Segurança como Resiliência

Este representa o modelo mais recente e tem como principais autores Erik Hollnagel e David Woods. Guarda similaridade com a Teoria de Alta Confiabilidade⁴¹ e tem como referencial a Engenharia de Resiliência. Resiliência é a capacidade de indivíduos, grupos e organizações de continuamente reconhecer, adaptar e absorver variações, perturbações, rupturas e surpresas de modo a manter um funcionamento seguro. Refere-se a uma propriedade dinâmica dos sistemas sociotécnicos (complexas relações entre a tecnologia e as pessoas). Hollnagel emprega os termos Segurança I e Segurança II para distinguir os modelos anteriores, daqueles baseados na engenharia de resiliência. Tem como pressuposto que os sistemas técnicos e sociotécnicos contemporâneos são cada vez mais incontroláveis – menos capazes de atingir “estado de segurança” almejado. Considera a variabilidade de desempenho não como quebra de norma, mas como ajuste às condições de trabalho. A ausência de variabilidade só é possível em sistemas sócio técnicos muito simples^{42X}. Para Vincent e colaboradores²¹ este modelo ainda tem que ser testado em sua

^X Texto completo traduzido pelo Proqualis e disponível em <http://proqualis.net/?id=000002203>).

validade e praticidade. Entretanto, sugerem que o futuro da gerência de segurança se apoiará nas capacidades desenvolvidas pela abordagem da Segurança I, usando os princípios da Segurança II.

Quadro 3 - Segurança I e Segurança II

Segurança I	Segurança II
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Objetiva reduzir o número de <u>resultados adversos</u>; ▶ Pressupõe que os sistemas sejam <u>controláveis</u>: bem compreendidos e bem comportados; ▶ Pressupõe que quando tudo funciona conforme o esperado – funciona corretamente – o número de eventos adversos mantêm-se sob controle; ▶ Busca a redução da variabilidade no desempenho; ▶ Cria a necessidade de se encontrar uma causa para as falhas; ▶ Gestão reativa – busca identificar e eliminar as causas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Objetiva que <u>tudo dê certo</u> – “capacidade de manter um bom funcionamento diante das condições variáveis, de modo que o número de <u>resultados desejados e aceitáveis</u> (atividades cotidianas) seja o mais alto possível; ▶ Reconhecimento de que temos uma visão incompleta dos sistemas - difícil de serem bem especificados; ▶ A variabilidade de desempenho deve ser gerida – ampliada caso vá na direção certa, refreada caso vá na errada; ▶ Gestão proativa – faz ajustes antes que as coisas aconteçam.

Fonte: Hollnagel, 2013, p.11-12⁴². Tradução das autoras com inserção de outros elementos do texto. Texto completo traduzido pelo Proqualis e disponível em <http://proqualis.net/?id=000002203>.

Cultura de Segurança do Paciente

A cultura de segurança é um elemento chave para enfrentar e delinear esforços direcionados à prestação de um cuidado de saúde mais seguro e, portanto conformar organizações de saúde que sejam seguras e confiáveis. A literatura salienta que a cultura de segurança representa um dos aspectos da cultura organizacional, constructo este que engloba outras dimensões e aspectos³². Cultura de segurança está calcada na abordagem de sistema para identificação dos fatores contribuintes da segurança nas organizações.

O conceito de cultura de segurança tem origem nas HRO. Nas organizações de saúde, o compromisso com a cultura de segurança está calcado em quatro princípios fundamentais:

- (i) Reconhecimento do alto risco inerente às atividades da organização de saúde e determinação em agir na realização das tarefas de forma consistentemente segura;
- (ii) Promoção de um ambiente livre de culpa, no qual os indivíduos são capazes de notificar erros ou incidentes sem medo de reprimenda ou punição;
- (iii) Estímulo à colaboração entre equipes de trabalho e disciplinas para buscar soluções para os problemas de segurança do paciente; e
- (iv) Destinação de recursos da organização para responder às preocupações de segurança⁴¹.

Cultura de segurança do paciente refere-se aos valores, crenças, normas e procedimentos compartilhados pelos membros de uma organização, unidade ou equipe⁴³. A *Health and Safety Commission* do Reino Unido⁴⁴ define cultura de segurança como “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento dos indivíduos e dos grupos que determina o compromisso, e o estilo e a proficiência da gerência com a saúde e a segurança da organização” (tradução livre dos autores). A cultura influenciará as atitudes, comportamentos e aprendizados dos profissionais e também a prioridade dada pela organização à segurança do paciente frente a outras dimensões da qualidade e do desempenho. A cultura de segurança estimula e motiva a adoção de comportamentos seguros na prática diária. Vale destacar que os termos cultura de segurança do paciente e clima de segurança do paciente são utilizados como sinônimos, embora conceitualmente e metodologicamente apresentem diferenças.

Dada a complexidade e natureza do trabalho e do produto das organizações de saúde, o reconhecimento das falhas, erros e da magnitude dos resultados adversos para os pacientes e profissionais esbarra na barreira da culpabilidade e responsabilização do indivíduo. São essas as barreiras que a cultura de segurança do paciente busca modificar.

Ou seja, transformar a cultura da culpabilidade em uma cultura focada no aprendizado a partir dos erros, baseada no compartilhamento de informações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

Embora as organizações de saúde sejam definidas como organizações profissionais⁴⁵ altamente especializadas e calcadas na autonomia e competência de seu corpo profissional, é fundamental reconhecer a falibilidade humana e a interdependência dos processos. Nessa perspectiva, conhecer os erros que ocorrem no ambiente de trabalho e identificar alterações no desenho dos sistemas operantes para prestação de cuidados de saúde, a fim de preveni-los é crucial; mas tampouco trivial nem passível de obter resultados em curto prazo, pois exige o engajamento contínuo de todos os membros da organização.

Nesta abordagem, a ergonomia tem muito a contribuir. Ergonomia ou Fator Humano é a disciplina científica que busca a compreensão das interações entre os seres humanos entre si e com outros elementos de um sistema. Aplica princípios teóricos, medidas e métodos para projetar modos de otimizar o bem estar do ser humano e o desempenho global do sistema. Conta com três domínios de especialização: ergonomia física, preocupa-se com as características anatômicas, antropométricas, fisiológicas e biomecânicas relativas às atividades físicas; ergonomia cognitiva, preocupa-se com os processos mentais, tais como percepção, memória, raciocínio e resposta motora, uma vez que afetam as interações entre os humanos e outros elementos do sistema; e ergonomia organizacional, preocupa-se com a otimização dos sistemas sócio-técnicos, incluindo estruturas, políticas e processos organizacionais. A cultura, a gestão da qualidade, o trabalho em equipe, entre outros são objetos de estudo e da prática da ergonomia organizacional^{XI}.

O conceito de cultura justa foi introduzido por Marx⁴⁶. A cultura justa reconhece que os profissionais competentes cometem erros e que mesmo os profissionais competentes

^{XI} International Ergonomics Association. Disponível em: <http://www.iea.cc/>. Acesso em: 02/10/2013.

irão desenvolver comportamentos prejudiciais^{xii} (como deslizes, violações a regras ou rotinas), porém têm tolerância zero para o comportamento imprudente⁴⁷. A cultura justa busca um equilíbrio entre a não responsabilização dos indivíduos por falhas do sistema sobre as quais eles não têm controle, mas reconhece a responsabilidade do indivíduo e, portanto, não é tolerante com desrespeito consciente de riscos claros para os pacientes ou falta grave⁴⁷. O Protocolo de Londres, citado anteriormente, reconhece que existem situações nas quais os indivíduos devem ser responsabilizados pelo incidente, mas também propõe uma análise do sistema como um todo de modo a garantir uma cultura mais aberta e justa²¹.

Quadro 4 - Os três comportamentos

Human Error	At-Risk Behavior	Reckless Behavior
<p><i>Product of Our Current System Design and Behavioral Choices</i></p> <p>Manage through changes in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choices • Processes • Procedures • Training • Design • Environment 	<p><i>A Choice: Risk Believed Insignificant or Justified</i></p> <p>Manage through:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Removing incentives for at-risk behaviors • Creating incentives for healthy behaviors • Increasing situational awareness 	<p><i>Conscious Disregard of Substantial and Unjustifiable Risk</i></p> <p>Manage through:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remedial action • Punitive action
Console	Coach	Punish

Fonte: <https://www.justculture.org/what-is-just-culture/#.UISoQ1O-aIY>. Acesso em: 04/10/2013.

Nessa perspectiva, a cultura de segurança efetiva tem sido descrita como aquela em que há um compromisso compartilhado dos profissionais em assumir a segurança como principal prioridade, em que o engajamento com comportamentos promotores de

^{xii} Quatro conceitos sobre comportamento emergem da noção de cultura justa: erro humano, negligência, conduta imprudente e violações consciente.

segurança é encorajado pelos líderes e pelos pares e no qual as falhas e incidentes que não atingem o paciente [*near misses*] são valorizados como oportunidades de aprendizado e melhoria³².

As intervenções para promover a cultura de segurança do paciente são comparativamente menos delimitadas que outras PSP. Intervenções múltiplas, ou abordagens multicomponentes, são as modalidades mais utilizadas para solidificar a cultura de segurança. As ações preponderantemente empregadas pelas organizações de saúde com esta finalidade estão relacionadas ao treinamento da equipe e às ferramentas de comunicação com forte engajamento das altas lideranças da área, trabalho em equipe e mudança comportamental.

Análoga a outras PSP, a mensuração do estado inicial e posterior a uma intervenção, o monitoramento da evolução e dos resultados e a devolução de informações [*feedback*] são etapas essenciais para promover e fortalecer a cultura de segurança nas organizações de saúde.

Em revisão sistemática feita por Weaver e colaboradores⁴³, que incluiu 33 estudos que avaliaram intervenções para promover a cultura de segurança em organizações hospitalares, identificou-se que os instrumentos de mensuração da cultura/clima de segurança do paciente validados mais empregados foram: *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* e *Patient Safety Climate in Healthcare Organization Survey (SCS)*.

Os questionários de cultura de segurança medem esta cultura em um momento determinado no tempo. Utilizam o termo clima de segurança para indicar esta fotografia, que representa a superfície da cultura²¹.

Estes questionários são utilizados para conhecer a percepção dos funcionários diretamente envolvidos no cuidado ao paciente sobre a cultura/clima de segurança do paciente na organização em que trabalham. Em consonância com os achados desta revisão³², que destacou que a maioria dos estudos (24 de 33) adotou como desenho o delineamento pré-pós-intervenção, esses questionários, em geral, são aplicados com a

finalidade de conhecer o nível da cultura no estágio inicial e em distintos momentos do tempo posterior a realização de uma determinada intervenção. Vale destacar que tanto o SAQ como o HSOPS já foram utilizados no contexto brasileiro, sobre o SCS até o presente momento não foram identificadas experiências ou estudos^{48; 49 50}.

A cultura de segurança aparece relacionada ao comportamento do corpo clínico em termos de notificação de erros e incidentes, redução de eventos adversos e mortalidade. A revisão sistemática acima referida³² destacou haver resultados de estudos indicando associação entre cultura e prática de cuidado seguro (como notificação de erro e incidentes); entre cultura de segurança do paciente e resultados para o paciente (redução de eventos adversos e mortalidade) e entre cultura e indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela AHRQ. Destacaram ainda que cultura pode influenciar até 6% da variação da ocorrência de eventos adversos e 18% da variação da disposição do paciente em recomendar um hospital para a família ou amigos³².

Dalton e Moran⁵¹, em publicação da *The Health Foundation* da Inglaterra, destacam os principais elementos de uma cultura de segurança:

- Comunicação aberta e frequente;
- Equipes multidisciplinares de excelência;
- Cultura justa (compreensão de erros do sistema *versus* erros individuais);
- Sistema de notificação de incidentes robusto que feche o ciclo [*close the loop*];
- Prática de recursos humanos que apoia a cultura da segurança;
- Liderança:
 - Foco nos eventos que nunca devem ocorrer [*never events*]^{XIII};

^{XIII} O termo *never event* refere-se a erros inaceitáveis que nunca deveriam ocorrer, tais como cirurgia em local errado, suicídio ou queda. A lista inicial foi ampliada para incluir eventos adversos que são inequívocos (claramente identificáveis e mensuráveis), graves (resultando em morte ou incapacidade significativa) e, em geral, evitáveis. Em 2002 o *National Quality Forum* (NQF) dos EUA definiu inicialmente 27 desses eventos. A lista vem sendo revista e em 2011, e agora é composta por 29 eventos agrupados em seis categorias: cirúrgico, produto ou dispositivo, proteção do paciente, gestão de cuidados, ambiental,

- Disposição para enfrentar o mau comportamento;
- Responsabilização para melhoria e segurança em todos os níveis;
- Mensuração.

Em resumo, a cultura de segurança do paciente é destacada como importante para compreender questões de segurança, qualidade do cuidado, erro e melhoria de processo. Melhorias na qualidade do cuidado e da segurança passam também por estimular uma cultura mais aberta e atitudes reflexivas face aos erros e aos eventos adversos. Um elemento fundamental é o reconhecimento da falibilidade das pessoas e seus atos. Este representa um ponto de tensão com profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado, que tomam decisões cruciais frente aos problemas de saúde do paciente, cujos resultados finais dependem dessas decisões e de sua execução. Especialistas acreditam que a comunicação completa dos eventos adversos sem culpa, levaria à redução de erros. Além disso, sublinha-se que organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na confiança mútua, nas percepções partilhadas da importância da segurança e na certeza da importância das medidas preventivas³². Na discussão sobre a cultura de segurança do paciente ainda há importantes lacunas para a sua promoção, assim como sobre a sua influência como elemento de contexto na implementação e efetividade das demais PSP⁴³.

Sistemas de Notificação de Incidentes

Sistemas de notificação foram inicialmente criados para prover informação e aprendizado sobre a ocorrência de incidentes. Em alguns países, instâncias governamentais e agências reguladoras colocam pressão sobre os serviços de saúde para que notifiquem incidentes. Sistemas de notificação nacionais têm o potencial de detectar

radiológicos e criminal (fonte: PSNet da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), disponível em <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3>, acessado em 30 de agosto de 2013, tradução livre).

eventos que são raros no nível local. Entretanto, são sistemas baseados em indicadores reativos (ver definição abaixo) e há evidência de que são limitados para detectar eventos adversos. Segundo Vincent e colaboradores²¹ geralmente esta notificação não guarda qualquer relação com um processo de integração e aprendizado na organização.

Nas organizações de saúde, ainda é presente a cultura da culpa, o que gera receio nos profissionais de saúde em reportar erros, seja por preocupações com a responsabilização ou medo de serem vistos como incompetentes. Consequência disto é o desconhecimento dos incidentes, em face de subnotificação ou mesmo negação da relevância e da frequência do problema, e o fato de o aprendizado com os incidentes e os eventos adversos não acontecer na escala esperada⁵².

Nas indústrias estudadas por Vincent e colaboradores²¹ observa-se uma maturação destas medidas. Da abordagem inicial voltada para o número, tipo e gravidade dos incidentes notificados, caminham para adoção de indicadores mais sofisticados de processo (indicadores preditivos - ver definição abaixo) voltados para avaliar a qualidade da notificação e do processo de aprendizagem dela decorrente. São exemplos destes indicadores: percentual de incidentes cujas causas sistêmicas foram identificadas e tempo médio entre o incidente e o término da investigação. O custo dos incidentes também tem sido mais investigado.

Segurança, dano e erro

Para Vincent e colaboradores²¹ apesar de o erro ser um importante foco das medidas de segurança, o principal foco deve ser o dano. Ressaltam "... que a dificuldade em atribuir erro ao dano é um exemplo de um problema mais geral, que é a dificuldade para se ligar as medidas de processo ao resultado" (Vincent et al.²¹, p. 5, tradução livre dos autores).

Justificam sua proposta por:

- (i) ser o dano o que os pacientes se importam mais;
- (ii) nem todos os danos causados pelo cuidado de saúde são decorrentes de erro, alguns são apenas parcialmente atribuídos a erro; e

- (iii) nem todos os erros causam dano e alguns erros podem ser considerados necessários ao aprendizado (exemplo, cirurgia).

Vale ressaltar, que num dos modelos conceituais de segurança "Segurança como Resiliência", por razões semelhantes o foco desloca-se para os acertos⁴².

Mensuração e monitoramento da segurança do paciente

Segurança se expressa quando nada de inesperado está ocorrendo em uma organização: nesta medida é um "dinâmico não-evento", e assim de certa maneira invisível. Na ausência de incidentes graves, a segurança aparece para gestores e agentes de regulação como adequada. Entretanto, o seu monitoramento é crucial para detectar vulnerabilidades e poder indicar prioridades de melhoria²¹.

Vincent e colaboradores²¹ revisaram as tendências recentes nas indústrias nuclear, de petróleo, química, aviação, mineração, alimentação, manufaturados e transporte. De certo modo, todas as experiências apresentadas mostram-se na literatura associadas a um melhor desempenho. Do ponto de vista das medidas de segurança há uma mudança do que se denomina por indicadores reativos [*lagging indicators*], por indicadores preditivos [*leading indicators*] voltados para antecipar se um evento vai ocorrer. Esta nova abordagem reflete uma postura mais proativa das ações de segurança e está associada ao modelo de Segurança II. Emprega variáveis consideradas como motivadoras de um desempenho seguro como, por exemplo: sistemas de auditorias de gestão de segurança [*safety management systems audits*], casos de segurança^{XIV} [*safety cases*], cultura de segurança e rondas de segurança ou de executivos [*executive/safety walk-rounds*].

^{XIV} **Casos de segurança** [*safety cases*] representam um documento que contém o conjunto de evidências que dão suporte e validam o argumento de que um determinado sistema é adequadamente seguro, para um determinado uso em um contexto (ambiente) específico. Utilizado em algumas indústrias, principalmente aqueles com risco de resultados catastróficos. Em determinadas indústrias, agências reguladoras exigem que Casos de Segurança sejam elaborados antes que novas plantas entrem em execução. A *The Health Foundation* recentemente lançou uma publicação totalmente voltada para esta estratégia, ainda pouco utilizada na área de saúde. Estão também estudando o potencial de uso desta estratégia na saúde (Fonte: The Health Foundation. Evidence: Using safety cases in industry and healthcare. Londres: The Health Foundation 2012.)

Propõem utilizar-se um conjunto balanceado de indicadores reativos e indicadores proativos.

A mudança para uma postura mais proativa na segurança foi desencadeada por diversas ocorrências que denotavam limitações na gestão de risco das indústrias analisadas e na perda de confiança das pessoas com a segurança em algumas indústrias. Para possibilitar o monitoramento proativo, várias empresas empregam a observação direta do desempenho como técnica de coleta de dados. É utilizada para avaliar aspectos comportamentais associados à segurança, e também para avaliar intervenções [*behavioural based safety programmes*] voltadas para melhorar o comportamento seguro.

Do ponto de vista do monitoramento da segurança, os autores concluem ser prematuro para a segurança do paciente importar modelos adotados por outras indústrias bastantes seguras, já que este não é o caso da saúde. Lembram que as teorias recentes sobre sistemas dinâmicos indicam não ser possível sempre definir os fatores associados à segurança no futuro. Portanto, existem desafios para as abordagens dominantes baseadas em notificação de incidentes e análise de causa raiz. Assim, propõem que a abordagem reativa predominante nas organizações de saúde seja complementada por uma mais preditiva. Sugerem monitorar-se a capacidade do sistema em identificar riscos e resolvê-los.

No Brasil, tese de doutorado, defendida em 2012, foi pioneira no desenvolvimento de metodologia para criação de indicadores preditivos no país para avaliar a resiliência em organizações que lidam com tecnologias perigosas⁵³.

Vincent e colaboradores²¹ nos lembram que um passado seguro não garante segurança no futuro. Daí ser importante saber se o cuidado prestado hoje é seguro, se a organização continuará segura no futuro e se pacientes e familiares acreditam que a organização é segura. Definem organização segura como aquela que reconhece seus problemas, é responsiva e aprende com seus erros e garante que medidas voltadas para melhoria não

introduzirão novos riscos no cuidado ao paciente. Com base nesta definição, propõem cinco dimensões para a mensuração e o monitoramento da segurança do paciente.

Quadro 5 - Cinco dimensões do modelo explicativo para mensuração e monitoramento da segurança

Dimensão	Definição da Dimensão	Especificação da Dimensão	Mensuração/Melhoria da Dimensão
Danos ocorridos no passado	Danos físicos e psicológicos	Tipologia de danos ao paciente	<p><u>Tipologia de danos</u>: Danos associados a tratamentos específicos; Danos associados a sobreutilização (utilização em excesso) de medicamento; Danos decorrentes do cuidado de saúde em geral (exemplo, IRAS); Danos associados à falha em prestar cuidado apropriado; Danos associados à demora ou inadequação do tratamento; e Danos psicológicos [inclui sentimento de insegurança].</p> <p><u>Mensuração do dano</u>: Estatísticas de Mortalidade; Revisão Sistemática de Prontuários; Rastreadores [<i>Global Trigger Tool</i>]; Sistemas de Notificação; Sistemas de Notificação para Casos Específicos [<i>target</i>]; e Sistemas de Notificação Obrigatória de Eventos que Nunca Devem Ocorrer [<i>Never Events</i>].</p>
Confiabilidade	Medidas comportamentais e sistêmicas	<p><u>Confiabilidade básica no cuidado de saúde</u> - ser baseada em vários processos padronizados que podem funcionar sem falhas ao longo do tempo. Confiabilidade deve ser aplicada apenas nos processos que se caracterizam por terem alto grau de concordância na sua relação com melhoria da segurança e alta padronização, por exemplo, higienização de mãos e administração de radioterapia. <u>Protocolos</u> definem os modos de comportamentos considerados seguros, dirigidos a tarefas rotineiras que não devem variar. No caso das <u>diretrizes clínicas</u>, há a expectativa de variações na decisão em função das preferências dos pacientes e do julgamento clínico. Nestes casos, o conceito de confiabilidade não se aplica. A confiabilidade pode ser dividida em</p>	Auditoria de Processos Clínicos; Seis Sigma; Pacotes de Cuidado [<i>Care Bundles</i>]

		confiabilidade dos sistemas clínicos e do comportamento humano.	
Sensibilidade às operações	Capacidade de monitorar cada momento (diariamente, a cada hora)	Inclui além do monitoramento clínico do paciente a <u>atenção</u> dos profissionais, supervisores e gerentes às questões gerais que podem afetar a segurança do paciente, tais como: disponibilidade de insumos; horas trabalhadas, entre outras.	Rondas de Segurança ou de Executivos; Gerência de Risco, Reuniões Operacionais, Passagens de caso/plantão, Encontros/entrevistas com Pacientes e Familiares; <i>Briefings e Debriefings</i> ; Conversas do dia-a-dia.
Antecipação e estar preparado [<i>preparedness</i>]	Capacidade de se antecipar e de dar resposta na ocorrência de problemas		Análise de modo e efeito de falha (FMEA); Análise de confiabilidade humana (HRA) [<i>Human Reliability Analysis</i>]; Casos de Segurança, Cultura de Segurança; Inquéritos de Segurança; Indicadores de Segurança relacionados ao <i>staff</i> .
Integração e aprendizado	Capacidade de aprender, responder e melhorar a segurança a partir da informação	Organizações seguras buscam incidentes ativamente, respondem prontamente e aprendem com estes incidentes de modo a tornar a organização mais segura no futuro. A integração e discussão da informação deve ocorrer em todos os níveis da organização, de acordo com a sua relevância para cada nível. A integração deve ser pensada também no âmbito do sistema.	Revisão Sistemática de Prontuários; Sistemas de Notificação de Incidentes; Investigação e Análise de Incidentes; <i>Feedback</i> ; ações de resposta rápida [<i>rapid response actions</i>]; informação sobre a atenção aos riscos [<i>risk awareness information</i>]; informar o <i>staff</i> das medidas tomadas; e Melhoria.

Fonte: Elaborado a partir das ideias e conceitos apresentados por Vincent, Burnett, Carthey, 2013²¹.

SEGUNDA PARTE: PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O conhecimento na área da segurança do paciente vem crescendo e adquirindo consistência. Em decorrência da sensibilidade ao tema e da magnitude dos problemas relacionados à segurança do paciente, pode-se constatar que desde o início dessa área de estudo sempre houve a preocupação em tentar transpor os conhecimentos adquiridos para a prática dos serviços de saúde. Este relatório apresenta informações sobre duas iniciativas relevantes: as Soluções para a Segurança do Paciente da OMS (2007), pela sua abrangência; e as Práticas de Segurança do Paciente (PSP) da AHRQ (2013), pela robustez da metodologia científica e pela atualidade das evidências apresentadas.

O resumo das soluções da OMS e das 10 PSP fortemente recomendadas pelo documento da AHRQ objetiva, nesta parte do relatório, fornecer subsídios para a formulação de políticas de segurança em nosso país, aplicáveis e recomendáveis tanto no nível da organização de saúde como no nível do sistema de saúde.

Soluções para a Segurança do Paciente da OMS

Em 2007, a OMS lançou as Soluções para Segurança do Paciente, um conjunto de intervenções que visam à prevenção e à redução do risco de dano aos pacientes. O principal objetivo destas soluções é orientar o redesenho dos processos de cuidado de forma a evitar que erros possam causar danos aos pacientes. O resumo das soluções apresentado abaixo foi traduzido pelo Proqualis (disponível em <http://proqualis.net/?id=000000654>).

1. Gerenciar medicamentos com aparência ou com nomes parecidos

Uma causa comum de erro de medicação é a confusão gerada por medicamentos com nomes parecidos e/ou embalagens com aparência semelhante. Em mais de cinco mil casos de erros de medicação relatados nos Estados Unidos na década de 1990, 16% foram devidos à administração de medicação errada. Além de recomendações para minimizar a confusão dos nomes dos medicamentos, é de suma importância a educação e o treinamento dos profissionais para reduzir o risco de erro.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution1.pdf>

2. Identificar o paciente

As falhas na correta identificação do paciente levam com freqüência a erros de medicação, de transfusão de hemoderivados, à realização de procedimentos no paciente errado e a alta de bebês com a família errada. Para minimizar esse problema devem ser utilizadas estratégias e intervenções simples para identificação dos pacientes ou dos bebês.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>

3. Promover comunicação adequada durante a transferência de responsabilidade do paciente

A complexidade envolvida no cuidado ao paciente, seja pela incorporação tecnológica, seja pelas características e gravidade do quadro clínico dos pacientes, requer não só uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, mas também uma participação efetiva dos próprios pacientes e seus familiares. Dessa forma, a adequada comunicação torna-se fundamental para evitar problemas que podem resultar em sérios danos, por causarem descontinuidade no cuidado e até tratamento inadequado.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

4. Realizar o procedimento correto na parte correta do corpo

Os casos de procedimentos ou cirurgias na parte errada do corpo ocorrem e são considerados totalmente evitáveis. Resultam de falhas de comunicação e informação, além da falta de padronização nos procedimentos. A principal estratégia para reduzir as ocorrências de dano aos pacientes relacionados à cirurgia é a implantação do uso de uma Lista de Verificação [*checklist*], preparada por especialistas para auxiliar as equipes cirúrgicas. A lista padroniza os itens a serem garantidos nas seguintes etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão na pele e antes do paciente sair da sala cirúrgica. Para que obtenha êxito, essa solução requer o engajamento da liderança gerencial e

clínica, além dos profissionais envolvidos no cuidado. O Brasil tornou-se signatário dessa estratégia da OMS em 2008.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution4.pdf>

5. Controlar as soluções eletrolíticas concentradas

As soluções eletrolíticas concentradas merecem especial atenção devido à sua grande utilização e ao alto risco de dano ao paciente, inclusive morte, associado ao uso inadequado. Devem, portanto, ser armazenadas e manipuladas de forma controlada e segura.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf>

6. Garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado

Erros de medicação são uma das causas mais frequentes de incidentes que levam ao dano ou à morte de pacientes. Esses erros são mais comuns nos momentos de transferência da responsabilidade pelo paciente, principalmente na alta hospitalar. Em alguns países 67% das prescrições contém algum erro, sendo que 46% dos erros de medicação ocorrem na admissão ou na alta. Deve ser constituído um processo para prover medicamentos corretos aos pacientes em todos os momentos do cuidado de saúde.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>

7. Evitar conexão errada de cateter e de tubo endotraqueal

A conexão inadequada de tubos, seringas e cateteres leva ao extravasamento de fluidos e medicamentos e provoca sérios danos aos pacientes, tais como flebite e necrose que ocorrem, por exemplo, quando quimioterápicos são aplicados fora do vaso sanguíneo. Também tem sido relatada morte de pacientes por administração de fluidos orais por via intravenosa. Para minimizar esse problema, os dispositivos devem ter forma padronizada a fim de garantir a impossibilidade de encaixe inadequado. Também é de suma importância que seja garantido o adequado manuseio por parte dos profissionais e o adequado posicionamento do paciente.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution7.pdf>

8. Usar dispositivo para injeção uma única vez

A reutilização de seringas e agulhas contribui significativamente para a transmissão dos vírus da AIDS e das hepatites B e C. Estima-se que em 2000, nos países em desenvolvimento, 250 mil casos de infecção pelo HIV (5% do total), 22 milhões de casos novos de hepatite B (um terço do total) e 2 milhões de hepatite C (40% do total) foram decorrentes de reutilização desses dispositivos. Dessa forma, a solução proposta é usar uma única vez seringas e agulhas.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution8-LowRes.pdf>

9. Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado de saúde

A higienização adequada das mãos é a medida mais importante, e reconhecida há muitos anos, para prevenir e controlar infecções nos serviços de saúde. Apesar da reconhecida importância, as taxas de infecção variam de 5% a 20%. O desafio constante é colocar em prática os procedimentos que garantem a adequada higienização das mãos. Este é o alvo da campanha da OMS “Salve vidas: higienize suas mãos”, que visa promover o incentivo e a sensibilização dos profissionais para a adesão à prática da higienização das mãos de forma constante e rotineira. O Brasil é signatário dessa estratégia da OMS.

Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution9.pdf>

Além das soluções para segurança do paciente, o documento do Proqualis aborda outros cinco tópicos fundamentais:

1. Prevenir queda do paciente

Alguns fatores predispõem ao risco para queda do paciente, sejam estes inerentes aos pacientes, ambientais, educacionais ou culturais. Além de avaliar os riscos tanto dos pacientes, quanto ambientais, deve-se instituir procedimentos para a sua prevenção.

2. Prevenir úlcera de pressão

A literatura internacional estima uma prevalência de úlceras de pressão (escaras ou úlceras de decúbito) entre 3% a 30% dos pacientes internados. Em pacientes paraplégicos ou tetraplégicos e em idosos com fratura de colo de fêmur esse percentual pode chegar a 60%. A prevenção de lesão de pele requer a avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão além de métodos preventivos.

3. Responder à deterioração do quadro do paciente

Apesar dos avanços tecnológicos, do aperfeiçoamento e treinamento dos profissionais para o atendimento à parada cardiorespiratória (PCR), não tem havido mudança nos dados de sobrevivência pós-PCR nos hospitais. A taxa de mortalidade hospitalar pós-PCR permanece em torno de 16%. Algumas estratégias devem ser implementadas para enfrentamento da situação, das quais faz parte a criação de uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) Trata-se de uma equipe de profissionais da saúde, liderada por um médico, com o objetivo de realizar intervenções rápidas em pacientes com sinais de deterioração clínica.

4. Comunicar resultados críticos de exames

O atraso no conhecimento de um resultado crítico de exame pode resultar em sério dano ao paciente. Por isso, devem ser criados mecanismos que permitam a comunicação de resultados críticos de exames em tempo hábil e de forma clara.

5. Prevenir infecção da corrente sanguínea associada a cateterismo central

Infecções de corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateter têm alta prevalência, alta letalidade e alto custo. Nos EUA estimam-se 80.000 infecções por ano que levam a 28.000 mortes em terapia intensiva. Cada caso custa cerca de 45.000 mil dólares, o que leva a um gasto anual de mais de 2 bilhões de dólares. Ações baseadas em evidências científicas devem ser implementadas para minimizar o problema.

Vale destacar que os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) brasileiro, lançado em abril de 2013, estão alinhados às Soluções para Segurança do Paciente da OMS. São eles: cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlcera por pressão; identificação do paciente; prevenção de

quedas; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Os protocolos do PNSP foram submetidos à consulta pública e podem ser acessados no [sítio www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html).

Práticas de Segurança do Paciente da AHRQ

Após 12 anos desde a identificação e análise das evidências disponíveis sobre práticas de segurança do paciente (PSP), a AHRQ publicou, em 2013, uma atualização abrangente. Além dos indícios quanto ao impacto aquém do esperado das iniciativas para melhoria da segurança do paciente, a abundância de estudos publicados indicava a premência de uma atualização da revisão da literatura especializada. Alia-se a essa constatação, resultados indicativos de que a efetividade das práticas para melhorar a segurança do paciente mostrava-se relacionada às condições de sua implementação e a características do contexto no qual são aplicadas³².

A estratégia metodológica apoiou-se em instrumentos e avanços progressos no campo da revisão sistemática, prática baseada em evidência e avaliação de implementação, entre outros. Os dois eixos centrais desta metodologia foram: (1) o levantamento bibliográfico sistemático em múltiplas bases de dados, incluindo a literatura cinzenta; e (2) a opinião, avaliação e julgamento de membros de um painel de especialistas, lideranças ou atuantes, nas áreas de segurança do paciente, métodos de avaliação ou responsáveis pela implementação de práticas de segurança do paciente^{10; 32} (detalhes metodológicos no Anexo B).

Uma lista inicial de 158 tópicos potenciais foi submetida à votação pelos membros do painel de especialistas em diversas rodadas de avaliação. O produto desse julgamento identificou 42^{xv} PSP consideradas relevantes para diferentes audiências (gestores, financiadores, pesquisadores, profissionais e pacientes). Destas 42 PSP, 19 práticas foram objeto de uma extensa revisão [*in-depth review*] e 23 práticas consideradas de ampla aceitação e relativa robustez foram atualizadas com base numa revisão pontual [*brief review*]. O julgamento dos especialistas foi crucial no projeto, este foi considerado

^{xv} No texto introdutório, o relatório da AHRQ cita 41 práticas de segurança do paciente, porém apresenta uma lista com 42 práticas estudadas.

tanto para a seleção das práticas a serem revisadas como para o tipo de revisão que seria desenvolvida (aprofundada ou atualização).

A síntese de todas as práticas contemplou os seguintes domínios: (1) escopo do problema, (2) força da evidência da efetividade, (3) evidência de potencial dano indesejado, (4) custos estimados, (5) conhecimento acumulado sobre a implementação da prática e grau de dificuldade da implementação. Com base na análise conjunta dos cinco domínios definidos para a síntese das evidências, das 42 práticas de segurança do paciente estudadas, o painel de especialistas classificou 10 como **fortemente recomendadas** (Quadro 5) e 22 como **recomendadas** (Quadro 6).

Quadro 6 - Práticas fortemente recomendadas

1. Lista de abreviações perigosas que não devem ser usadas.
2. Barreiras de precaução para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.
3. Intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos.
4. Redução do uso desnecessário de cateter vesical e outras estratégias para prevenir infecções do trato urinário relacionada a cateter.
5. Prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres venosos centrais.
6. Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.
7. Listas de verificação pré-operatória e de anestesia para prevenir incidentes relacionados à segurança na cirurgia, como infecções de sítio cirúrgico e cirurgia em local errado.
8. Uso de ultrassonografia em tempo real para guiar a inserção de cateter venoso central para aumentar a proporção de cateteres posicionados corretamente na primeira tentativa.
9. Intervenções multicomponentes para prevenir úlceras por pressão.
10. Estratégias para aumentar a profilaxia adequada do tromboembolismo venoso.

Fonte: Tradução dos autores baseada na Tabela C do Sumário Executivo do relatório Making Health Care Safer II.

Quadro 7 - Práticas recomendadas

1. Uso de farmacêuticos clínicos para reduzir eventos adversos relacionados a medicamentos.
2. Uso de indicadores de resultado cirúrgico e relatórios como os do *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Project* para reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatórias.
3. Intervenções multicomponentes para prevenir quedas em pacientes internados.
4. Sistemas de resposta rápida para prevenir falha no resgate.
5. Conciliação medicamentosa apoiada por farmacêuticos clínicos.
6. Prevenção do óbito de pacientes ou de danos graves associados à exposição à radiação durante a fluoroscopia e a tomografia computadorizada por meio de intervenções técnicas, da utilização adequada e do uso de algoritmos e protocolos.
7. Assegurar a documentação das preferências do paciente quanto ao tratamento de suporte à vida, como diretivas antecipadas.
8. Uso de estratégias complementares para detecção e monitoramento dos problemas de segurança do paciente.
9. Uso de treinamentos e exercícios baseados em simulação.
10. Obtenção do consentimento informado dos pacientes para melhorar sua compreensão sobre os possíveis riscos de procedimentos médicos.
11. Treinamento em equipe no cuidado de saúde.
12. Uso de prescrições computadorizadas com sistemas de apoio à decisão clínica.

Fonte: Tradução dos autores baseada na Tabela D do Sumário Executivo do relatório Making Health Care Safer II³².

Práticas de Segurança do Paciente Recomendadas pela AHRQ³²

As 10 práticas fortemente recomendadas são apresentadas a seguir de forma resumida. Também é apresentado um resumo das intervenções multicomponentes para prevenir quedas, pois estas foram objeto de um dos seis protocolos elaborados no Programa Nacional de Segurança do Paciente.

1. Lista de abreviações perigosas que não devem ser usadas

Erros de medicação derivam de uma série de fatores, incluindo falhas de comunicação entre os prescritores e os farmacêuticos na forma de compreensão inadequada e/ou abreviações ilegíveis. Os perigos potenciais de certas abreviações começaram a receber mais atenção há aproximadamente 20 anos. A iniciativa mais notável para enfrentar o problema foi a da *Joint Commission* que em 2003 declarou como uma de suas Metas

Nacionais para Segurança do Paciente que, até abril de 2004, nove abreviações e/ou siglas constantes na lista “Não utilizar” deveriam ser banidas dos hospitais por ela acreditados. Entre as abreviações inapropriadas incluídas na lista estão: “U” ou “u” ao invés de *unit*, “IU” ao invés de *international unit*, e o uso de zeros, tanto após um número ordinal (1,0 ao invés de 1) quanto a falta de zero antes da vírgula decimal (,9 ao invés de 0,9).

Evitar o uso de abreviações potencialmente perigosas estava inicialmente dirigido aos documentos escritos à mão, mas o plano primordial era estender tal estipulação para todas as formas de comunicações específicas do paciente incluindo materiais impressos, eletrônicos e manuscritos.

De acordo com o relatório, a magnitude do dano decorrente do uso de abreviações e outras siglas como acrônimos e símbolos não é suficientemente conhecida. Estudo realizado por Brunetti e colaboradores constatou que nos EUA, entre 2004 e 2006, dos 643.151 erros de medicação relatados um total de 29.974 (4,7%) estavam associados ao uso de abreviações⁵⁴. A maioria desses erros (81%) ocorreu durante a prescrição, não surpreendentemente, os médicos foram responsáveis por 79% dos erros relacionados ao uso de abreviações. Apesar de o estudo apresentar limitações por ser baseado em relatos voluntários, os dados sugerem que relativamente poucas abreviações e siglas são responsáveis por 5% dos erros de medicação⁵⁴.

Segundo Kuhn, existem 3 métodos para abordar as questões de segurança associadas ao uso de abreviações: educação dos profissionais, garantir o respeito às normas estabelecidas e ações de liderança⁵⁵. No contexto da implementação desses métodos alia-se o advento da prescrição eletrônica com sistemas de apoio à decisão clínica que pode ter impacto positivo no uso de abreviações. Infelizmente, literatura relevante nessas áreas é escassa e os esforços de implementação utilizaram métodos mistos impossibilitando a obtenção de evidências para cada método.

O relatório também indica que, as ações educativas parecem não ser tão efetivas quanto às ações voltadas para o respeito às normas estabelecidas. Estas podem incluir o uso de entradas pré-estabelecidas na prescrição eletrônica, devolução de prescrições com abreviações e/ou telefonemas para os prescritores para melhor compreensão do que estava escrito.

Entretanto, a literatura disponível sobre os esforços de implementação é limitada. Não foram encontrados estudos que avaliam a sustentabilidade desses esforços, nem estudos onde a redução do uso de abreviações levasse à redução de danos ao paciente, embora o relatório indique que pela lógica pareça ser o que acontece.

Quanto ao custo da implementação, o relatório aponta que este dependerá do rigor e da extensão do método adotado.

No Brasil, de acordo com o Parecer do CREMESP em resposta à Consulta nº 61.624/05, inexistem normas balizando a utilização de abreviaturas e/ou siglas na área de documentação médica. As instituições acreditadas ou em processo de acreditação já têm alguma experiência com práticas para a redução do uso de siglas ou abreviações perigosas, uma vez que os manuais de acreditação trazem essa exigência.

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do PNSP recomenda que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas. De acordo com o protocolo, as abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar a administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Com relação à expressão de doses, o protocolo recomenda a não utilização de vírgula e zero após a dose/quantidade, p.ex. “5,0mg”, pois pode ser confundidos com 50mg. Ainda segundo o protocolo, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita, p.ex. “0,5g” pode ser confundido com “5g”.

2. Barreiras de precaução para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) estão mundialmente associadas com maiores morbidade, mortalidade e custos. Apesar de décadas de intervenções para o controle de infecção, as IRAS continuam a representar a principal carga de doença nos hospitais estadunidenses⁵⁶. Para alguns dos patógenos não existem antibióticos efetivos disponíveis, pois tratam-se de novas IRAS ou de cepas multiresistentes. Dessa forma, a prevenção, não o tratamento, é a estratégia mais sustentável de controle das IRAS.

O reservatório para diversas IRAS é, principalmente, o paciente colonizado ou infectado. Profissionais de saúde colonizados transitoriamente ou itens contaminados no ambiente são frequentemente intermediários na transmissão paciente-a-paciente destes patógenos. Assim, quebrar a transmissão a partir destes reservatórios é a estratégia mais importante para evitar as IRAS.

De acordo com o relatório, três tipos de intervenção têm este objetivo: barreiras de precaução, isolamento do paciente e vigilância de rotina. Barreiras de precaução ou precaução de contato incluem o uso de avental e luvas para todo contato com pacientes colonizados ou infectados seguido de imediata higienização das mãos, e o uso de equipamentos para o exame do paciente que sejam de seu uso exclusivo ou que sejam descartáveis.

O isolamento do paciente pode ser feito por meio da segregação física dos pacientes colonizados ou infectados em uma área específica da enfermaria e com uma equipe de enfermagem exclusiva⁵⁷ ou através do isolamento de contato, no qual o paciente é colocado sozinho em um quarto com as barreiras de precaução.

Vigilância ativa é o processo de testagem de todos os pacientes para a colonização assintomática, geralmente é feita apenas para *S. aureus* resistente à meticilina (MRSA) ou enterococo resistente à vancomicina (VRE) para os quais há reservatórios estabelecidos e testes de triagem válidos⁵⁸. As ações de vigilância podem incluir a testagem de todos os pacientes admitidos ou apenas daqueles sob maior risco de colonização (p.ex. pacientes que receberam antibióticos recentemente).

Esses três tipos de intervenção são utilizados de forma complementar. Os pacientes colonizados detectados pela vigilância ativa são isolados dos demais pacientes. Adicionalmente, o uso da precaução de contato nos pacientes colonizados ou infectados evita a transmissão dos patógenos através das mãos ou vestimentas dos profissionais de saúde para outros pacientes.

As intervenções podem ser classificadas em verticais, quando focam micro-organismos específicos, como a vigilância ativa somada ao isolamento de contato; ou horizontais, em que todas as IRAS são alvo de intervenção, como as precauções de contato universal em ambientes de alto risco⁵⁹.

Segundo os autores, cada organização deve considerar as evidências científicas atuais para determinar quais intervenções são adequadas para o seu contexto com base no perfil de seus pacientes, nos patógenos prevalentes e na capacidade de implementar dada intervenção⁶⁰. Lembrem também que intervenções como vigilância ativa, precauções de contato e isolamento de contato não devem ser executadas isoladamente, mas em conjunto com outras intervenções para controle de infecção como higienização das mãos e gerenciamento do uso de antimicrobianos.

O relatório destaca ainda que a organização deve estar atenta para que a adoção de tais intervenções, fundamentais para prevenir a transmissão de IRAS, não interfira em outros aspectos do cuidado prestado. Alguns estudos apontam que precauções de contato estão associadas com menor contato do paciente com profissionais de saúde, mudanças nos processos de cuidado que resultam em atrasos e maior incidência de eventos adversos não-infecciosos (p.ex. quedas e úlceras por pressão), aumento de sintomas de depressão e ansiedade e diminuição da satisfação do paciente com o cuidado prestado^{61; 62; 63; 64; 65}.

3. Intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos

As IRAS são responsáveis por milhares de mortes por ano nos EUA. Além disso, aumentam sobremaneira os gastos com pacientes internados.

Evidências epidemiológicas sustentam a hipótese de que a higienização das mãos reduz a transmissão de patógenos e a incidência de IRAS. Apesar de a associação entre a higienização das mãos e melhorias nas taxas de IRAS ser de difícil comprovação no contexto presente do cuidado de saúde, organizações como a OMS, o *Centers for Disease Control* (CDC) e a *Joint Commission* reconhecem a importância dessa prática, recomendando, ou exigindo, intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos como forma de redução da incidência de IRAS. A adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é com frequência baixa, em média 39%⁶⁶.

De acordo com o relatório, higienização das mãos é um termo geral para a remoção de microorganismos com um agente desinfetante como álcool ou água e sabão³¹. Os profissionais de saúde devem higienizar as mãos antes de examinar um paciente, após

o contato com fluídos corporais, antes de procedimentos invasivos, e após a remoção de luvas⁶⁷.

As intervenções para higienização das mãos podem se dar num único nível ou em diversos níveis da organização, e incluem: educação e envolvimento da equipe e/ou do paciente, ações de feedback, mudança cultural, mudança organizacional, marketing social, pias ou dispensadores de álcool adicionais ou uma combinação de todos esses elementos^{31; 68}.

O monitoramento da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é fundamental para avaliar se as intervenções estão sendo bem sucedidas. Os métodos para o monitoramento incluem a observação direta, relatos dos pacientes e o acompanhamento do consumo dos produtos usados na higienização.

O relatório pondera que ainda faltam evidências robustas que demonstrem quais são as intervenções mais efetivas, porém destaca que as intervenções implementadas e promovidas por diversas organizações nos EUA e mundialmente incluem programas educacionais, monitoramento e *feedback*. Sugere que as intervenções sejam multimodais, abordando os conhecimentos, atitudes e crenças dos profissionais com relação à higienização das mãos, assim como estratégias para promover a mudança comportamental e que sejam customizadas para as necessidades da organização bem como para diferentes grupos de prestadores e organizações. As estratégias desenvolvidas pelo CDC e pela OMS devem ser aproveitadas. O engajamento do paciente é uma prática promissora, mas ainda com poucos estudos sobre sua efetividade.

A ANVISA traduziu o material da estratégia multimodal da OMS e distribuiu para diversas organizações de saúde no país. O protocolo de higienização das mãos foi um dos protocolos iniciais lançados no Programa Nacional de Segurança do Paciente tendo sido fortemente influenciado pela estratégia da OMS.

4. Redução do uso desnecessário do cateter vesical e outras estratégias para prevenir infecções do trato urinário relacionada a cateter

As infecções do trato urinário são consideradas as IRAS mais frequentes, com a grande maioria dessas infecções ocorrendo após a inserção, com frequência desnecessária, de cateteres vesicais. Estima-se que ocorram 1 milhão de infecções do trato urinário relacionada a cateter (ITU-RC) por ano⁶⁹ com um custo adicional de 676 dólares americanos por internação⁷⁰.

Da mesma forma que ocorre com outras IRAS, as estratégias de prevenção de ITU-RC consistem em pacotes de intervenções^{XVI}, reunindo ações educativas para aumentar o uso apropriado e as habilidades clínicas na inserção do cateter, ações comportamentais como restrições ao uso do cateter e protocolos para sua retirada e o uso de algumas tecnologias específicas como a ultrassonografia vesical.

Como forma de auxiliar na organização e priorização das ações para prevenir a ITU-RC, os autores adotaram o “ciclo de vida do cateter vesical” que apresenta quatro estágios: (1) inicia com a inserção; (2) continua com a sua manutenção dia após dia; (3) termina quando é removido; e (4) pode iniciar de novo se outro cateter é inserido depois da remoção do primeiro⁷¹.

Como a redução do uso desnecessário do cateter vesical é o principal meio de prevenção da ITU-RC, esta revisão buscou evidências em 2 tipos de intervenções: (1) protocolos e intervenções para evitar a inserção desnecessária de cateteres (estágio 1 do ciclo de vida); e (2) intervenções para a remoção dos cateteres quando estes não são mais necessários (estágio 3 do ciclo de vida).

Estratégias para evitar a inserção desnecessária

Apesar de ações educativas serem as mais frequentes e um importante passo inicial para a redução do uso inadequado de cateteres vesicais, a adoção de ações para restringir a inserção de cateteres são intervenções mais efetivas e potencialmente mais sustentáveis. Protocolos para restringir a inserção do cateter podem servir de lembrete

^{XVI} Pacotes de intervenções [*bundles*] são um pequeno número de intervenções (geralmente 3 a 5) baseadas em evidência destinadas a um determinado tipo de paciente num determinado ambiente de cuidado que quando implantadas conjuntamente podem trazer resultados significativamente melhores do que quando implantadas individualmente. (Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012).

constante para os profissionais sobre o seu uso adequado, podem sugerir alternativas ao cateter vesical (como sonda para urinar tipo camisinha ou o cateterismo intermitente), mas talvez o que seja mais importante é a possibilidade de gerar responsabilização por cada cateter vesical inserido. Diversos estudos de intervenção com avaliação pré e pós resultaram em diminuição do uso de cateter vesical, menor proporção de cateteres inseridos sem prescrição médica e uma redução na proporção de cateteres inseridos sem uma indicação adequada.

Estratégias para estimular a remoção de cateteres desnecessários

Ponto-chave para estimular a remoção de cateteres desnecessários é lembrar frequentemente (por dia ou por turno) enfermeiros e médicos de que o cateter continua no paciente. Intervenções para lembrar a presença do cateter incluem: lista de verificação diária, lembrete verbal/escrito para avaliar continuamente a necessidade do cateter, lembrete adesivo no prontuário do paciente, bolsa do cateter ou um lembrete eletrônico de que o cateter ainda está lá. Algumas intervenções trabalham com enfermeiros dedicados para detecção de cateteres desnecessários. Infelizmente, lembretes são fáceis de serem ignorados e o próximo passo é uma “ordem de interrupção”. Ordens de interrupção direcionadas aos médicos podem exigir que eles renovem ou interrompam o uso do cateter a cada 24 ou 48 horas, por exemplo. Revisão sistemática e meta-análise de 14 estudos evidenciou uma redução de 52% da taxa de ITU-RC com o uso de lembretes e/ou ordens de interrupção. Esta meta-análise também sugere que o tempo médio de cateterização foi reduzido em 37%, com o grupo de intervenção apresentando 2,61 dias a menos de cateterização quando comparado com o grupo controle⁷².

Hospitais devem considerar fortemente o emprego de intervenções para evitar o uso desnecessário de cateteres vesicais bem como estimular a sua remoção quando não forem mais indicados. Tais intervenções parecem ter baixo custo, baixo risco e são estratégias efetivas para a abordagem de uma das mais frequentes IRAS nos EUA.

Apesar de a ANVISA ter elaborado material sobre o tema e de ter definido um indicador para o seu acompanhamento, não existem dados nacionais sobre a magnitude dessa

condição de saúde. Os dados disponíveis correspondem a iniciativas isoladas de alguns hospitais como, por exemplo, o Hospital Israelita Albert Einstein.

5. Prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres venosos centrais

Cateter venoso central (CVC) é um dispositivo de acesso intravascular que termina dentro de grandes vasos do pescoço ou em um local próximo ao coração. Estes dispositivos são vitais para o cuidado de pacientes críticos, pois possibilitam um acesso confiável para coleta de amostras, infusão de medicamentos e aferição de medidas hemodinâmicas. Porém, o uso de CVC constitui a principal causa de infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) e está frequentemente relacionado com condições que colocam a vida do paciente em risco.

Das 249.000 IPCS que ocorrem nos EUA a cada ano, 80.000 (32,2%) ocorrem em UTI⁷³. A carga econômica da IPCS associada a CVC é substancial. Uma análise recente estimou que cada episódio de ICPS associada a CVC aumenta o tempo de internação de 7 para 21 dias e adiciona um custo de cerca de \$ 37.000 dólares americanos por paciente⁷⁴.

O *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC) do *Center for Disease Control and Prevention* atualizou recentemente suas diretrizes clínicas para resumir a evidência de determinado número de práticas associadas com a redução da IPCS associada a CVC⁷⁵. Essas práticas podem ser classificadas como: intervenções a implementar no momento de inserção do CVC, práticas após a inserção do CVC e iniciativas institucionais para redução da IPCS associada a CVC.

As medidas para prevenção da IPCS associada a CVC no momento da inserção do CVC são: higienização das mãos antes da inserção do cateter; *kit* contendo os itens necessários à inserção do cateter (minimiza a interrupção do procedimento em decorrência de espera por algum item e auxilia na padronização do procedimento); máxima precaução de barreira estéril (uso de gorro, máscara, luva e avental); antisepsia da pele com clorexidina; cateteres com antimicrobianos; e veia subclávia como local de inserção de escolha.

Para a prevenção da IPCS associada a CVC após a inserção do CVC recomenda-se: desinfetar membranas, conectores e injetores; remover CVC que não sejam indispensáveis; banho diário com clorexidina; curativo do CVC, uso de esponjas com clorexidina e de antibióticos tópicos; *locks* de antibióticos/anti-infectantes em pacientes de alto risco; e antibioticoprofilaxia sistêmica.

As iniciativas institucionais para reduzir a IPCS associada a CVC englobam: intervenções educativas; uso de listas de verificação ou *bundles* para inserção do CVC; e equipes especializadas para inserção do CVC.

Pronovost e colaboradores⁷⁶, no estudo *Michigan Keystone ICU* que incluiu 103 UTI em 67 hospitais dos EUA, testaram o impacto da adoção de cinco práticas baseadas em evidência, com resultados que demonstraram queda consistente na incidência de IPCS associada a CVC. As cinco práticas foram: higienização das mãos antes da inserção do CVC, o uso de máxima precaução de barreira estéril, antissepsia da pele com clorexidina, evitar a região femoral para inserção do CVC e remoção imediata do cateter quando este não for mais indicado. Este projeto ressaltou a importância tanto de componentes técnicos (p.ex. antissepsia da pele) quanto de componentes adaptativos (p.ex. liderança, cultura de segurança) para o sucesso da implementação das iniciativas de prevenção⁷⁷. A identificação destes dois domínios distintos, porém complementares, evidenciam como o comprometimento e a educação das equipes, a execução consistente das medidas do *bundle* e um processo rigoroso de avaliação são componentes fundamentais para a redução da IPCS associada a CVC⁷⁸.

No caso de equipes especializadas para inserção de cateter é citado o exemplo do cateter central de inserção periférica. Esta prática tem sido reservada a enfermeiros treinados tanto nos EUA quanto no Brasil. O número de PICC tem se elevado e esse fato pode alterar a epidemiologia das IPCS, pois poucos estudos avaliaram medidas preventivas com o uso desse tipo de cateter. Outra lacuna no conhecimento científico com relação às IPCS associadas a cateter diz respeito às infecções em pacientes fora da UTI.

Há relatos de hospitais brasileiros que trabalham com consistência para a redução das infecções da corrente sanguínea associada a CVC. A experiência do HCor bem como os

resultados obtidos após a implementação de práticas recomendadas está disponível no portal do Proqualis.

6. Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma infecção adquirida no hospital que se desenvolve de 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal. A PAV é a infecção mais comum em unidades de terapia intensiva (UTI), correspondendo a 25% das infecções e a 50% da utilização de antibióticos nestes ambientes. A PAV causa ainda complicações em 8 a 28% dos pacientes em ventilação mecânica e prolongamento do tempo de internação por, em média, 4 dias. O risco de morte é de aproximadamente 10% (6-27%), possivelmente resultando em 25.000 óbitos ao ano nos EUA⁷⁹.

Estudo realizado por Umscheid e colaboradores (2011) estimou o custo por caso em torno de 23.000 dólares americanos, um incremento de 2,19 a 3,17 bilhões ao ano nos custos do setor de saúde dos EUA. Dados do mesmo estudo revelam que 14.000 a 20.000 vidas poderiam ser salvas anualmente nos EUA se as melhores práticas para prevenção de PAV fossem aplicadas em todos os serviços⁸⁰.

Conforme citado pelo relatório, as práticas para prevenção da PAV são geralmente agrupadas em pacotes de intervenções [*bundles*], e seus principais componentes são: elevação da cabeceira do leito a 30 graus; interrupção da sedação, higiene oral com clorexedine e tubos orotraqueais de aspiração subglótica. Outros componentes frequentemente presentes nestes pacotes de intervenção são a profilaxia do tromboembolismo venoso/embolia pulmonar e a profilaxia da úlcera péptica, porém eles não são específicos para a prevenção da PAV, e sim de outras condições associadas à ventilação mecânica.

Garantir a implantação consistente de todos os componentes do pacote de intervenções, a todos os pacientes elegíveis é um fator importante para o sucesso das estratégias de prevenção de PAV, mas este objetivo pode ser difícil de ser atingido. O *Keystone Project* foi um estudo seminal na área de prevenção de infecções relacionadas ao cuidado de saúde em UTI, pois conseguiu transpor esta barreira, através da combinação de uma abordagem abrangente incluindo a promoção de cultura de

segurança, a melhoria da comunicação e do trabalho em equipe e a implantação de práticas baseadas em evidência.

No Brasil há exemplos de sucesso na prevenção da PAV, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que reduziu a média de incidência de PAV de 18,6 casos por 1.000 ventiladores dia (2006) para 4 casos por 1.000 ventiladores dia (2011). O relato desta bem sucedida experiência, bem como os protocolos implantados pela instituição podem ser encontrados no portal do Proqualis⁸¹.

7. Listas de verificação pré-operatória e de anestesia para prevenir incidentes relacionados à segurança na cirurgia, como infecções de sítio cirúrgico e cirurgia em local errado

Anualmente são realizados em média 234 milhões de procedimentos cirúrgicos conforme dados de 56 países⁸². Nas últimas décadas, o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas permitiu avanços no tratamento de patologias complexas. Porém, tais avanços também aumentaram o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano ao paciente levando à incapacidade ou morte⁸³.

A taxa de eventos adversos em cirurgia geral varia de 2% a 30% conforme os diferentes autores e metodologia empregada⁸⁴. Revisão sistemática realizada por de Vries e colaboradores revelou que 1 a cada 150 pacientes internados morre em consequência de evento adverso, e que quase 2/3 destes eventos estão associados ao cuidado cirúrgico⁸⁵. No Brasil a incidência de eventos adversos cirúrgicos é estimada em torno de 5.9%, sendo em sua maioria evitáveis, conforme estudo retrospectivo realizado por Moura e Mendes (2012) em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro. O mesmo estudo aponta que 1 a cada 5 pacientes com evento adverso cirurgia apresentaram incapacidade permanente ou evoluíram a óbito⁸⁶.

Listas de verificação podem prevenir erros e complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos; sendo geralmente implantadas como parte de uma estratégia de intervenções multicomponente. Exemplos destas ferramentas incluem o *SURPASS checklist* (lista que engloba da admissão à alta do paciente cirúrgico)^{87; 88}; listas de verificação específicas para prevenção de cirurgia no lado errado (como por exemplo, o

protocolo da *Joint Commission*)⁸⁹ e para anestesia⁹⁰. Porém o exemplo mais proeminente é a lista de verificação de segurança cirúrgica desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o foco principal do relatório.

A lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS contém 19 itens divididos em três etapas que requerem envolvimento colaborativo da equipe de cirurgiões, anestesistas e enfermagem. A primeira etapa ocorre antes da indução anestésica (entrada) e inclui, entre outros, a identificação do paciente, a demarcação do sítio cirúrgico, a verificação de segurança anestésica e do oxímetro de pulso. A segunda etapa, realizada antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica), contempla ações como a apresentação dos membros da equipe, a revisão de eventos críticos e a profilaxia antimicrobiana. A última etapa ocorre antes de o paciente deixar a sala de cirurgia (saída) e engloba, entre outros, a contagem de instrumentais, compressas e agulhas; identificação de amostras e questões relacionadas à recuperação.

Figura 5 - Exemplo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
ENTRADA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	PAUSA CIRÚRGICA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	SAÍDA <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>
ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.		

Fonte:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9be0d500474583478e82de3fbc4c6735/Lista_de_verificacao.pdf?MOD=AJPERES

Estudo realizado por Haynes e colaboradores revelou que a implantação da lista de verificação de segurança cirúrgica em oito hospitais de diferentes países reduziu de 1,5% para 0,8% a mortalidade e de 11% para 7% a taxa de complicações⁹¹. Não há uma teoria formal explicando por que uma lista de verificação reduza erros cirúrgicos, mas algumas hipóteses incluem: garantia da realização de todas as tarefas críticas, encorajamento de uma abordagem não hierárquica baseada em equipe, melhora na comunicação, identificação precoce de *incidentes que não atingem o paciente* [*near miss*], antecipação de complicações potenciais e acesso imediato de equipamentos e insumos para manejo de complicações inesperadas^{91; 92}.

O relatório reconhece que a prática anestésica atingiu um alto nível de segurança; entretanto, acredita-se que seja possível reduzir ainda mais o risco, principalmente relacionado à morbidade. Em relação às listas de verificação anestésica, seu impacto

sobre da mortalidade pode ser decorrente de uma combinação de intervenções incluindo notificação de incidentes, simulação e as próprias listas de verificação⁹².

O sucesso na implantação de listas de verificação depende do treinamento e da compreensão adequada dos profissionais em relação ao *checklist*; da presença de uma liderança local que apoie; do apoio da alta administração; da possibilidade de customização em cada serviço; da apropriação pela equipe e de melhorias na comunicação e no trabalho em equipe. As principais barreiras identificadas são: resistência do cirurgião a mudança de hábitos, hierarquias verticais; estranhamento à etapa em que os membros da equipe se apresentam uns aos outros e medo de responsabilização legal em caso de ocorrer uma complicação após assinatura da lista de verificação. Estudo realizado por Semel e colaboradores utilizando um modelo hipotético, estimou o custo de implantação em um hospital estadunidense com sendo 12.635 dólares americanos. Como o custo de uma complicação maior em decorrência de cirurgia foi de 13.772 dólares americanos, a lista de verificação demonstrou economizar recursos neste cenário⁹³.

A lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS, bem como o manual de implantação foram traduzidos pela ANVISA e estão disponíveis para consulta no site www.anvisa.gov.br. O Proqualis produziu um vídeo com a dramatização de uma equipe cirúrgica aplicando este instrumento, além de aulas sobre o tema⁸¹. O Programa Nacional de Segurança do Paciente também está alinhado a esta prática em dois de seus protocolos: cirurgia segura e identificação do paciente. O primeiro é basicamente a aplicação e a operacionalização da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS⁹⁴, e o segundo lida com um dos itens fundamentais da lista de verificação que é a correta identificação do paciente.

8. Uso de ultrassonografia em tempo real para guiar a inserção de cateter venoso central para aumentar a proporção de cateteres posicionados corretamente na primeira tentativa

Os CVC são fundamentais para o cuidado ao paciente crítico sendo tradicionalmente inseridos em grandes veias do pescoço, cuja localização é realizada através de referências anatômicas. Apesar do potencial para salvar vidas, estes dispositivos

também estão associados a riscos significativos. A utilização de aparelhos portáteis de ultrassom (US) à beira do leito é uma forma de mitigar estes riscos, pois permite a detecção de variantes anatômicas, a exata localização do vaso, a possibilidade de evitar veias centrais com trombose prévia, além de guiar a inserção do cateter após a colocação da agulha.

A inserção de CVC guiada por US aumenta as taxas de sucesso e reduz os riscos associados a este procedimento, principalmente para profissionais inexperientes, pacientes em situações de alto risco e inserções jugulares. Os dados são mais limitados para pacientes pediátricos e inserções femorais ou subclávias, mas mesmo assim favorecem a utilização do US. Estudos realizado por Karakitsos e colaboradores (2006) identificou uma redução nas taxas de infecção associada a CVC, bem como benefícios para a inserção de outros tipos de cateter, como cateteres de hemodiálise, cateteres em artéria radial ou femoral e até cateteres venosos periféricos⁹⁵. Apesar da inserção de CVC guiada por US ser uma das práticas de segurança do paciente para a qual as evidências são mais fortes, sua implementação ainda não foi amplamente difundida.

Uma análise de custo efetividade realizada por Calvert e colaboradores (2002) identificou custo marginal de aproximadamente 16 dólares americanos por procedimento, para um aparelho com uso estimado de 15 procedimentos por semana. Neste cenário, para cada 1.000 pacientes, 90 complicações poderiam ser evitadas, representando uma economia de aproximadamente 3.200 dólares americanos⁹⁵.

9. Intervenções multicomponentes para prevenir úlceras por pressão

A úlcera por pressão (UPP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento⁹⁶. Apesar da grande maioria dos casos de UPP ser evitável, sua incidência cresce em ritmo alarmante e acredita-se que tal crescimento continue frente à tendência ao aumento da população de maior risco (por exemplo, pacientes obesos, diabéticos e idosos). Estimativas indicam que 2,5 milhões de pacientes desenvolverão UPP e 60.000 evoluirão a óbito anualmente nos EUA em decorrência de complicações a ela associadas⁹⁷.

A prevenção da UPP é importante não apenas para proteger o paciente de dano, mas também para reduzir os custos do cuidado de saúde. A morbidade causada pela UPP resulta na necessidade de mais cuidados, mais recursos, maior tempo de internação e, em alguns casos, pode levar a infecções graves com risco de vida. Estima-se um gasto anual de 11 bilhões de dólares com o tratamento de UPP nos Estados Unidos. Estudos apontam que a prevenção da UPP tem o potencial para reduzir significativamente os gastos⁹⁸.

Apesar da existência de mais de 100 fatores de risco para o desenvolvimento de UPP em adultos, há evidência com força moderada de que a implantação de iniciativas multicomponente em ambientes de cuidado agudo e prolongado pode melhorar os processos de cuidado e reduzir sua incidência/prevalência de UPP. A maioria das estratégias multicomponentes inclui os seguintes itens: avaliação inicial e reavaliação do risco e da pele, utilização de superfícies específicas para redistribuição da pressão, protocolos de estímulo ao reposicionamento e mobilização, manejo do atrito, da nutrição e da hidratação.

Adequada implantação desta estratégia multicomponente e entendimento da influência do contexto são fundamentais para sucesso na prevenção da UPP. Os componentes principais de esforços de implantação bem sucedidos incluem: simplificação e padronização de intervenções específicas para UPP e da documentação, engajamento de equipes multiprofissionais e da liderança, identificação de defensores da pele [*skin champions*], educação continuada para os colaboradores, além de auditoria e *feedback* contínuos para promoção de responsabilização e reconhecimento dos sucessos⁹⁹.

Estudos sobre iniciativas de prevenção de UPP apontam algumas barreiras, soluções e aspectos relacionados à sustentabilidade das iniciativas. As principais lições aprendidas na implantação incluem: responsabilizar profissionais da linha de frente e da liderança pelo sucesso da iniciativa, simplificar os processos, aprender com os profissionais da linha de frente, implantar a mudança em uma unidade de cada vez, proporcionar *feedback* e celebrar sucessos.

No Brasil há exemplos da aplicação de estratégias multicomponentes para a prevenção da UPP, como o Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch em M'Boi Mirim, São Paulo. O relato desta experiência e os protocolos implantados pela instituição podem ser

encontrados no Proqualis⁸¹. As intervenções aqui apresentadas também estão contempladas no protocolo para prevenção de úlcera por pressão do PNSP⁹⁶.

10. Estratégias para aumentar a profilaxia adequada do tromboembolismo venoso

O tromboembolismo venoso (TEV) é a oclusão de veia(s) em decorrência da presença de coágulo (trombo)¹⁰⁰ e engloba a trombose venosa profunda (TVP), condição que se desenvolve frequentemente nas extremidades inferiores, e o tromboembolismo pulmonar (TEP)¹⁰¹. O TEV é uma condição frequente em pacientes hospitalizados e além de estar associado à morbidade significativa, estima-se que o TEV seja responsável por 5 a 10% dos óbitos entre estes pacientes^{102 103}. Relatório publicado pelo *Surgeon General* (2008) nos Estados Unidos revelou que a TVP atinge anualmente cerca de 350.000-600.000 pacientes e que o TEP mata mais de 100.000¹⁰⁴. Estima-se que a adoção das melhores práticas reduza a incidência de TVP em 70%¹⁰².

As melhores práticas baseadas em evidência para a prevenção do TEV variam conforme o serviço (clínica médica, cirurgia, trauma, ortopedia) e os fatores de risco do paciente (condição médica, tipo de cirurgia, trauma, câncer, idade, imobilidade, estado de hipercoagulabilidade e antecedentes de TEV). A maioria dos pacientes hospitalizados apresenta um ou mais fatores de risco, e diretrizes clínicas bem desenvolvidas estão disponíveis especificando quais tipos de pacientes deveriam receber profilaxia, e quais as medidas específicas são mais apropriadas.

Intervenções mecânicas e farmacológicas têm-se demonstrado efetivas na prevenção de vários episódios de TEV e tiveram sua adequação a certos tipos de pacientes com determinados fatores de risco (cirúrgicos *versus* clínicos) avaliada. Entretanto, deve-se avaliar o equilíbrio entre os riscos e benefícios da prescrição de profilaxia farmacológica, uma vez que a mesma eleva riscos de sangramento por interferir na coagulação sanguínea. Por esta razão, a estratificação de risco do paciente é fundamental para garantir que somente aqueles com risco recebam a profilaxia, e que ela seja correta.

Apesar da comprovada efetividade da profilaxia do TEV em populações específicas; as taxas de adesão a esta prática são baixas. Há menos evidências sobre quais intervenções são efetivas para aumentar a adesão em populações adequadas. Como em outras

práticas de segurança do paciente, somente a educação dos profissionais não é suficiente; evidência, em sua maioria de baixa qualidade, proveniente de estudos não randomizados e sem controle, apoia a combinação de educação com outras estratégias de melhoria da qualidade e tecnologia de informação como, por exemplo, sistemas informatizados de apoio à decisão clínica^{105; 106; 107}.

11. Intervenções multicomponentes para prevenir quedas em pacientes internados

Queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano¹⁰⁸. Revisão realizada por Oliver e colaboradores (2010) estimou que anualmente ocorrem nos EUA 1 milhão de quedas de pacientes, representando uma taxa de 1,3 a 8,9 quedas para cada 1.000 leitos-dia¹⁰⁹. Entre 30 a 50% das quedas estão associadas a dano; fraturas de quadril ocorrem em 1 a 2% dos casos¹⁰⁹. Quedas também estão associadas à maior necessidade de cuidados de saúde, como por exemplo, prolongamento do tempo de internação e maiores taxas de transferência para instituições de longa permanência. Mesmo quedas sem dano desencadeiam medo de cair, ansiedade, depressão e redução na atividade física.

Análise recente realizada por Wong e colaboradores (2011) em três hospitais do Missouri (EUA) identificou custos operacionais com pacientes que sofreram dano grave por queda como sendo 13.000 dólares americanos e um prolongamento do tempo de internação de 6,3 dias quando comparados a pacientes que não caíram¹¹⁰.

Conforme citado pelo relatório, as práticas mais eficazes para prevenção de queda são caracterizadas por estratégias multicomponentes, as quais podem reduzir o risco de queda em até 30%¹¹¹. A composição ideal do pacote de intervenções para prevenção de queda ainda não está estabelecida; mas elementos frequentemente incluídos são: avaliação do risco de queda do paciente; educação da equipe de profissionais de saúde e dos pacientes; identificação do paciente com risco de queda através da sinalização à beira do leito ou de pulseira de alerta; atenção e aconselhamento em relação aos calçados utilizados; agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco, e a revisão da medicação¹¹¹.

O relatório identifica ainda fatores importantes de sucesso na implantação de intervenções multicomponente para prevenção de quedas. São eles: apoio da liderança, engajamento dos profissionais da linha de frente no desenho da intervenção, apoio de comitê multidisciplinar; realização de teste piloto com a intervenção e mudança da atitude “niilista” em relação a queda¹¹¹. Apesar de pouca evidência empírica, há preocupação do potencial para dano resultante das estratégias para prevenção de queda. Oliver e colaboradores (2010) detalham vários danos potenciais associados a estas estratégias, incluindo aqueles relacionados com o aumento no uso de contenção física e de medicamentos sedativos¹⁰⁹.

No Brasil há exemplos da aplicação de estratégias multicomponentes para a prevenção da queda em pacientes internados como, por exemplo, o Hospital Samaritano. O relato desta experiência, bem como os protocolos implantados pela instituição podem ser encontrados no Proqualis⁸¹. As intervenções aqui apresentadas também estão contempladas no protocolo para prevenção de queda do PNSP¹⁰⁸.

Considerações finais

A qualidade do cuidado é um nó crítico ao cumprimento da função essencial das organizações e do sistema de saúde, que é produzir serviços que respondam adequadamente à necessidade de saúde de indivíduos e da população¹¹². A melhoria da qualidade do cuidado exige estrutura e insumos, mas certamente requer a ação responsável e harmônica de diversos atores, em particular dos profissionais de saúde frente à experiência e ao sofrimento do paciente - peça fundamental neste processo. Embora a preocupação com a qualidade do cuidado ocupe lugar na agenda governamental ou mesmo na mídia, no âmbito do SUS há ainda um longo caminho a percorrer. Nesse cenário, o presente relatório teve por objetivo construir um referencial teórico sobre esse campo, entendendo este como subsidio para auxiliar o desenvolvimento de uma Política de Qualidade para o Sistema Único de Saúde.

Na construção desse referencial adotou-se como norteador a definição de qualidade do cuidado do IOM - onde qualidade da assistência é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados

desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Desta definição depreende-se que qualidade do cuidado está intrinsecamente relacionada à efetividade, segurança, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade; dimensões constitutivas do conceito e, portanto, metas para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado de saúde.

A pungência do campo da qualidade pode ser ilustrada pelo volume de publicações disponíveis das bases bibliográficas. A guisa de exemplo, uma busca na base Medline, realizada em 31/01/13, das publicações nos últimos cinco anos sobre qualidade e melhoria da qualidade em saúde identificou 2.819 artigos. Desses, 96 revisões sistemáticas (ou não) se reportavam a uma das seis dimensões da qualidade.

Embora o referencial teórico necessário à consolidação e ao avanço da qualidade do cuidado não prescindia de qualquer uma das seis dimensões, é necessário reconhecer um importante limite do presente relatório. Em função de prioridades governamentais e questões de tempo e recursos, o foco central deteve-se sobre a dimensão da segurança do paciente. Particularmente quanto à prioridade política, vale destacar que em março deste ano, o Ministério da Saúde dedicou grande atenção às questões da segurança do paciente e mobilizou diversos profissionais de distintos órgãos, como a SAS, ANVISA, Fiocruz para elaborar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (publicado em 01/04/13).

É importante destacar que na última década, houve um importante amadurecimento da área de segurança do paciente. A segurança tornou-se uma prioridade estratégica em diversos países e organizações de saúde. Foram feitos grandes investimentos de tempo, recursos humanos e financeiros para um cuidado de saúde mais seguro. Conseqüentemente, gestores dos sistemas de saúde, agências reguladoras e acreditadoras passaram a recomendar a adoção pelas organizações de saúde de PSP para redução da ocorrência de eventos adversos considerados evitáveis. Nesse contexto a *Agency for Healthcare Quality and Research* publicou o relatório *Making Healthcare Safer II* em fevereiro de 2013, trazendo extensa revisão da literatura acerca da efetividade das práticas relacionadas à segurança do paciente.

Acompanhando a diretriz política do Ministério da Saúde, o presente trabalho concentrou maior foco na dimensão da segurança do paciente. Embora haja limitações

quanto ao escopo da abordagem da qualidade do cuidado, o presente relatório aporta ao debate nacional um consistente e atualizado panorama da evolução da segurança do paciente como campo de conhecimento e dos conceitos fundamentais, modelos e formas de mensuração. Além disso, a evidência científica referente a práticas de segurança do paciente fortemente recomendadas para adoção imediata está resumida e certamente pode servir de insumo para as organizações de saúde brasileiras.

Finalmente, cabe reiterar que apesar de a segurança do paciente ser a dimensão mais sensível da qualidade do cuidado, esta não corresponde à sua totalidade. Portanto, esforços semelhantes ao empreendido para elaboração do presente relatório são recomendados, retomando como prioridade as dimensões da efetividade, centralidade do cuidado no paciente, oportunidade no tempo, eficiência e equidade. Considera-se que a retomada da revisão da literatura, das práticas correntes e das experiências internacional e nacional relativas às demais dimensões é essencial para que o SUS seja capaz de oferecer cuidados de qualidade a todos àqueles que dele necessitam.

Referências Bibliográficas

- 1 GEORGOPOULOS, B. S. **Organizational structure, problem solving, and effectiveness, a comparative study of hospital emergency services**. San Francisco, CA: Josey-Bass Inc, Publishers, 1986.
- 2 FLOOD, A. B.; SCOTT, W. R. **Hospital structure and performance**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.
- 3 SMITH, P. C. et al. Principles of performance measurement: Introduction. In: SMITH, P. C.; MOSSIALOS, E., *et al* (Ed.). **Performance Measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects**. NY: Cambridge University Press, 2009. p.3-23.
- 4 FUNG, V. et al. Meaningful variation in performance: a systematic literature review. **Med Care**, v. 48, n. 2, p. 140-8, Feb 2010. ISSN 1537-1948 (Electronic) 0025-7079 (Linking).
- 5 FISHER, E. S.; SHORTELL, S. M. Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how. **Jama**, v. 304, n. 15, p. 1715-6, Oct 20 2010. ISSN 0098-7484.
- 6 WENBERG, J. E. **Tracking medicine a researcher's quest to understand health care**. NY: Oxford University Press, 2010.
- 7 MCCLELLAN, M. et al. A national strategy to put accountable care into practice. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, n. 5, p. 982-90, May 2010. ISSN 0278-2715.
- 8 CHASSIN, M. R. et al. Accountability measures--using measurement to promote quality improvement. **N Engl J Med**, v. 363, n. 7, p. 683-8, Aug 12 2010. ISSN 0028-4793.
- 9 SHORTELL, S. M.; CASALINO, L. P. Implementing qualifications criteria and technical assistance for accountable care organizations. **Jama**, v. 303, n. 17, p. 1747-8, May 5 2010. ISSN 0098-7484.
- 10 SHEKELLE, P. G. et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 365-368, 2013. ISSN 0003-4819.
- 11 GROENE, O.; SKAU, J. K.; FROLICH, A. An international review of projects on hospital performance assessment. **Int J Qual Health Care**, v. 20, n. 3, p. 162-71, Jun 2008. ISSN 1353-4505 (Print)1353-4505.
- 12 BLUMENTHAL, D. Performance improvement in health care--seizing the moment. **N Engl J Med**, v. 366, n. 21, p. 1953-5, May 24 2012. ISSN 0028-4793.
- 13 MULLEY, A. G. Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice. **BMJ**, v. 339, p. b4073, 2009. ISSN 1756-1833 (Electronic)0959-535X (Linking).

- 14 DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- 15 BLUMENTHAL, D. Part 1: Quality of care--what is it? **N Engl J Med**, v. 335, n. 12, p. 891-4, Sep 19 1996. ISSN 0028-4793 (Print)0028-4793.
- 16 INSTITUTE OF MEDICINE(IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C., 2001. Disponível em: < http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027 >.
- 17 WISMAR, M. et al. **Cross-border health care in the European Union mapping and analyzing practices and policies:** World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2011.
- 18 TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: (Ed.). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: ANVISA, 2013.
- 19 BERWICK, D. M. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. **Health Aff (Millwood)**, v. 21, n. 3, p. 80-90, May-Jun 2002. ISSN 0278-2715 (Print)0278-2715 (Linking).
- 20 DOOLEY, K. Edgeware: Insights from complexity science for health care leaders by Brenda Zimmerman, Curt Lindberg, and Paul Plsek. **Complexity**, v. 4, n. 5, p. 38-38, 1999. ISSN 1099-0526..
- 21 VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. **The measurement and monitoring of safety.** London: The Health Foundation 2013.
- 22 INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err Is Human: Building a Safer Health System.** Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- 23 BROWN, C. et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. **Qual Saf Health Care**, v. 17, n. 3, p. 158-62, Jun 2008. ISSN 1475-3898.
- 24 RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb 2009. ISSN 1353-4505.
- 25 BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med**, v. 324, n. 6, p. 370-6, Feb 7 1991. ISSN 0028-4793 (Print)0028-4793.
- 26 LEAPE, L. L. Scope of problem and history of patient safety. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v. 35, n. 1, p. 1-10, vii, Mar 2008. ISSN 0889-8545 (Print)0889-8545.

- 27 DEPARTMENT OF HEALTH. **An organisation with a memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer**. London: The Stationary Office 2000.
- 28 ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual Saf Health Care**, v. 18, n. 4, p. 297-302, Aug 2009. ISSN 1475-3898.
- 29 MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-84, Aug 2009. ISSN 1353-4505.
- 30 FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Quality of care: patient safety**. FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA55.18 2002.
- 31 SHOJANIA, K. G. et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. **Evid Rep Technol Assess (Summ)**, n. 43, p. i-x, 1-668, 2001. ISSN 1530-440X (Print)1530-440x.
- 32 Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville, MD., 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>>. Acesso em: 4 set. 2013.
- 33 SITTIG, D. F.; SINGH, H. Defining health information technology-related errors: new developments since to err is human. **Arch Intern Med**, v. 171, n. 14, p. 1281-4, Jul 25 2011. ISSN 1538-3679 (Electronic) 0003-9926 (Linking).
- 34 SHEKELLE, P. G. et al. Advancing the science of patient safety. In: (Ed.). **Ann Intern Med**. United States, v.154, 2011. p.693-6. ISBN 1539-3704 (Electronic)0003-4819 (Linking).
- 35 REASON, J. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press: 302 p. 1990.
- 36 NASCIMENTO, N. B. D.; TRAVASSOS, C. M. D. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis** [online]. 2010, vol.20, n.2, pp. 625-651. ISSN 0103-7331
- 37 REASON, J. Human error: models and management. **Bmj**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, Mar 18 2000. ISSN 0959-8138 (Print)0959-535x.
- 38 LAWTON, R. et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. **BMJ Qua. Saf.**, Maio 21(5):369-80, 2012. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000443. Epub 2012 Mar 15
- 39 VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **Bmj**, v. 316, n. 7138, p. 1154-7, Apr 11 1998. ISSN 0959-8138 (Print)0959-535x.

- 40 REASON, J. **The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries**. Ashgate, 2008. ISBN 9780754674023.
- 41 AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **PSNet Patient Safety Network. Patient safety primers, safety culture**. Disponível em: < <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5> >. Acesso em: 4 set 2013.
- 42 HOLLNAGEL, E. A Tale of Two Safeties. 13 Setembro 2013 2012. Disponível em: < http://www.resilienthealthcare.net/A_tale_of_two_safeties.pdf >. Acesso em: 13 set 2013..
- 43 WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Intern Med**, v. 158, n. 5 Pt 2, p. 369-74, Mar 5 2013. ISSN 0003-4819.
- 44 **Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain)**. Sudbury, England. 1993
- 45 MINTZBERG, H. Structure in 5'S: a synthesis of the research on organization design. **Management Science**, v. 26, n. 3, 1980.
- 46 MARX D. **Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives**. New York, NY: Columbia University, 2001.
- 47 AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **PSNet Patient Safety Network. Glossary, Just Culture**. Disponível em: < <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx?indexLetter=J> >. Acesso em: 4 set. 2013.
- 48 REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2199-2210, 2012. ISSN 0102-311X.
- 49 CLINCO, S. D. D. O. **O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**. 2007. (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- 50 LIMA, R. E. F. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil Questionário de atitudes de Segurança**. 2011. (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- 51 DAVID D; MORAN S. Human factors and safety culture in healthcare. UK, 29 Agosto 2013 2013. Disponível em: < http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/human_factors_and_safety_culture_in_healthcare.pdf >. Acesso em: 30 ago. 2013.
- 52 WAGNER, C. et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 3, p. 213-21, Jul 2013. ISSN 1353-4505.

- 53 GRECCO, C. H. D. S. **Avaliação da resiliência em organizações que lidam com tecnologias perigosas: o caso da expedição de radiofármacos**. 2012. 154 (Doutorado em Engenharia de Produção). Coppe, UFRJ, Rio de Janeiro.
- 54 BRUNETTI, L. Abbreviations formally linked to medication errors. **Healthcare Benchmarks Qual Improv**, v. 14, n. 11, p. 126-8, Nov 2007. ISSN 1541-1052 (Print) 1541-1052.
- 55 KUHN, I. F. Abbreviations and acronyms in healthcare: when shorter isn't sweeter. **Pediatr Nurs**, v. 33, n. 5, p. 392-8, Sep-Oct 2007. ISSN 0097-9805 (Print)0097-9805.
- 56 EDWARDS, J. R. et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. **Am J Infect Control**, v. 37, n. 10, p. 783-805, Dec 2009. ISSN 0196-6553.
- 57 COOPER, B. S. et al. Systematic review of isolation policies in the hospital management of. **Health Technol Assess**, v. 7, n. 39, p. 1-194, 2003. ISSN 1366-5278 (Print)1366-5278.
- 58 DIEKEMA, D. J.; EDMOND, M. B. Look before you leap: active surveillance for multidrug-resistant organisms. **Clin Infect Dis**, v. 44, n. 8, p. 1101-7, Apr 15 2007. ISSN 1058-4838.
- 59 WENZEL, R. P.; EDMOND, M. B. Infection control: the case for horizontal rather than vertical interventional programs. **Int J Infect Dis**, v. 14 Suppl 4, p. S3-5, Oct 2010. ISSN 1201-9712.
- 60 GASINK, L. B.; BRENNAN, P. J. Isolation precautions for antibiotic-resistant bacteria in healthcare settings. **Curr Opin Infect Dis**, v. 22, n. 4, p. 339-44, Aug 2009. ISSN 0951-7375.
- 61 MORGAN, D. J. et al. Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. **Am J Infect Control**, v. 37, n. 2, p. 85-93, Mar 2009. ISSN 0196-6553.
- 62 DAY, H. R. et al. Association between depression and contact precautions in veterans at hospital admission. **Am J Infect Control**, v. 39, n. 2, p. 163-5, Mar 2011. ISSN 0196-6553.
- 63 DAY, H. R. et al. Do contact precautions cause depression? A two-year study at a tertiary care medical centre. **J Hosp Infect**, v. 79, n. 2, p. 103-7, Oct 2011. ISSN 0195-6701.
- 64 TARZI, S. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. **J Hosp Infect**, v. 49, n. 4, p. 250-4, Dec 2001. ISSN 0195-6701 (Print) 0195-6701.

- 65 CATALANO, G. et al. Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. **South Med J**, v. 96, n. 2, p. 141-5, Feb 2003. ISSN 0038-4348 (Print)0038-4348.
- 66 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge. 2009. Disponível em: < http://www.who.int/gpsc/country_work/en/. >. Acesso em: 23 jul. 13
- 67 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Hand Hygiene in Health Care Settings: Hand hygiene basics., 2011. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/handhygiene/Basics.html> >.
- 68 GOULD, D. J. et al. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 9, p. Cd005186, 2010. ISSN 1361-6137.
- 69 FOXMAN, B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. **Am J Med**, v. 113 Suppl 1A, p. 5s-13s, Jul 8 2002. ISSN 0002-9343 (Print) 0002-9343.
- 70 SAINT, S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. **Am J Infect Control**, v. 28, n. 1, p. 68-75, Feb 2000. ISSN 0196-6553 (Print)0196-6553.
- 71 MEDDINGS, J.; SAINT, S. Disrupting the life cycle of the urinary catheter. In: (Ed.). **Clin Infect Dis**. United States, v.52, 2011. p.1291-3. ISBN 1537-6591 (Electronic)1058-4838 (Linking).
- 72 MEDDINGS, J. et al. Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. **Clin Infect Dis**, v. 51, n. 5, p. 550-60, Sep 1 2010. ISSN 1058-4838.
- 73 KLEVENS, R. M. et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. **Public Health Rep**, v. 122, n. 2, p. 160-6, Mar-Apr 2007. ISSN 0033-3549 (Print)0033-3549.
- 74 STONE, P. W.; BRACCIA, D.; LARSON, E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. **Am J Infect Control**, v. 33, n. 9, p. 501-9, Nov 2005. ISSN 0196-6553 (Print)0196-6553.
- 75 O'GRADY, N. P. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. **Am J Infect Control**, v. 39, n. 4 Suppl 1, p. S1-34, May 2011. ISSN 0196-6553.
- 76 PRONOVOST, P. et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. **N Engl J Med**, v. 355, n. 26, p. 2725-32, Dec 28 2006. ISSN 0028-4793.

- 77 PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. M.; NEEDHAM, D. M. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. **Bmj**, v. 337, p. a1714, 2008. ISSN 0959-535x.
- 78 PRONOVOST, P. Interventions to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU: the Keystone Intensive Care Unit Project. **Am J Infect Control**, v. 36, n. 10, p. S171.e1-5, Dec 2008. ISSN 0196-6553.
- 79 CALFEE, D. P. Crisis in hospital-acquired, healthcare-associated infections. **Annu Rev Med**, v. 63, p. 359-71, 2012. ISSN 0066-4219.
- 80 UMSCHIED, C. A. et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 32, n. 2, p. 101-14, Feb 2011. ISSN 0899-823x.
- 81 Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Proqualis). Disponível em: < <http://proqualis.net> >. Acesso em: 20 jul. 2013.
- 82 WEISER, T. G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **Lancet**, v. 372, n. 9633, p. 139-44, Jul 12 2008. ISSN 0140-6736.
- 83 ZEGERS, M. et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. **Patient Saf Surg**, v. 5, p. 13, 2011. ISSN 1754-9493.
- 84 REBASA, P. et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. **Cir Esp**, v. 89, n. 9, p. 599-605, Nov 2011. ISSN 0009-739x.
- 85 DE VRIES, E. N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v. 17, n. 3, p. 216-23, Jun 2008. ISSN 1475-3898.
- 86 MOURA, M. D. L. D. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 523-535, 2012. ISSN 1415-790X.
- 87 DE VRIES, E. N. et al. Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. **Qual Saf Health Care**, v. 18, n. 2, p. 121-6, Apr 2009. ISSN 1475-3898.
- 88 DE VRIES, E.N. et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. **N Engl J Med**, v. 363, n. 20, p. 1928-37, Nov 11 2010. ISSN 1533-4406 (Electronic)0028-4793 (Linking).
- 89 Facts about the universal protocol. Oakbrook Terrace (IL), 2004. Disponível em: < <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Universal Protocol 1 4 111.PDF> >. Acesso em: 9 jan. 2013.

- 90 ASA COMMITTEE ON EQUIPMENT AND FACILITIES. **2008 recommendations for pre-anesthesia checkout procedures**. Park Ridge (IL): American Society of Anesthesiologists 2008.
- 91 HAYNES, A. B. et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ Qual Saf**, v. 20, n. 1, p. 102-7, Jan 2011. ISSN 2044-5415.
- 92 STAENDER, S. E.; MAHAJAN, R. P. Anesthesia and patient safety: have we reached our limits? **Curr Opin Anaesthesiol**, v. 24, n. 3, p. 349-53, Jun 2011. ISSN 0952-7907.
- 93 SEMEL, M. E. et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, n. 9, p. 1593-9, Sep 2010. ISSN 0278-2715.
- 94 MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. Anexo 03: Protocolo para cirurgia segura. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/prot_cirsecura.pdf>. Acesso em: 24 set. 2013.
- 95 KARAKITSOS, D. et al. Real-time ultrasound-guided catheterisation of the internal jugular vein: a prospective comparison with the landmark technique in critical care patients. **Crit Care**, v. 10, n. 6, p. R162, 2006. ISSN 1364-8535.
- 96 MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO_ULCERA_POR_PRESS%C3%83O.pdf>. Acesso em: 24 set. 2013.
- 97 DUNCAN, K. D. Preventing pressure ulcers: the goal is zero. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 33, n. 10, p. 605-10, Oct 2007. ISSN 1553-7250 (Print)1553-7250.
- 98 REDDY, M.; GILL, S. S.; ROCHON, P. A. Preventing pressure ulcers: a systematic review. **Jama**, v. 296, n. 8, p. 974-84, Aug 23 2006. ISSN 0098-7484.
- 99 SULLIVAN, N.; SCHOELLES, K. M. Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety StrategyA Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 410-416, 2013. ISSN 0003-4819.
- 100 NCBI. Medical Subject Headings – Venous thromboembolism. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=venous+thromboembolism>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- 101 BASTOS, M. D. et al. Trombopprofilaxia: recomendações médicas e programas hospitalares. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, p. 88-99, 2011. ISSN 0104-4230.

- 102 GEERTS, W. H. et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). **Chest**, v. 133, n. 6 Suppl, p. 381s-453s, Jun 2008. ISSN 0012-3692 (Print)0012-3692.
- 103 ANDERSON, F. A., JR. et al. Estimated annual numbers of US acute-care hospital patients at risk for venous thromboembolism. **Am J Hematol**, v. 82, n. 9, p. 777-82, Sep 2007. ISSN 0361-8609 (Print)0361-8609.
- 104 OFFICE OF THE GENERAL SURGEON; NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE. Publications and Reports of the Surgeon General. In: (Ed.). **The Surgeon General's Call to Action to Prevent Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism**. Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US), 2008.
- 105 TOOHER, R. et al. A systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. **Ann Surg**, v. 241, n. 3, p. 397-415, Mar 2005. ISSN 0003-4932 (Print)0003-4932.
- 106 LIU, D. S. et al. Medication chart intervention improves inpatient thromboembolism prophylaxis. **Chest**, v. 141, n. 3, p. 632-41, Mar 2012. ISSN 0012-3692.
- 107 O'CONNOR, C. et al. Medical admission order sets to improve deep vein thrombosis prophylaxis rates and other outcomes. **J Hosp Med**, v. 4, n. 2, p. 81-9, Feb 2009. ISSN 1553-5592.
- 108 MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. **Anexo 01: Protocolo para prevenção de queda**. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf>. Acesso em: 7 set. 2013.
- 109 OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. In: (Ed.). **Clin Geriatr Med**. United States: 2010 Elsevier Inc, v.26, 2010. p.645-92. ISBN 1557-8623 (Electronic)0749-0690 (Linking).
- 110 WONG, C. A. et al. The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 37, n. 2, p. 81-7, Feb 2011. ISSN 1553-7250 (Print)1553-7250.
- 111 MIAKE-LYE, I. M. et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. In: (Ed.). **Ann Intern Med**. United States, v.158, 2013. p.390-6. ISBN 1539-3704 (Electronic)0003-4819 (Linking).
- 112 DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

Anexo A - Estratégia de busca da literatura

Estratégia de busca para o tema: qualidade e melhoria da qualidade em saúde.

1) Base: PubMed

2) Última atualização: 31/1/2013

3) Total artigos: 2.819

4) Termos de busca (*search terms*): "quality improvement"[MeSH Terms] OR "quality improvement" [text word] OR "quality improvements" [text word] OR "quality of health care" [MeSH Terms: noexp] OR "healthcare quality" [Text Word] OR "health care quality" [Text Word] OR "quality of healthcare" [Text Word] OR "quality of health care" [Text Word] OR "quality of care" [Text Word] AND ((Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (hasabstract[text] AND "loattrfull text" [sb]) AND ("2008/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

5) Período: 2008-2013

Processo de seleção das referências bibliográficas Qualisus.

Critérios de seleção: revisão/revisão sistemática, pertinente ou não ao tema (foco central do artigo). Artigos que não são revisão, mas têm grande relevância ao tema, são publicados em revistas/autores relevantes podem ser incluídos.

Fase 0: "Calibragem do olhar dos três revisores": Avaliação conjunta de 65 artigos (incluídos nos 95).

Fase 1: Divisão dos artigos entre três revisores: 918 para cada revisor, a serem classificados em verdes (selecionados), amarelos (dúvidas) ou vermelhos (excluídos)

Resultados da avaliação individual dos revisores:

- Verdes: 282
- Amarelos: 283
- Vermelhos: 2.254

Fase 2: Avaliação conjunta pelos três revisores dos artigos classificados como verde, de forma a obter consenso. Dos 282 inicialmente classificados como verde, houve consenso entre os revisores em 95 artigos, 187 foram excluídos.

Fase 3: Avaliação conjunta dos revisores dos artigos classificados em amarelo. 177 artigos inicialmente excluídos por não estarem em revistas relevantes, 106 artigos avaliados e 24 selecionados por consenso entre os revisores.

Fase 4: Os 119 artigos selecionados foram avaliados por mais um revisor, em conjunto com pelo menos 2 dos 3 revisores que fizeram a seleção inicial; 13 artigos foram excluídos completamente e 10 foram destinados a uso interno. Os demais 96 foram categorizados conforme as seis dimensões da qualidade (IOM) ou Política/Gestão/QI e Avaliação Interna/Externa. Foram obtidos 72 textos completos para revisão.

Categoria	Quantitativo
Segurança	6
Efetividade	33
Cuidado centrado no paciente	16
Oportunidade	1
Eficiência	10
Equidade	1
Avaliação interna / externa	6
Política / Gestão / QI	15
Dúvidas	7
Mais de uma categoria	1
Total	96

Anexo B - Relatório da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*: aspectos metodológicos e tabela com resumo das evidências

Características metodológicas

Para a produção do relatório “*Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*” publicado em 2013³², a AHRQ reuniu uma equipe formada por profissionais de agências e universidades estadunidenses tradicionalmente engajadas no campo e um grupo de especialistas internacionais com liderança e atuação na temática, expertise em métodos de avaliação ou responsáveis pela implementação de práticas de segurança do paciente¹⁰. A estratégia metodológica apoiou-se em instrumentos e avanços pregressos no campo da revisão sistemática, prática baseada em evidência e avaliação de implementação, entre outros. Os dois eixos centrais desta metodologia foram: (1) o levantamento bibliográfico em múltiplas bases de dados, incluindo a literatura cinzenta; (2) a opinião, avaliação e julgamento de membros de um painel de especialistas, lideranças ou atuantes, nas áreas de segurança do paciente, métodos de avaliação ou responsáveis pela implementação de práticas de segurança do paciente. O processo de trabalho é descrito em três fases¹⁰:

1. Fase 1 –. Desenvolvimento de um arcabouço para revisar os estudos existentes, a evidência disponível e prospectivamente avaliar novos estudos de implementação. Esse arcabouço assumiu alguns pontos críticos relativos à importância da teoria por trás da prática, do contexto e da implementação^{xvii}. Assim, as questões chave foram organizadas em três categorias: (i) desenho, desenvolvimento e teste de novas práticas de segurança do paciente; (ii) implementação da prática de segurança do paciente; (iii) adoção e difusão da prática de segurança do paciente.

^{xvii} O quadro conceitual para avaliar a evidência das práticas de segurança do paciente se apoiou em duas dimensões centrais: (i) evidência com relação aos resultados da prática e (ii) fatores contextuais que influenciam seu uso e efetividade. Quatro grandes grupos de questões de avaliação foram formulados, concernentes à efetividade, aos danos, à implementação e à adoção e disseminação. Neste quadro foram ainda definidos critérios para avaliar o constructo da prática (componentes, fatores do contexto, resultados e formas de medir precisamente o constructo); o modelo lógico (quadro conceitual sobre as relações esperadas entre esses constructos); validade interna (resultado da prática em um ambiente/local específico); e validade externa (avalia a probabilidade de obter o mesmo resultado em outro ambiente)¹⁰.

2. Fase 2 – Processo de revisão da evidência das estratégias de segurança do paciente em curso. Partiu-se de uma lista de 158 tópicos potenciais que foram submetidos à votação pelos membros do painel de especialistas em diversas rodadas de avaliação. O produto desse julgamento foi a identificação de 42^{XVIII} práticas de segurança do pacientes consideradas relevantes para diferentes audiências (gestores, financiadores, pesquisadores, profissionais e pacientes). Considerando os limites de recursos e tempo, optou-se por classificar os tópicos em dois grupos. No primeiro grupo foram incluídas 19 práticas que mereceriam uma atualização ampla (*in-depth review*), isto é baseada em revisão sistemática. No segundo grupo foram incluídas as 23 práticas que por sua ampla aceitação e relativa robustez foram atualizadas com base numa revisão pontual (*brief review*) visando à atualização de algum aspecto ou respondendo a alguma necessidade específica (busca de novos conhecimentos após revisão sistemática anterior, novas evidências interrogando a efetividade, ou nova prática com pouca evidência acumulada).
3. Fase 3 – Revisão crítica e interpretação da evidência. Essa etapa consistiu na avaliação pelo painel de especialistas dos 42 tópicos revistos, considerando a força e qualidade da evidência sobre a efetividade e implementação de cada prática de segurança do paciente. O produto dessa avaliação selecionou 22 práticas recomendadas para adoção prestadores de cuidado de saúde. Essas foram ainda classificadas em dois grupos em função do grau de certeza de sua recomendação: (i) 10 foram fortemente recomendadas à adoção; e (ii) 12 foram recomendadas.

O julgamento dos especialistas foi crucial nas fases 2 e 3 do projeto, este foi considerado tanto para a seleção das práticas privilegiadas como para o tipo de revisão que seria desenvolvida (aprofundada ou atualização). Independentemente do tipo de revisão, a síntese da evidência de todas as práticas contemplou os seguintes domínios: (1) escopo do problema, (2) força da evidência da efetividade, (3) evidência de potencial para dano

^{XVIII} No texto introdutório, o relatório cita 41 práticas de segurança do paciente, porém apresenta uma lista com 42 práticas estudadas.

indesejado, (4) custos estimados, (5) conhecimento acumulado sobre a implementação da prática e grau de dificuldade da implementação. A força da evidência foi avaliada com base em um esquema exclusivamente desenvolvido para este projeto¹⁰.

O escopo do problema lida com duas questões: a frequência e a gravidade da média dos eventos. Eventos que ocorrem em aproximadamente uma a cada 100 internações foram considerados “comuns” (exemplos: queda, tromboembolismo venoso, úlcera por pressão e eventos adversos dos medicamentos); eventos que ocorrem com frequência menor foram classificados como raros (exemplos: suicídio de pacientes internados, cirurgia no local errado ou itens cirúrgicos deixados dentro do paciente). Além da frequência, o escopo considerou a gravidade de cada evento, por exemplo: a maioria das quedas não resulta em dano, mas cada caso de cirurgia no local errado é devastador.

A avaliação da força da evidência da efetividade seguiu um esquema aplicado ao conjunto de evidências disponíveis para cada prática. Esse esquema utilizou instrumentos já consagrados para avaliar a robustez do desenho de estudo e vieses, como *EPC Methods Grade* e o *GRADE scheme*³². Mas também incorporou elementos da teoria, da implementação e do contexto. Com base em critérios pré-determinados, aplicados a cada estudo e entre estudos de uma PSP, a força da evidência foi considerada alta se o score fosse maior ou igual a + 4, moderada se score fosse + 3 e baixa se o score fosse menor ou igual a +2. A força da evidência foi considerada insuficiente quando as evidências disponíveis eram inconclusivas.

Na avaliação da evidência de potencial dano indesejado das práticas foram incluídas informações sobre dano real e potencial decorrente de determinada prática de segurança do paciente e variam de alto a baixo (desprezível) risco para dano. Em alguns casos a evidência disponível era escassa para permitir uma avaliação do potencial para dano decorrente da adoção de determinada prática. A avaliação deste domínio seguiu o mesmo esquema aplicado para o julgamento da efetividade acima descrito.

A maioria dos estudos não apresenta dados sobre custo, portanto, os custos de cada prática de segurança do paciente são estimativos. Foram consideradas práticas de baixo custo aquelas que não envolvem a contratação de recursos humanos ou compra de suprimentos. Alguns exemplos incluem a maioria dos programas para prevenção de queda, abreviações que não devem ser usadas e profilaxia para o tromboembolismo

venoso. As práticas com custo moderado podem requerer a contratação de pessoal, investimento modesto de capital, além de alguns custos de monitoração. Alguns exemplos incluem determinados programas para prevenção de queda, intervenções associadas à farmácia clínica e a participação em programa de publicação de resultados do *American College of Surgeons* (135 mil dólares americanos ao ano). Por fim, as práticas com alto custo são aqueles que demandam contratação de grande contingente de pessoal e investimento de capital. Alguns exemplos incluem a implantação de sistemas computadorizados de prescrição, a contratação de profissionais de enfermagem para atingir determinado número de enfermeiros por pacientes e programas institucionais para controle de infecção (custo estimado de 600 mil dólares americanos ao ano para uma UTI).

A avaliação do conhecimento relacionado à implantação da prática inclui o conhecimento atual sobre como implantá-la e o quão difícil é a sua realização. Esta informação foi obtida através de análise da evidência sobre implantação, de dados sobre os efeitos e influência do contexto, o grau no qual a prática foi implantada e a presença de ferramentas para implantação, como materiais escritos e manuais de treinamento. As práticas de implantação difícil são aquelas que requerem mudança organizacional em larga escala. As práticas de implantação “não difícil” requerem apenas protocolos para a utilização de medicamentos e dispositivos e as de implantação moderadas estão entre os dois extremos

Tabela com resumo das evidências das 42 práticas de segurança analisadas pelo relatório Making Health Care Safer II, publicado pela AHRQ*

Práticas de segurança do paciente	Escopo do problema visado pela PSP (frequência/gravidade)	Força das evidências sobre a efetividade da PSP	Evidências sobre o potencial de consequências inesperadas danosas	Estimativa de custo	Questões ligadas à implementação: conhecimentos disponíveis/dificuldade
Práticas que abordam um objetivo de segurança do paciente específico					
Eventos adversos relacionados a medicamentos					
Medicamentos de alto risco: práticas de segurança do paciente para anticoagulantes intravenosos; revisão aprofundada	Comum/ Moderada	Baixa	Baixas a moderadas	Baixo	Poucos/Moderada
Uso de farmacêuticos clínicos para reduzir eventos adversos relacionados a medicamentos; revisão breve	Comum/ Baixa	Moderada a alta	Baixas	Alto	Poucos/Moderada
Lista de abreviações perigosas que não devem ser usadas, revisão breve	Comum/ Baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo	Poucos/ Provavelmente não difícil
Bombas de infusão inteligentes; revisão breve	Comum/ Baixa	Baixa	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada
Controle de infecções					
Barreiras de precaução para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada	Moderadas (isolamento de pacientes)	Moderado a Alto	Moderados/ Moderada

Intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa	Baixas	Baixo	Moderados/ Moderada
Redução do uso desnecessário de cateter vesical e outras estratégias para prevenir as infecções do trato urinário relacionadas a cateteres; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada a alta	Baixas	Baixo	Moderados/ Moderada
Prevenção de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres venosos centrais; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada a alta	Baixas	Baixo a moderado	Moderada a difícil / Não difícil (implementação de um pacote de intervenções) a moderada (compreensão da cultura e do contexto da organização)
Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica; revisão breve	Comum/ Alta	Moderada a alta	Baixas	Baixo a moderado	Moderados/ Moderada
Intervenções para permitir a reutilização de instrumentos de uso único; revisão breve	Comum/ Baixa	Baixa	Baixas	Baixo	Muitos/ Não difícil
Cirurgia, anestesia e medicina perioperatória					
Listas de verificação pré-operatórias e de anestesia para prevenir incidentes relacionados à segurança na cirurgia, como a infecção de sítio cirúrgico e a cirurgia em local errado; revisão aprofundada	Comum/ Moderada	Alta	Insignificantes	Baixo	Muitos/ Moderada

Uso de indicadores de resultado cirúrgico e relatórios como os do <i>American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Project</i> para reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatórias; revisão aprofundada	Comum/ Alta	Moderada a alta	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada
Novas intervenções para prevenir o esquecimento de itens cirúrgicos no interior do paciente; revisão breve	Rara/ Baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo se envolver apenas a contagem manual mais frequente; alto se forem usados mecanismos de identificação por radiofrequência	Poucos
Integração do centro cirúrgico e sistemas de visualização, como o uso de um painel central para a visualização de dados consolidados; revisão breve	Comum/ Baixa a alta	Baixa	Insignificantes	Moderado	Moderados/ Moderada
Uso de betabloqueadores para prevenir eventos cardíacos perioperatórios; revisão breve	Comum/ Alta	Fortes evidências de que os danos podem ser iguais aos benefícios ou excedê-los	Altas (óbito, AVC, hipotensão e bradicardia)	Baixo	Não disponíveis
Uso de ultrassonografia em tempo real para guiar a inserção de cateter venoso central para aumentar a proporção de cateteres posicionados corretamente na primeira tentativa; revisão breve	Comum/ Baixa a moderada	Alta	Insignificantes	Baixo a moderado	Muitos/ Moderada

Práticas de segurança para pacientes idosos internados					
Intervenções multicomponentes para prevenir quedas em pacientes internados; revisão aprofundada	Comum/ Baixa	Alta	Moderadas (maior uso de contensão física e/ou sedação)	Moderado	Moderados/ Moderada
Intervenções multicomponentes para prevenir o delírio em pacientes internados; revisão aprofundada	Comum/ Baixa	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada
Tópicos clínicos gerais					
Iniciativas multicomponentes para prevenir úlceras por pressão; revisão aprofundada	Comum/ Moderada	Moderada	Insignificantes	Moderado	Moderados/ Moderada
Estratégias intensivas de controle glicêmico em pacientes internados para reduzir óbitos e infecções; revisão aprofundada	Comum/ Moderada	Evidência moderadas a alta de que não produz benefício	Altas (hipoglicemia)	Baixo a moderado	Não disponíveis
Intervenções para prevenir lesões renais agudas induzidas pelo uso de contraste; revisão aprofundada	Comum/ Baixa	Baixa	Insignificantes	Baixo	Poucos/ Não difícil
Sistemas de resposta rápida para prevenir a falha no resgate; revisão aprofundada	Comum/ Alta	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada
Conciliação medicamentosa apoiada por farmacêuticos clínicos; revisão aprofundada	Comum/ Baixa	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada

Identificação de paciente com risco de suicídio; revisão breve	Rara/Alta	Baixa	Baixas	Moderado	Poucos/ Moderada
Estratégias para prevenir o sangramento gastrointestinal relacionado ao estresse (profilaxia das úlceras de estresse); revisão breve	Rara/ Moderada	Moderada	Moderadas (pneumonia)	Moderado	Poucos/ Não difícil
Estratégias para aumentar a profilaxia adequada do tromboembolismo venoso; revisão breve	Comum/ Moderada	Alta	Moderadas (sangramento)	Baixo	Poucos/ Moderada
Prevenção do óbito de pacientes ou de danos graves associados à exposição à radiação durante a fluoroscopia e a tomografia computadorizada por meio de intervenções técnicas, da utilização adequada e do uso de algoritmos e protocolos; revisão breve	Rara/Alta	Moderada	Insignificantes	Baixo	Moderados/ Não difícil
Assegurar a documentação das preferências do paciente quanto ao tratamento de suporte à vida, como diretivas antecipadas; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada	Baixas	Baixo	Moderados/ Moderada
Aumentar a proporção enfermeiros/ pacientes para prevenir o óbito; revisão aprofundada	Comum/ Alta	Moderada	Baixas	Alto	Muitos/ Não difícil
Práticas destinadas a melhorar o sistema como um todo/diversos objetivos					
Aumentar a proporção enfermeiros/ pacientes para prevenir quedas, úlceras por pressão e outros resultados afetados pelas práticas de enfermagem	Comum/ Alta	Baixa	Baixas	Alto	Muitos/ Não difícil

(exceto a mortalidade); revisão aprofundada					
Integração de fatores humanos e da ergonomia na concepção das práticas de saúde pela contratação de um especialista ou pelo treinamento de profissionais da linha de frente na área dos fatores humanos; revisão aprofundada	Potencialmente aplicável a todos os problemas de segurança do paciente	Não avaliada sistematicamente; evidências moderadas a altas para algumas aplicações específicas	Insignificantes	Moderado	Muitos/ Moderada
Promoção do envolvimento dos pacientes e de suas famílias para reduzir a ocorrência de eventos adversos (p.ex., fazer com que os pacientes estimulem os profissionais a lavar as mãos); revisão aprofundada	Comum	Prática emergente (poucos estudos disponíveis)	Incertas	Baixo	Poucos/ Moderada
Intervenções para promover uma cultura de segurança; revisão aprofundada	Comum/ Baixa a alta	Baixa	Incertas	Baixo a moderado (varia)	Moderados/ Não difícil a moderada (varia segundo a intervenção)
Práticas de segurança do paciente destinadas a reduzir os erros de diagnóstico; revisão aprofundada	Comum/ Alta	Prática emergente (poucos estudos disponíveis)	Incertas	Varia	Varia
Uso de estratégias complementares para detecção e monitoramento dos problemas de segurança do paciente; revisão aprofundada	Comum/ Baixa a alta	Baixa	Insignificantes	Alto	Moderados/ Difícil
Intervenções para melhorar as transições de cuidado durante a alta hospitalar; revisão aprofundada	Comum/ Moderada	Baixa	Insignificantes	Moderado a alto	Poucos/ Difícil

Uso de treinamentos e exercícios baseados em simulação; revisão aprofundada	Comum/ Moderada a alta	Moderada a alta em tópicos específicos	Incertas	Moderado	Moderados
Obtenção do consentimento informado dos pacientes para melhorar sua compreensão sobre os possíveis riscos de procedimentos médicos; revisão breve	Comum/ Moderada	Moderada	Insignificantes	Baixo	Moderados/ Não difícil
Treinamento em equipe no cuidado de saúde; revisão breve	Comum/ Alta	Moderada	Baixas	Moderado	Moderados/ Moderada a difícil
Uso de prescrições computadorizadas com sistemas de apoio à decisão clínica; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa a moderada	Baixas a moderadas	Alto	Moderados/ Difícil
Intervenções para prevenir falhas de conexão de tubos; revisão breve	Comum/ Moderada	Baixa	Baixas	Baixo	Moderados/ Não difícil
Limitação das horas de trabalho de profissionais em formação; revisão breve	Comum/Moderada	Baixa	Moderadas (no mínimo); incluem a ausência de tempo de treinamento	Alto	Moderados/ Difícil

*Observação: Em alguns casos, o texto da coluna PSP é ligeiramente diferente do título do capítulo dessa mesma PSP. Isso se deve à intenção, por parte do TEP, de incluir na tabela o problema de segurança visado pela PSP (quando a PSP visa resolver um problema de segurança específico), apresentar especificações adicionais ou dar um exemplo da PSP (p.ex., o texto “como um painel central para a visualização de dados consolidados” foi acrescentado à PSP chamada “integração do centro cirúrgico e sistemas de visualização”).

Escalas de qualificação:

Escopo do problema visado pela PSP (frequência/gravidade): frequência = rara ou comum; gravidade = baixa, moderada ou alta.

Força das evidências sobre a efetividade das PSPs: baixa, moderada ou alta.

Evidências sobre o potencial de consequências inesperadas danosas: insignificantes, baixas, moderadas ou altas.

Estimativa de custo: baixo, moderado ou alto.

Questões ligadas à implementação: Conhecimentos = poucos, moderados ou muitos; Dificuldade = não difícil, moderada ou difícil.

Fonte: Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Executive Summary. AHRQ, 2013. p. 7-10.

**INICIATIVAS INTERNACIONAIS NA MELHORIA DA QUALIDADE E
SEGURANÇA DO CUIDADO À SAÚDE**

Camila Lajolo

Margareth Crisóstomo Portela

INICIATIVAS INTERNACIONAIS NA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO CUIDADO À SAÚDE

INTRODUÇÃO

A qualidade do cuidado de saúde, considerada em termos da sua segurança, efetividade, centralidade no paciente, capacidade de resposta em tempo adequado, eficiência, eficácia e equidade, tem sido uma preocupação compartilhada por praticamente todos os sistemas de saúde no mundo. Tal preocupação se soma àquela com o crescimento exponencial de custos no setor, que no decorrer do tempo incorporou tecnologias cada vez mais complexas, muitas vezes de forma aditiva e não substitutiva.

O fato é que em contextos de menor ou maior investimento financeiro na atenção à saúde, são escandalosos os números associados a danos que a subutilização, a sobreutilização e a inadequação de processos de cuidado à saúde produzem. A elevada variação na prática clínica é um diagnóstico frequente em diferentes partes do mundo, sendo também hoje comum e bem aceita a ideia de que a padronização de condutas com base na melhor evidência disponível cumpre um papel na melhoria da qualidade do cuidado à saúde, propiciando melhores resultados.

São inúmeras as estratégias de melhoria de qualidade da atenção à saúde desenvolvidas nos diferentes países, ainda que os focos sejam muitas vezes semelhantes e haja relativo compartilhamento do que se entende como problema de qualidade do cuidado e dos domínios pertinentes.

Este documento visa apresentar algumas experiências internacionais na melhoria do cuidado prestado por sistemas de saúde, com vistas a subsidiar uma política no Brasil.

A seleção de países obedeceu a critérios substantivos, considerando a tradição no estabelecimento de políticas/estratégias de qualidade e segurança no cuidado à saúde – Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América (EUA); duas experiências de base comum, mas que foram se diferenciando no decorrer do tempo e expressam resultados distintos – Inglaterra e Escócia; e a semelhança com o Brasil – México.

Em cada país foram privilegiadas iniciativas governamentais, ainda que eventualmente uma ou outra iniciativa não governamental de penetração junto ao sistema de saúde também possa ser destacada.

A metodologia de trabalho envolveu a revisão de documentos publicados pelos governos dos países, por organizações internacionais e artigos científicos, além da busca de informações em diversos sítios de organizações/agências governamentais e não governamentais. Os artigos científicos foram obtidos a partir do PubMed, valendo, entretanto, explicitar que não foi estabelecido um procedimento sistemático nas buscas.

A seguir são apresentadas as experiências da Austrália, Inglaterra, Escócia, EUA e México. Especificamente em relação à Inglaterra e Escócia, cujos sistemas de saúde já foram um único sistema (*National Health Service* do Reino Unido), cabe esclarecer a diferenciação resultante da possibilidade da Escócia (semelhantemente ao País de Gales e Irlanda do Norte) ter uma administração eleita com responsabilidades na área da saúde, em contraste com a dependência da Inglaterra do Governo do Reino Unido. Como um processo de desenvolvimento incremental, mas bem direcionado, a Escócia expressa uma experiência de grande êxito no campo da melhoria da qualidade e segurança do cuidado à saúde.

AUSTRÁLIA

Visão geral do sistema de saúde

A Austrália está no menor continente, mas é o sexto maior país do mundo, com uma área de 7.692.000 km² e uma população de aproximadamente 23 milhões de habitantes^{1,2}. O sistema de governo contabiliza três níveis administrativos: federal, estados/territórios e localidades. As responsabilidades funcionais e fiscais são divididas entre o governo federal e os estados/territórios, inclusive algumas relacionadas à área da saúde.

Na área da saúde, as principais atribuições da esfera federal são as políticas de saúde e o financiamento/subsídios dos serviços de saúde prestados pelos estados/territórios e pelo setor privado. Cabem aos estados/territórios a provisão dos serviços, as ações de saúde pública e a administração dos hospitais públicos. Os governos locais são responsáveis por assistência domiciliar e algumas ações de prevenção e promoção de saúde^{3,4}.

Acesso universal a serviços de boa qualidade independente da capacidade financeira é o princípio fundamental do sistema de saúde australiano; e seus três objetivos centrais são: equidade (pagamento, acesso e utilização justas dos serviços de saúde), eficiência (valor pelo dinheiro) e qualidade (altos padrões e bons resultados)^{1,5}. Entretanto, alguns grupos populacionais apresentam piores condições de saúde e menor acesso como, por exemplo, a população aborígene, rural, de baixa renda ou vivendo em áreas remotas. Reduzir estas disparidades tem sido uma meta para o governo, traduzida por parcerias com comunidades indígenas, aumento de investimento em saúde e treinamento entre outras ações³.

O sistema de saúde australiano é complexo, composto por uma combinação de financiamento e provisão de serviços públicos e privados. O setor público é composto por um esquema de seguro nacional, o *Medicare*, introduzido em 1984, financiado por impostos. O *Medicare* proporciona acesso gratuito ou subsidiado a uma ampla gama de serviços incluindo: internações em hospitais públicos ou privados; medicamentos; cuidados preventivos; consultas ambulatoriais com médicos generalistas e especialistas; saúde mental; saúde pública e serviços odontológicos limitados^{1,3,5}.

Os seguros de saúde privados são uma parte importante do sistema de saúde e, apesar de opcionais, sua contratação tem sido estimulada pelo governo através de uma série de incentivos. Em 2011, 44,3% da população possuía seguro privado, como complementação a serviços não ou apenas parcialmente cobertos pelo *Medicare*^{1,3,5}.

O pagamento pelos serviços de saúde prestados pelos hospitais é baseado no sistema *DRG*^{xix}. Os profissionais médicos recebem salário se empregados por hospitais públicos; ou por unidade de serviço quando atendendo em hospitais privados ou consultórios. A atenção básica é prestada predominantemente por médicos generalistas do setor privado, contratados pelo *Medicare*. Estes profissionais funcionam como “controladores” (*gatekeepers*), pois o *Medicare* somente reembolsará consultas com especialistas (também do setor privado), se solicitadas por um destes profissionais^{1,3}.

A Austrália gasta aproximadamente 9,0% de seu produto interno bruto em saúde. O governo é responsável por 68,5% dos gastos e o setor privado por 31,5% (24,9% planos de

^{xix}Diagnosis Related Group: sistema de pagamento que consiste no pagamento ajustado pelo *mix* de casos, separando os pacientes em categorias de tratamento e doença.

saúde e 6,6% indivíduos). Os gastos com saúde representam 16,8% do total de gastos do governo⁶.

Dados recentes (2010/2011) referentes à estrutura para provisão de serviços revelam que o sistema conta com 1340 hospitais, sendo 752 públicos e 588 privados; 68% (57.772) dos leitos são públicos e 32% privados (28.000)⁷. A dimensão da força de trabalho é de 548.528 profissionais, sendo 91.648 médicos, 2.187 parteiras, 302.245 profissionais de enfermagem, 26.538 farmacêuticos, entre outros⁸.

Iniciativas no campo da qualidade do cuidado à saúde

A Austrália é reconhecida e respeitada internacionalmente por seus esforços em melhorar a qualidade e a segurança do cuidado de saúde. Esta jornada começou em 1960 quando a Austrália se tornou o primeiro país do mundo a instituir uma revisão de todos os óbitos anestésicos⁹. Anos depois, em 1991, a iniciativa de revisar indenizações solicitadas por erros médicos falhou em obter informações sobre as taxas de eventos adversos e os resultados para o paciente¹⁰. Esta falta de informações impulsionou, entretanto, a aprovação pelo Parlamento Federal da Parte VC do *Health Insurance Act*, proporcionando privilégios legais (proteção e confidencialidade) para iniciativas declaradas pelo Ministério como sendo iniciativas nacionais de melhoria da qualidade, além de dar origem a um dos primeiros estudos no mundo na área, o *Quality in Australian Health Care Study*. Publicado em 1995, este estudo identificou que em 16,6% das 14.000 internações avaliadas em 28 hospitais, ocorreram eventos adversos que resultaram em incapacidade ou prolongamento no tempo de permanência. Mais da metade (51%) destes eventos foi considerada evitável^{10,11}.

Além de uma taxa de eventos adversos maior do que esperada, outros fatores fizeram com que a atenção dos governos da Austrália se voltasse para a questão da qualidade e da segurança: a incapacidade de medir sistematicamente a qualidade do cuidado; a rápida expansão da base de evidências na saúde; e a variação inexplicável na prática clínica. Relatórios publicados pelo *Taskforce on Quality in Australian Health Care* (1996) e pelo *National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care* (1999) identificaram algumas áreas de atuação em nível nacional: fortalecer a voz do consumidor;

incentivar a melhoria da prática clínica; aprender com incidentes, acidentes e eventos adversos; desenvolver *frameworks* para a melhoria e gestão da qualidade; desenvolver sistemas de informação que apoiem a qualidade; promover educação e treinamento para segurança e melhoria da qualidade¹⁰.

Em resposta às áreas de atuação identificadas, foram realizadas as seguintes ações: o estabelecimento do *National Institute of Clinical Studies*^{xx}, para liderar a pesquisa e a adoção dos princípios e processos da medicina baseada em evidência; o financiamento de iniciativas de melhoria da qualidade; a formação do *National Health Performance Committee*, para desenvolver e sustentar *framework* para medida de desempenho com foco na melhoria do sistema; e a criação do *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*, para levar adiante ações nacionais com grande foco na segurança, principalmente na redução de eventos adversos¹⁰.

Apesar das iniciativas acima, pesquisa publicada por Schoen e colaboradores (2005) identificou que 27% dos pacientes entrevistados (adultos com alta incidência de doenças crônicas e uso intensivo recente do sistema de saúde), sofreram algum tipo de erro de medicação, no cuidado ou laboratorial nos dois anos anteriores¹². Dados recentes do *Commonwealth Fund* indicam redução para 14% dos pacientes relatando tais eventos³. Hunte colaboradores (2012) avaliaram a adequação do cuidado prestado entre 2009-2010 em uma amostra de 1000 cidadãos. Este estudo identificou que em apenas 57% dos encontros, os pacientes receberam cuidado adequado (baseado em evidência) para as 22 condições avaliadas¹³.

O National Health Reform Agreement (2011)

Em 2011 os governos federal, dos estados e dos territórios assinaram um documento, o *National Health Reform Agreement*, cujo objetivo é melhorar os resultados de saúde para todos os cidadãos e a sustentabilidade do sistema¹⁴.

^{xx} Em 2006 o *National Institute for Clinical Studies* foi incorporado pelo *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) cujo objetivo é desenvolver e manter os padrões de saúde individual e pública. Suas publicações incluem desde protocolos para a utilização segura de hemocomponentes/hemoderivados, tratamento de neoplasias e diabetes até qualidade do ar e da água, entre outras. Disponível em <http://www.nhmrc.gov.au/>. Acesso em 13/9/2013.

Dentre as muitas provisões deste acordo, destacam-se: a iniciativa para melhorar a responsabilização do sistema de saúde através do estabelecimento do *National Performance and Accountability Framework*, um modelo de desempenho e responsabilização para serviços de saúde; o estabelecimento da *National Health Performance Authority* (NHPA), órgão responsável pela publicação dos resultados de desempenho dos serviços; e a melhora de padrões clínicos de cuidado através da *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC).

O *National Performance and Accountability Framework* (NPAF) e a NHPA

Em maio de 2012 o conselho dos governos da Austrália publicou um modelo de desempenho e responsabilização, o NPAF, cujo objetivo principal é aumentar a transparência e a responsabilização do sistema de saúde, de forma a tornar o cuidado mais seguro e com maior qualidade¹⁵.

Com foco na prestação de cuidados de saúde pelas organizações, este modelo é sustentado por três dimensões – equidade, efetividade e eficiência- que nortearão a avaliação do desempenho dos serviços de saúde. Transparência ao informar e a publicação do desempenho em relação a estas três dimensões auxiliarão no alcance dos objetivos do sistema de saúde: melhoria contínua na segurança e na qualidade; garantia da eficiência e sustentabilidade através de coleta de dados, monitoramento e notificação rigorosos; maior integração entre hospitais e atenção primária e comparação do desempenho entre os diversos serviços. Este modelo foi desenhado de forma a se integrar perfeitamente com outros modelos preexistentes; entre eles o *National Health Performance Framework* (NHPF)^{XXI}.

O NPAF contém aproximadamente 50 indicadores relacionados à saúde da população e aos resultados de cuidado e que, ao serem publicados, fornecerão informações consistentes nacionalmente e relevantes localmente sobre o desempenho de hospitais (públicos e privados) e organizações prestadoras de atenção primária.

^{XXI} Estabelecido em 1999, depois revisado em 2007-08, o NHPF avalia a saúde da população sob três prismas: estado de saúde (*health status*); determinantes de saúde e desempenho do sistema de saúde. Detalhe sobre os indicadores utilizados podem ser encontrados em <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569>.

Alguns exemplos de indicadores para hospitais incluem: óbitos em grupos diagnósticos com baixa mortalidade, razão de mortalidade ajustada por risco, infecções por *S. Aureus* relacionadas à assistência à saúde (incluindo SARM), desempenho financeiro comparado ao orçamento (resultado operacional anual).

Alguns exemplos de indicadores para atenção primária incluem: tempo de espera para consulta com médico generalista, taxas de vacinação em crianças, internações potencialmente evitáveis, porcentagem de pacientes asmáticos com plano de cuidado, desempenho financeiro comparado ao orçamento.

A NHPA foi estabelecida pelo *National Health Reform Agreement (2011)* como uma agência independente dos governos federal, estadual e dos territórios, com o intuito de instrumentalizar o NHPF. Seu objetivo principal é proporcionar informação imparcial sobre o desempenho dos serviços de saúde por toda a Austrália, de forma a informar os consumidores, empoderar os profissionais e prestadores de cuidado de saúde para o desenvolvimento de melhorias, aumentar a transparência e a responsabilização pelo cuidado. A NHPA trabalha em conjunto com outras agências governamentais, como por exemplo, a ACSQHC, de forma a garantir o alinhamento e a consistência das diversas estratégias.

Esta agência está estruturada em dois grandes grupos: hospitais (proporciona informações sobre o desempenho dos hospitais públicos e privados) e comunidades (proporciona informações sobre atenção básica e sistemas de saúde locais, comparando condições de saúde e outros fatores socioeconômicos e geográficos). Cada um destes dispõe de um diretor executivo, um diretor de publicação e um diretor de medição de desempenho e melhoria. A NHPA conta ainda com um *chief executive officer* (CEO) e departamentos de comunicação, corporativo e financeiro. Maiores informações sobre a NHPA podem ser obtidas através do *website* <http://www.nhpa.gov.au>.

Um sistema robusto de monitoramento e publicação de desempenho é crucial para garantir que informação em quantidade suficiente esteja disponível para pacientes, clientes, prestadores de cuidado e gestores.

O público (consumidores e pacientes) terá acesso à informação atualizada sobre os prestadores de cuidado de saúde (públicos ou privados) de forma a ser capaz de fazer uma

escolha informada^{XXII}.

Os serviços de saúde terão acesso a dados de desempenho clínico com o intuito de estimular a melhoria contínua da qualidade. Governos e órgãos gestores de hospitais privados terão acesso a informações adicionais para garantir uma responsabilização robusta e supervisão do sistema de saúde.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)

Em seus seis anos de atuação (2000-2006), o *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* obteve progressos, como por exemplo, a implantação de sistema de monitoramento e gerenciamento de incidentes; planos de gerenciamento de riscos nos hospitais públicos; a padronização da prescrição de medicamentos, a implantação de normas nacionais para abertura da informação, entre outras¹⁶. Porém, os progressos observados foram desiguais, não houve melhoria sistêmica.

Estabelecida em 2006 com o objetivo de coordenar esforços nacionais de melhoria da qualidade e da segurança, a ACSQHC, uma agência governamental, encontrou limitações devido a sua falta de poder estatutário, administrativo e capacidade operacional para monitorar e implantar suas diretrizes e ações^{10,16}. Somente em 2011 com a publicação do *National Health Reform Agreement*, a ACSQHC ganhou status de órgão estatutário independente, com financiamento conjunto pelos governos da Austrália.

A ACSQHC é governada por um conselho diretor (*board of directors*) composto por um presidente e 7 a 9 membros com experiência e conhecimento em gestão em saúde tanto no âmbito sistêmico como no âmbito de instituições prestadoras de cuidado de saúde públicas ou privadas, prestação de cuidado de saúde, gestão financeira, governança corporativa; melhoria da qualidade e da segurança e representantes dos consumidores e jurídicos. Conta também com três comitês (hospitais privados, estratégia de informação e atenção básica) e tem suas operações diárias lideradas por um CEO.

A ACSQHC está subordinada ao *Standing Council on Health* (conselho composto por representantes dos governos federais, estaduais e dos territórios para assuntos

^{XXII}Exemplos destes relatórios podem ser encontrados em <http://www.myhospitals.gov.au> e <http://www.myhealthycommunities.gov.au>.

relacionados à saúde) trabalha em conjunto com o *Inter-Jurisdictional Committee*, uma comissão composta por gestores seniores de qualidade e segurança dos departamentos de saúde do governo federal, estados e territórios. Há também parcerias com grupos consultivos compostos por representantes dos profissionais de saúde e consumidores.

Maiores informações sobre a estrutura, publicações e projetos da ACSQHC estão disponíveis no endereço <http://www.safetyandquality.gov.au>.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

Segundo o *National Health Reform Agreement*, as principais funções da ACSQHC são a formulação e o monitoramento de normas de qualidade e segurança; a identificação das melhores práticas clínicas; a garantia da adequação do cuidado prestado; a condução de atividades de pesquisa e treinamento¹⁷. As principais iniciativas da ACSQHC para 2011/2012 estão brevemente descritas abaixo.

a) Normas Nacionais de Segurança e Qualidade para os Serviços de Saúde

A ACSQHC desenvolveu 10 normas para qualidade e segurança nos serviços de saúde, os *National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards*. As duas primeiras normas - Governança para Segurança e Qualidade nos Serviços de Saúde e Parceria com os Consumidores – proporcionam um referencial global para os sistemas e processos que melhoram a segurança e a qualidade do cuidado. As oito normas restantes lidam com áreas nas quais ocorre dano e para os quais há estratégias baseadas em evidência para sua mitigação. São elas: prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS); segurança na prescrição, administração e dispensação de medicamentos; identificação do paciente; passagem de casos clínicos; transfusão de hemocomponentes; prevenção e manejo da úlcera por pressão; prevenção e redução de dano por queda; pronto reconhecimento e resposta à deterioração clínica em ambientes de cuidado a pacientes agudos.

b) Esquema nacional de acreditação para hospitais

A acreditação é uma prática amplamente difundida na Austrália, sendo oferecida a diversos serviços de saúde como hospitais, consultórios e laboratórios. Atualmente a maioria dos hospitais e 85% dos consultórios são acreditados, estes pelos padrões do *Royal Australian*

College of General Practitioners^{1,14}. Apesar da ampla adoção da acreditação, não há um modelo nacional que oriente os processos de acreditação e certificação garantindo a melhoria da qualidade, o valor e a responsabilidade perante o consumidor.

Em 2006 o conselho consultivo dos ministros da saúde [Australian Health Ministers' Advisory Council, AHMAC], constituído por representantes de Departamentos de Saúde do país, solicitou que a ACQHC desenvolvesse uma proposta nacional de acreditação e as normas que a acompanham com o intuito de aumentar o papel da acreditação como fator contribuinte para melhoria da qualidade. As normas são as dez descritas para o NSQHS e o esquema descreve as funções e responsabilidades de cada uma das partes envolvidas no processo. Em muitos estados a acreditação de serviços de saúde é obrigatória.

c) Iniciativa Nacional para Higienização das Mãos

A iniciativa nacional para higienização das mãos, *Australian National Hygiene Initiative (NHHI)*, foi lançada pela ACSQHC em Janeiro de 2009, após estudos demonstrarem que programas multimodais de mudança de cultura e o aumento da utilização de álcool gel para higienização das mãos reduzem as taxas de IRAS, principalmente aquelas relacionadas à *S. aureus* resistente a metilina (SARM)¹⁸.

O *NHHI* baseou-se na iniciativa *5 Moments for Hand Hygiene* da Organização Mundial de Saúde, que contém materiais educativos padronizados e um sistema de auditoria da adesão às práticas de higienização das mãos. As principais medidas de resultado são a adesão à higienização das mãos e a taxa de incidência de bacteremia por *S. Aureus*^{18, 19}.

Os resultados deste programa são promissores. Houve um aumento de 56,0% da taxa de adesão à higienização das mãos^{xxiii}, que passou de 43,6% no início de 2009 para 68,3% ao final de 2010. Estes dados refletem o desempenho de 521 hospitais, representando aproximadamente 90,0% dos leitos de cuidado a pacientes agudos em hospitais públicos e 50,0% dos privados¹⁸. Resultados recentes (março de 2013) demonstram a sustentabilidade do programa, com um aumento da adesão às práticas de higienização das mãos para 76,9% em 697 hospitais¹⁹.

^{xxiii} Os resultados excluem o estado de Victoria, que já utilizava ferramentas de auditoria há alguns anos.

As taxas nacionais de incidência de bacteremia por *S. aureus* multirresistente^{xxiv} mostravam-se estáveis em 18 dos 24 meses prévios à implantação do *NHHI*, mas diminuíram significativamente após implantação do programa. Entretanto, se considerarmos apenas as infecções de início hospitalar (>48 h de internação), não houve redução significativa. Apesar do declínio na taxa de incidência não poder ser diretamente relacionado ao programa, este resultado é consistente com relatos prévios de outros programas de mudança de cultura tanto na Austrália, quanto internacionalmente¹⁸.

d) Adesão disseminada aos treinamentos online

Entre 2011 e 2012, seis mil profissionais de saúde utilizaram os módulos educativos *online* disponíveis no *website* da ACSQHC, com foco principal em prevenção e controle de infecções. Foram desenvolvidos novos recursos focando em quedas; melhoria da passagem de casos clínicos e do acesso às pesquisas e práticas mais recentes.

e) Comunicação com milhares de profissionais sobre segurança e qualidade

Entre 2011 e 2012 o *website* da ACSQHC recebeu aproximadamente 20.000 visitas; 1700 participações em pesquisas online e mais de 2800 participações em uma das 28 apresentações. Por fim, semanalmente, 1200 pessoas e organizações receberam um resumo das publicações relevantes na área.

f) Metas de Qualidade e Segurança para a Cuidado de Saúde

Por solicitação do *Australian Health Minister's Advisory Council*, a ACSQHC identificou um pequeno número de metas nacionais para qualidade e segurança. Estas representam áreas que se beneficiariam de uma abordagem nacional e coordenada para melhoria.

- Cuidado seguro: segurança de medicamentos, infecção relacionada ao cuidado de saúde e o reconhecimento/resposta à deterioração clínica de pacientes;
- Adequação do cuidado: síndromes coronarianas agudas, acidente isquêmico transitório e acidente vascular cerebral;
- Parceria com os consumidores: parcerias efetivas entre consumidores, profissionais e serviços de saúde na provisão, planejamento e avaliação do cuidado.

^{xxiv} Estes dados referem-se tanto às infecções de início hospitalar (cultural colhidas após 48 h de internação), quanto de início não hospitalar.

g) Bancos nacionais de dados sobre qualidade e segurança

A ACSQHC tem trabalhado em parceria com especialistas clínicos e estatísticos para desenvolver definições e especificações para a criação de um conjunto nacional de indicadores de qualidade. Os objetivos desta atividade são aumentar o foco em qualidade e segurança dos dados e indicadores nacionais de saúde; estimular atividades locais de melhoria da qualidade e da segurança e aumentar a transparência e a responsabilização na notificação. Foram identificadas cinco áreas principais para o desenvolvimento de grupos de indicadores significativos para qualidade e segurança do paciente em nível nacional.

São eles: indicadores de resultado hospitalar; indicadores de resultado para “hospitais dia”, segurança do paciente (está sendo desenvolvido um modelo nacional para mensuração da segurança do paciente nos hospitais, com o objetivo de entender as taxas de eventos adversos e informar programas relacionados); experiência e satisfação do paciente com o hospital; indicadores de qualidade e segurança para atenção primária e indicadores sistêmicos (indicadores de base populacional referentes à adequação, efetividade e centralidade no cuidado). Alguns indicadores são os mesmos previamente descritos para o *National Health Performance Accountability Framework*.

h) Publicações e outras ferramentas

A ACSQHC contribui para o conhecimento na área de segurança e qualidade através dos materiais disponíveis em seu *website*, incluindo uma ampla variedade de publicações e recursos sobre segurança e qualidade. Alguns tópicos incluem: guias de melhoria para cada uma das dez normas (NSQHS); estrutura para abertura da informação, etc.

i) Segurança Medicamentosa

A ACSQHC está trabalhando para reduzir o dano causado a pacientes por erro de medicação. As seguintes áreas são prioritárias para ação: padronização da prescrição de medicamentos e procedimentos associados, incluindo terminologia e abreviações; implantação de abordagem segura para identificação, embalagem e rotulagem dos medicamentos; reconciliação medicamentosa. Quase todos os hospitais públicos e aproximadamente 70,0% dos privados utilizam as prescrições padronizadas. De 2006 a 2011 houve uma redução de 74,0% para 21,2% das solicitações de medicamento pouco claras e um aumento de 19,8% para 74,9% dos casos com identificação completa do

paciente.

O foco da ACSQHC para o período 2012/2013 é o apoio à implantação dos NSQHS; amadurecer o esquema nacional de acreditação; identificar e desenvolver padrões clínicos de cuidado para áreas prioritárias; além de aumentar o entendimento sobre a variação e adequação do cuidado prestado.

Australian Institute of Health Innovation(AIHI)

Sediado na *University of New South Wales*, o AIHI é um centro de pesquisa nas áreas de governança clínica; tecnologia de informação em saúde; sistemas de saúde e segurança e pesquisa de serviços de saúde²⁰. O AIHI fornece ferramentas, evidências e outros recursos para aqueles interessados em fortalecer os sistemas e serviços de saúde, tornando-o mais produtivo, eficiente e efetivo. Além do estudo *Care Track*¹³, publicado por Hunt e colaboradores, e já mencionado anteriormente, outros exemplos de projetos de pesquisa incluem o *Accredit Project*, que visa a investigar o impacto da acreditação na melhora do desempenho organizacional, da qualidade e da satisfação com o cuidado²¹. Em dezembro de 2012 o AIHI recebeu 10,9 milhões de dólares australianos do governo federal para um programa de pesquisa focado na exploração de novas abordagens para a segurança do paciente, traduzindo o conhecimento dos sistemas em melhor cuidado na prática.

Australian Patient Safety Foundation(APSF)

Localizada *University of South Australia* em Adelaide, a APSF é uma organização independente, sem fins lucrativos, que desde 1988 visa a promover, organizar, financiar e conduzir pesquisas sobre, e estabelecer mecanismos para melhorar a segurança do paciente²². A APSF trabalha em conjunto com governos, pesquisadores, organizações profissionais, consumidores e profissionais de saúde no âmbito nacional e internacional. Um dos principais produtos desenvolvidos pela APSF ao longo dos anos foi o *Advanced Incident Management System (AIMS™)*, um *software* que auxilia na coleta e análise de informações detalhadas sobre incidentes no cuidado de saúde. Este *software* é utilizado em vários estados australianos e também internacionalmente. Artigos publicados em 2002 e 2006 por Runciman e colaboradores^{23,24} fazem uma reflexão interessante sobre o

desenvolvimento do AIMS™. A APSF participou da elaboração da Classificação Internacional para Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde.

Considerações finais

Apesar da grande tradição e inovação em iniciativas de melhoria da qualidade e da segurança, a Austrália ainda enfrenta o desafio de atingir melhorias sistêmicas. O primeiro passo necessário para um esforço nacional é congregar e alinhar os esforços dos nove governos soberanos (estados, territórios e governo federal), ao mesmo tempo em que se influencia o sistema privado¹⁶.

INGLATERRA

Visão geral do sistema de saúde

O *National Health Service (NHS)* foi criado em 1948, dois anos após a publicação do *National Health Service Act*, com a premissa de que o governo deveria prover um sistema de saúde universal e gratuito para todos os cidadãos. Sofrendo oposição inicial da classe médica, que temia perda de autonomia profissional, foi definido como um empregador centralizado somente de médicos em hospitais. Diferentemente, os médicos atuantes na atenção primária – *general practitioners (GP)* – são contratados independentes do NHS, podendo possuir clínica privada simultaneamente.

Consultas, hospitalizações e a maioria dos serviços hospitalares e especializados são providos gratuitamente, havendo algumas exceções tais como serviços de oftalmologia, dentários e de prescrição de medicamentos. Adicionalmente, crianças, estudantes com menos de 19 anos e idosos são isentos do pagamento de medicamentos, o que corresponde a cerca de 88% das prescrições. O NHS é quase totalmente financiado por impostos federais, sendo, de longe, o maior segurador no Reino Unido, onde somente 12,5% dos cidadãos optaram por possuir um plano de saúde privado em 2007. Vale destacar a elevada satisfação dos cidadãos em relação ao NHS, comparada a outros países.

O NHS tem sido reestruturado com frequência no decorrer do tempo, especialmente em resposta a preocupações financeiras^{xxv}.

Em 1962, o *Hospital Plan* propôs a estruturação de hospitais gerais distritais, responsáveis pela cobertura das necessidades de saúde de cerca de 125.000 pessoas, sendo ainda de meados nos anos 1960s, o estabelecimento do contrato do GP, que, respondendo a críticas prevalentes, define o papel dos serviços médicos gerais e provê melhores instalações físicas e recursos humanos para o seu exercício, maior autonomia, a garantia de um rendimento mínimo e a provisão de pensão. O início dos anos 70s é marcado pelo debate em torno da necessidade de manter o NHS integrado, que culmina com o *NHS Reorganization Act*, instituído em 1973. O ato se constituiu em um esforço para gerar melhor coordenação entre autoridades de saúde, promovendo a substituição da estrutura tripartite tradicional por uma estrutura unitária, onde cada um dos distritos previamente existentes foi colocado sob controle de um grupo de gestão distrital, que se reportava a uma de 90 autoridades de saúde de área [*area health authorities*], que, por sua vez, se reportavam a 14 autoridades regionais.

O governo Thatcher, eleito em 1979, foi marcado por preocupações com a eficiência do NHS e pela crença de que a privatização poderia reduzir as despesas públicas. In 1982, em um contexto de restrições no financiamento do NHS, a sua estrutura hierárquica foi achatada com a abolição das autoridades de saúde de área, ficando 192 autoridades de saúde distritais, referidas como *health authorities*, se reportando às 14 autoridades regionais. Em 1983, o Relatório Griffiths sugeriu a adoção pelo NHS do modelo de gestão geral do setor de negócios como forma de melhorar a sua *accountability*. No final dos anos 1980s, questões de subfinanciamento do NHS foram novamente colocadas, levando à formação de um comitê para a sua revisão, coordenado pela própria Margaret Thatcher, que redundou no *NHS and Community Care Act 1990*, estabelecendo a divisão entre compradores (*health authorities*) e provedores (hospitais gerais e outros provedores), fundos destinados aos GPs capacitando-os à compra de serviços de hospitais e outros provedores para os seus pacientes, e o estabelecimento de um mercado interno financiado pelo Estado, orientado no sentido de maior eficiência dos serviços. Como nem todos os GPs

^{xxv}Ver: http://nhstimeline.nuffieldtrust.org.uk/?gclid=CKCg5JfNyLkCFfLHtAod_gQAAw;
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/the-nhs%20history.aspx>;
<http://www.nhs.uk/Tools/Pages/NHSTimeline.aspx>.

foram contemplados com fundos, e os GPs não contemplados dependiam da compra de serviços para os seu pacientes pelas *health authorities*, críticas surgiram apontando desigualdade no acesso aos serviços requeridos entre pacientes de GPs detentores e não-detentores de fundos. Em 1994 o número de autoridades de saúde regionais é reduzido para oito.

Com a chegada do *Labour Party* ao poder em 1997, o documento [The new NHS: Modern, dependable](#), liderado por Frank Dobson, propôs a substituição do mercado interno e provisão de fundos aos GPs por um sistema mais cooperativo e integrado, mantendo a divisão entre compradores e prestadores de serviços. A reforma envolveu três fases: a primeira caracterizada pelo desmantelamento do mercado interno e eliminação dos fundos destinados aos GPs, que tiveram de se juntar a um dos 481 *primary care groups*, definidos com base geográfica; a segunda por um crescimento no financiamento do NHS, que terminou não sendo sustentável; e a terceira fase, caracterizada pela consolidação dos grupos de GPs, que passaram a ser chamados *primary care trusts* (PCTs), com vistas ao seu fortalecimento para a compra de cuidados secundários. Compras passaram a ser descentralizadas para *GP practices* qualificadas, em um modelo semelhante ao do início dos anos 90s.

Com a perspectiva de prover mais poder ao nível local, o NHS extingue, em 2002, as *health authorities*, ficando estruturado em termos dos *primary care trusts*, com responsabilidade por cerca de 80% do orçamento do NHS, e 28 *strategic health authorities* (SHAs), com responsabilidade pela gestão regional do sistema e supervisão dos PCTs. Também relevante foi o estabelecimento de um novo contrato para GPs, em 2003, proporcionando a eles maior autonomia e pagamento suplementar pelo atingimento de padrões de qualidade, segundo a *Quality and Outcomes Framework*.

Mesmo com as organizações envolvidas se modificando, tem prevalecido, na história recente do NHS, o modelo de comissionamento, com organizações recebendo a delegação de avaliar necessidades da população, decidir o que priorizar, comprar serviços, monitorar a qualidade das organizações prestadoras de serviços, medir impactos e planejar passos futuros²⁵. Como resultado do [Health and Social Care Act 2012](#), em 31 de março de 2013, tal papel passou a ser assumido por grupos clínicos de comissionamento [[clinical commissioning groups](#)], constituídos por GPs, enfermeiros e médicos especialistas,

responsáveis pelo planejamento e compra de serviços para as suas áreas geográficas, seguindo a lógica de mercado proposta pelo [practice based commissioning \(PBC\)](#), introduzido em 2005, que, a rigor, trouxe de volta o modelo do início dos anos 90s. O orçamento disponível para GPs depende do que economiza ao reduzir o uso de serviços hospitalares e especializados. Os [clinical commissioning groups](#) substituíram os *primary care trusts* (PCTs).

Segundo a nova configuração, os serviços do NHS ficam abertos à competição de prestadores que cumprirem padrões de preço, qualidade e segurança do NHS, com um novo regulador (Monitor) e a expectativa de que a grande maioria dos hospitais e outros prestadores de serviços de saúde – *NHS trusts* – se tornem *foundation trusts* até 2014, passando a gozar de maior autonomia financeira e gerencial²⁶⁻²⁸.

Hoje a Inglaterra possui 166 *acute trusts*, dos quais 99 com o *status* de *foundation trust*. Alguns se constituem em centros regionais ou nacionais para cuidado mais especializado e outros estão ligados à universidade, auxiliando no treinamento de profissionais. Além disso, *acute trusts* também podem prover serviços na comunidade, através, por exemplo, de centros de saúde, clínicas e serviços domiciliares.

Iniciativas no campo da Qualidade do Cuidado à Saúde

Preocupações com a qualidade do cuidado prestado e, especificamente, com a equidade, têm permeado a história do NHS, com relatórios e trabalhos publicados com tais ênfases. Exemplos incluem o artigo *The overall state of general practice (in England) is bad and still deteriorating*, publicado por JS Collingsem 1950, no *Lancet*; o relatório *The crude differences in mortality rates between the various social classes are worrying*, publicado em 1980; e o relatório *Independent inquiry into inequalities in health*, do [Acheson inquiry](#), que explicita que “inequalities by socioeconomic group, ethnic group and gender can be demonstrated across a wide range of measures of health and the determinants of health”, em 1998.

De modo mais formal estruturas passam a ser constituídas a partir de atos do final dos anos 1990s e início dos 2000s, a partir da observação do crescimento de variações qualificadas como inaceitáveis na prática clínica.

Care Quality Commission (CQC)

Organizações têm se sucedido no papel de monitorar, inspecionar e regular prestadores de serviços de saúde, considerando padrões fundamentais de qualidade e segurança. A *Care Quality Commission (CQC)*, criada em outubro de 2008 e operacionalizada a partir de abril de 2009, assume hoje este papel, substituindo a *Commission for Healthcare Audit and Inspection*, conhecida com *Healthcare Commission*, fundada em 2001^{29,30}. Agrega a ela a função de também regular as organizações de assistência social para adultos, antes exercida pela *Commission for Social Care Inspection*, bem como funções de monitoramento relativas à operação do *Mental Health Act 1983*, anteriormente assumidas pela *Mental Health Act Commission*.

A CQC é financiada em grande parte por impostos e, ainda que se defina como um regulador independente dos serviços de saúde e de assistência social na Inglaterra, presta conta ao público, ao Parlamento e ao Ministro da Saúde. Como as organizações que a antecederam, a CQC continua sendo controversa no que diz respeito às avaliações anuais e publicação de escores relativos ao desempenho dos prestadores de serviços de saúde, tendo sido recentemente (junho de 2013) submetida a um inquérito público, após ser alvo de uma série de críticas e 30 processos civis por negligência.

Os setores regulados pela CQC incluem os *NHS trusts*, serviços de saúde independentes, ambulâncias independentes, clínicas odontológicas, serviços de assistência social para adultos e serviços de GP e atenção médica primária. Os padrões considerados para a avaliação dos serviços abrangem cinco áreas: segurança, efetividade, centralidade no paciente, capacidade de resposta às necessidades das pessoas e qualidade na condução do cuidado prestado.

National Patient Safety Agency (NPSA)

A *National Patient Safety Agency (NPSA)* faz parte do Departamento de Saúde (correspondente ao Ministério da Saúde) e foi estabelecida em 2001, com o objetivo de identificar e reduzir riscos dos pacientes atendidos pelo NHS, bem como promover iniciativas para a melhoria da segurança do paciente³¹.

Quando um incidente que afeta a segurança de um paciente ocorre, profissionais do NHS podem fazer relatórios confidenciais via internet. Todos são encorajados a reportar todos os incidentes, independentemente de terem resultado em danos para o paciente ou não. Tais relatórios alimentam uma base de dados - *National Reporting and Learning System* -, que é utilizada por clínicos e especialistas em segurança na identificação de riscos comuns e oportunidades de melhoria da segurança do paciente, sendo as análises devolvidas às organizações prestadoras de serviços de saúde como retroalimentação e guia para a melhoria da segurança do paciente.

A NPSA disponibiliza recursos, incluindo alertas para riscos específicos e ferramentas para a construção de uma cultura de segurança. Também promove campanhas em tópicos selecionados, tais como a *cleanyourhands*, voltada para a redução de infecções relacionadas ao processo de cuidado à saúde, e a *Patient Safety First*, criada para mudar a cultura no NHS na Inglaterra no sentido da segurança do paciente como maior prioridade. Adicionalmente, a NPSA colabora com organizações internacionais em iniciativas e campanhas globais.

Na área da pesquisa, a NPSA promove estudos de evidência científica no campo da segurança do paciente e colabora com projetos de organizações do Reino Unido de segurança do paciente.

No sentido de promover a segurança do paciente, a NPSA trabalha de forma próxima com as associações médicas, profissionais e organizações líderes, grupos de pacientes, autoridades do NHS, centros acadêmicos e outros setores externos à saúde.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) assume o papel de prover diretrizes nacionais para a melhoria da saúde e assistência social³².

Foi originalmente criado em 1999, como o *National Institute for Clinical Excellence*, voltado para a redução na variação na disponibilidade e qualidade de tratamentos e do cuidado prestado pelo NHS. Em 2005, integrou-se à Health Development Agency, incorporando atividades de promoção da saúde, e passando a chamar-se *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Recentemente (abril de 2013), tornou-se um organismo público não

governamental [Non Departmental Public Body – NDPB], assumindo também responsabilidades de desenvolvimento de diretrizes e padrões de qualidade na assistência social, mudando novamente o nome.

Como um NDPB, NICE presta contas ao Departamento de Saúde, mas, operacionalmente, é independente do governo. Suas diretrizes e recomendações são produzidas por comitês independentes. Prioridades estratégicas e políticas são definidas pelo *NICE Board*, enquanto decisões do dia-a-dia ficam por conta da sua equipe de gestão sênior.

Algumas estruturas do NICE são aqui destacadas³²:

O Centro de Prática Clínica [Centre for Clinical Practice – CCP] é responsável por desenvolver diretrizes clínicas para a atenção apropriada a pessoas com doenças ou condições específicas por profissionais do NHS. Também contém o *NICE Medicines and Prescribing Centre*, que dá seguimento ao trabalho do National Prescribing Centre, agregado ao NICE em 2011. O CPC é também responsável por distribuir o guia de medicamentos *British National Formulary (BNF)* para o NHS.

O Centro de Saúde Pública [Centre for Public Health – CPH] desenvolve guias de prevenção e promoção da saúde, voltadas para profissionais do NHS, autoridades locais, público em geral, etc. Também produz documentos orientados a governos locais, provendo aconselhamento sobre ações de saúde pública mais efetivas e custo-efetivas.

O Centro de Avaliação de Tecnologias em Saúde [Centre for Health Technology Evaluation – CHTE] desenvolve diretrizes sobre o uso de novas tecnologias no NHS, incluindo medicamentos, instrumentos e equipamentos médicos, técnicas diagnósticas, procedimentos cirúrgicos e outras intervenções. Inclui uma equipe de pesquisa e desenvolvimento, que auxilia na melhoria dos métodos que NICE usa para desenvolver suas diretrizes e recomendações e promove o envolvimento de parceiros no desenvolvimento de pesquisa relevante para o trabalho do NICE.

A Diretoria de Saúde e Assistência Social [Health and Social Care Directorate] inclui a equipe de Sistemas de Qualidade, responsável por produtos para a melhoria da qualidade no NHS, entre os quais os padrões de qualidade (*quality standards*) utilizados como marcadores de qualidade e eficiência no cuidado à saúde. Inclui ainda o *Accreditation Advisory Committee*, que avalia a robustez dos processos usados no desenvolvimento de cuidados de saúde e

assistência social, e o *NICE Fellows and Scholars Programme*, que contribui para a educação continuada de profissionais do NHS, constituindo uma rede de profissionais vinculados ao NICE comprometidos com a melhoria do cuidado nas suas áreas locais. Através do *Public Involvement Programme*, desenvolve e promove oportunidades de envolvimento de pacientes, cuidadores e do público em geral no trabalho do NICE. Enfim, contém o *NICE implementation team*, que desenvolve ferramentas e guias para apoiar a incorporação prática das diretrizes do NICE no NHS.

A Diretoria de Recursos de Evidência [*Evidence Resources Directorate*] gerencia o *NICE Evidence Services*, responsável por prover acesso via internet a evidência de elevada qualidade para a melhor prática no cuidado à saúde, e a base de dados *UK PharmaScan*, com informação sobre novos medicamentos em desenvolvimento.

HTA Programme

O Programa de Avaliação de Tecnologias em Saúde [*HTA Programme*] é parte do National Institute for Health Research (NIHR) e produz informação independente sobre a efetividade, custos e impacto de tratamentos e testes para aqueles que planejam prover ou receber cuidados no NHS³³. Define prioridades de pesquisa e trabalha, de forma próxima, junto ao NICE, delegando avaliações independentes a grupos de revisores. A partir de abril de 2009 o *National Coordinating Centre for Health Technology Assessment* (NCCHTA), coordenador do *HTA Programme*, integrou-se ao *NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre* (NETSCC), passando a se denominar NETSCC, HTA.

Medicine and Health Care Products Regulatory Agency (MHRA)

A regulação de medicamentos, produtos utilizados na atenção à saúde e equipamentos médicos, com vistas à proteção e promoção da Saúde Pública e segurança do paciente é realizada pela *Medicine and Health Care Products Regulatory Agency* (MHRA), uma agência executiva do Departamento de Saúde³⁴. Sua Divisão de Licenciamento é responsável pela qualidade, segurança e eficácia de todos os produtos médicos novos a serem autorizados para uso no Reino Unido.

Licenciamento para o exercício da medicina

Ainda que o licenciamento para o exercício da clínica geral não seja uma iniciativa do governo, considerou-se importante destacá-la aqui.

A capacidade de exercício da medicina deve ser comprovada em processo de licenciamento e, periodicamente, sua revalidação, pelo General Medical Council (GMC), um corpo regulatório da profissão médica^{28,35}. A revalidação consiste em um processo somativo, que agrega uma avaliação a informações coletadas de registros anuais dos profissionais, que são estimulados a identificar e refletir sobre a qualidade do cuidado que prestam e submeter planos de melhoria. Tais registros devem contemplar dados acerca do seu desempenho como clínicos e ser apresentados anualmente e confidencialmente para um médico independente.

O GMC investiga médicos problemáticos e podem removê-los do registro. É também responsável por definir padrões para a educação e treinamento médico.

As especialidades médicas são reguladas pelas associações correspondentes.

Pagamento por desempenho

O pagamento de serviços prestados por GPs vinculado à qualidade do cuidado prestado tem sido praticado com base no *Quality and Outcomes Framework*(QOF), instituído em abril de 2004, com vistas a incrementar padrões organizacionais e clínicos na atenção primária³⁶.

A adesão ao QOF é voluntária, mas, majoritariamente, ela ocorre entre GPs, nos contratos de Serviços Médicos Gerais (GMS),bem como em contratos de Serviços Médicos Pessoais (PMS).

O QOF abrange um conjunto de padrões de qualidade nacionais, baseados na melhor evidência científica disponível, cobrindo quatro domínios. Tais domínios incorporam indicadores de níveis diferenciados de atingimento, sobre os quais um escore é definido. Os pagamentos são então calculados com base nos pontos obtidos.

Os quatro domínios são: (1) **clínica**, que envolve indicadores de diferentes áreas clínicas tais como doença coronária, insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes e doença

pulmonar obstrutiva crônica; (2) **saúde Pública**, que contempla indicadores cruzando melhorias clínicas com condições que afetam a saúde, como tabagismo e obesidade, e possui um subdomínio envolvendo as áreas de rastreamento cervical, vigilância de saúde da criança, serviços de maternidade e serviços de contracepção; (3) **qualidade e produtividade**, com indicadores voltados para assegurar o uso mais efetivo de recursos do NHS a partir da melhoria da qualidade da atenção primária; e (4) **experiência do paciente**, com um indicador do tempo de duração das consultas. Para 2013/14, há um máximo de 900 pontos disponíveis, com cada ponto correspondendo, em média, na Inglaterra, a um pagamento de £156,92.

The Health Foundation

Enfim, é também dado destaque aqui à Health Foundation, uma organização não governamental que tem se dedicado à melhoria da qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido.

Ela foi fundada in 1983 como *PPP Medical Trust*, com doação de £350 mil por ano do *Private Patients Plan Limited* (PPP). In 1998, denominada *PPP Healthcare Medical Trust*, ela se tornou totalmente independente, a partir do recebimento de cerca de £540 milhões, oriundos da venda do PPP Healthcare group. Em 2003, tornou-se Health Foundation, investindo no financiamento de programas e projetos em áreas definidas como suas prioridades.

A *Health Foundation* conduz pesquisas e avaliações, dando suporte a diversos programas de melhoria da qualidade do cuidado de saúde e de desenvolvimento de lideranças no campo. Tem priorizado duas áreas: a segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente.

No campo da segurança do paciente, a *Health Foundation* promove atividades no sentido da identificação de riscos potenciais e da melhoria do monitoramento e medição, além de promover uma cultura em que preocupações com a segurança são abertamente discutidas. Um exemplo é o [Safer Clinical Systems programme](#), que tem auxiliado profissionais de saúde identificar as causas-raiz de riscos, tomando como base modelos de outras áreas críticas a questões de segurança.

No que concerne ao cuidado centrado no paciente, a *Health Foundation* tem trabalhado com pacientes, profissionais e prestadores de serviços de saúde, buscando construir reconhecimento e entendimento do que seria o NHS centrado em pessoas e dar suporte ao compartilhamento de evidências e ferramentas que promovam a mudança de comportamento de forma ampla.

Mais informações sobre o trabalho da *Health Foundation* podem ser encontradas no site www.health.org.uk.

Considerações finais

Há o reconhecimento de que o processo de garantia da qualidade do cuidado à saúde tem melhorado desde os anos 80s na Inglaterra, ainda que em um contexto de muitas mudanças nas organizações responsáveis, claramente expostas no texto apresentado. Questões que persistem dizem respeito à ausência de propriedade de estratégias por profissionais de saúde, à insuficiência de recursos para avançar em iniciativas, a carência de recursos humanos e de outros recursos na atenção primária.

ESCÓCIA

Visão Geral do Sistema de Saúde

A Escócia é um país membro de Reino Unido com aproximadamente 5.2 milhões de habitantes. Até 1998 seu sistema de saúde era parte integrante do *National Health Service* (NHS) criado em 1948 com o intuito de prover cuidados de saúde a toda a população do Reino Unido (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales). Em 1998 a autonomia sobre a maior parte da política de saúde foi devolvida ao Parlamento Escocês, com exceção de algumas áreas como, por exemplo, a regulação das profissões médica e de enfermagem. Assim, em 1999 foi estabelecido o *NHS Scotland*, independente dos outros três, dando continuidade à responsabilidade coletiva do estado de proporcionar serviços de saúde abrangentes à população^{37,38}.

O *NHS Scotland* é um sistema de saúde com cobertura universal, financiado por impostos, gratuito no ponto de cuidado e com acesso baseado em necessidade. Não há separação

entre provedor e prestador, e o mercado privado é quase inexistente. A Escócia gasta aproximadamente 9% do seu produto interno bruto em saúde. O orçamento para 2011/2012 foi 11.35 bilhões de libras, correspondente a 33.9% do total de gastos do governo³⁷.

O sistema é dividido em 14 *NHS Boards* locais, que recebem recursos do governo para o planejamento e provisão dos serviços de saúde para toda a população de sua região. Os recursos são alocados com base em uma fórmula de capitação ajustada que considera população, mortalidade, morbidade e pobreza de cada região. Há também oito *Special Health Boards* de abrangência nacional, responsáveis por serviços como ambulância, informação e educação continuada, melhoria da qualidade, etc³⁷.

O *NHS Scotland* possui 35 hospitais com tamanho variando de 100 a 1000 leitos, e uma força de trabalho equivalente a 158.000 profissionais. Os profissionais trabalhando em hospitais e na comunidade, incluindo médicos especialistas, são assalariados das *NHS Boards*; mas há também profissionais contratados como prestadores independentes e que atuam na atenção básica como clínicos gerais, farmacêuticos e dentistas^{38,39}.

Iniciativas no campo da Qualidade do Cuidado à Saúde

A Escócia possui uma longa tradição em melhoria da qualidade e da segurança. Alguns exemplos incluem o programa de auditoria de mortalidade cirúrgica (*Scottish Audit of Surgical Mortality-SASM*) estabelecido em 1994; o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, um sistema bem organizado de produção de diretrizes clínicas reconhecido internacionalmente; iniciativas colaborativas para melhoria do cuidado a doenças crônicas, além de exemplos locais de sucesso na redução de dano, como o *Ninewells Hospital*^{38,39}.

Em um período de três anos, o *Ninewells Hospital* reduziu em 60% os danos causados aos pacientes. Seu sucesso foi fruto da participação na *Safer Patients Initiative (SPI)*, um esforço colaborativo entre o *Institute for Health Care Improvement (IHI)* dos EUA e a *The Health Foundation* do Reino Unido. A *SPI* (2004-2008) tinha por objetivo achar formas práticas para tornar os hospitais mais seguros aos pacientes^{39,40}. O sucesso do *Ninewells Hospital* chamou a atenção de políticos e líderes do sistema de saúde, levando à resolução de disseminar em escala nacional o trabalho realizado localmente^{38,39}.

Em 2007 o governo publicou o *Better Health, Better Action Plan*, um plano de ação cujos componentes principais são a melhoria do estado de saúde, a redução das desigualdades em saúde e a melhoria da qualidade do cuidado³⁷. Este último componente identifica ações gerais relacionadas às seis dimensões da qualidade do *Institute of Medicine*: cuidado centrado no paciente, segurança, eficiência, efetividade, equidade e oportunidade. O documento explicita a segurança como prioridade estratégica e assume o compromisso de tornar a Escócia um líder mundial em cuidado de saúde seguro³⁷.

A conjuntura descrita acima resultou na formação da *Scottish Patient Safety Alliance (SPSA)*, uma coligação norteadora composta por membros do governo, do *NHS Scotland*; do *NHS Quality Improvement Scotland (NHS-QIS)*, de organizações profissionais, representantes de pacientes e da comunidade e pesquisadores e especialistas, cuja principal função era melhorar a segurança e a qualidade do cuidado de saúde, bem como a experiência dos pacientes. O *Scottish Patient Safety Program (SPSP)* foi a primeira e principal iniciativa desta coligação.

O Programa de Segurança do Paciente

O *SPSP* é um programa nacional, mandatário e com duração prevista de cinco anos (2008-2012). Seu objetivo principal é melhorar significativamente a segurança do paciente nos hospitais de cuidados agudos; definido como a redução de 15% na mortalidade e de 30% na ocorrência de eventos adversos^{xxvi}. São objetivos específicos do programa: reduzir as infecções associadas à assistência em saúde e a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos e medicamentosos, melhorar os resultados de cuidados críticos e melhorar a cultura de segurança das organizações e lideranças^{38,39,41}. Estes objetivos serão atingidos através da aplicação confiável, por todos os participantes, de um conjunto de intervenções baseadas em evidência e da utilização comum de um modelo para melhoria, desenvolvendo uma cultura sustentável de segurança e melhoria. Todos os 35 hospitais de cuidados agudos da Escócia participaram do programa.

^{xxvi}Eventos adversos medidos pela ferramenta *Global Trigger Tool* do IHI (<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx>); e mortalidade calculada como uma razão entre óbitos observados e esperados.

O programa foi dividido em cinco linhas de trabalho, cada uma com intervenções, objetivos e indicadores específicos. São elas: cuidados críticos, enfermagem geral, cuidado cirúrgico, gestão de medicamentos e liderança. O intuito é melhorar a confiabilidade e a segurança dos sistemas e processos de cuidado de saúde no dia a dia. Dados são coletados em tempo real e os profissionais da linha de frente, diretamente envolvidos no cuidado do paciente, lideram o trabalho necessário para se atingir os objetivos acima⁴².

Antes do início do programa em Janeiro de 2008, houve uma fase de cinco meses de planejamento durante a qual estruturas essenciais foram estabelecidas, incluindo a definição de uma equipe de liderança composta por representantes do *NHS-QIS*, do governo e do *IHI*. Cada uma das 14 *NHS Boards* designou um gerente de projeto, um líder executivo e um líder para cada linha de trabalho do *SPSP*³⁹.

A passagem da teoria à prática foi feita de forma sistematizada, guiada por um roteiro bem definido incluindo as estratégias descritas abaixo³⁹:

a) Recrutamento das *NHS Boards* para convencer colaboradores dos hospitais e pacientes de que a segurança era uma prioridade estratégica:

- Reuniões dos gestores enfatizando a importância da segurança do paciente;
- Inclusão do tema “segurança” na comunicação dos gestores;
- *Leadership walk-arounds*^{xxvii} introduzidos em todas as áreas.

b) Estabelecimento da segurança como uma prioridade estratégica em todos os níveis do governo e entidades relacionadas ao NHS:

- Todas as instâncias identificam clara e abertamente que a segurança do paciente é uma prioridade;
- O tema se tornou item de discussão frequente em reuniões nacionais de líderes executivos, conselhos de administração, medicina, enfermagem, entre outros.

c) Construção de uma estrutura sustentável para melhoria:

- Desenvolvimento de corpo docente nacional com expertise em melhoria da qualidade;

^{xxvii} O *leadership walk arounds* é um método estruturado que líderes gestores podem utilizar para conversar com os profissionais da linha de frente de suas organizações sobre aspectos de segurança, analisar informações, identificar ações efetivas e garantir que sejam realizadas.

- Treinamento de gestores, líderes e profissionais clínicos em medição;
- Desenvolvimento das lideranças organizacionais e gestoras para conscientização de seu papel em direcionar esforços para melhoria da qualidade e da segurança.

d) Alinhar a Segurança do Paciente com outros programas:

- Esforço para alinhar os conceitos, mudanças e indicadores do SPSP a outros programas existentes.

e) Estabelecimento de um sistema de aprendizado:

- Encontros semestrais com participação dos líderes do programa e dos times locais trabalhando em cada umas das intervenções com o objetivo de trocar experiências, discutir progressos, barreiras e soluções;
- Teleconferências mensais;
- Relatórios de progresso mensais submetidos eletronicamente;
- Visitas locais;
- Eventos regionais e nacionais, com dois dias de duração congregando de 50-300 profissionais envolvidos no cuidado. O intuito é capacitá-los em medição, disseminação de melhoria, testes de mudanças e desenho confiável de processos. Dados de 2011 indicam que aproximadamente 3.500 profissionais participaram destes eventos³⁶.

Os resultados parciais deste ambicioso programa são promissores. Os hospitais começam a demonstrar melhorias significativas e os benefícios aos pacientes se tornam visíveis. Dados de 2012 incluem, entre outros, queda de 12,4% na mortalidade hospitalar, de 20,0% na mortalidade em unidades de cuidados críticos, de 19,5% na mortalidade cirúrgica, de 62,0% na ocorrência de eventos adversos (um sítio)^{xxviii}; além da redução em 1/3 das infecções relacionadas à assistência em saúde, principalmente para os casos de *Clostridium difficile* e *Stafilococos aureus*⁴³.

A Estratégia de Qualidade

^{xxviii}Dados cedidos por Jason Leitch, National Clinical Lead for the Scottish Government.

O sucesso do SPSP em gerar entusiasmo e melhorias reais culminou, em maio de 2010, com a publicação pelo governo de uma estratégia de qualidade para o sistema de saúde. A *Healthcare Quality Strategy* tem por meta que o *NHS* proporcione o cuidado da maior qualidade possível aos cidadãos, sendo reconhecido por eles como um dos melhores do mundo. O plano gira em torno de três ambições de qualidade: cuidado centrado na pessoa, seguro e efetivo⁴⁴. Dentre as ações definidas nesta estratégia estão programas focados em atenção básica, saúde mental, cuidado materno e pediatria^{39,41,44}. Em junho de 2012 foi anunciada a segunda fase do *SPSP* com objetivos ainda mais ambiciosos a serem alcançados até o final de 2015: 20% de redução da mortalidade e cuidado livre de dano em 95%⁴³.

Considerações finais

O *Scottish Patient Safety Program* tornou a Escócia o primeiro sistema de saúde no mundo a adotar uma abordagem nacional para melhorar a segurança do paciente^{40,43}. A experiência escocesa demonstrou ser possível reduzir a ocorrência de eventos adversos e melhorar a segurança do paciente em larga escala através da adoção sistemática de intervenções baseadas em evidência e da utilização de um modelo definido para melhoria³⁹. Dois fatores foram identificados como críticos para o sucesso: engajamento dos profissionais envolvidos no cuidado e cultura organizacional³⁸.

O grande engajamento dos profissionais envolvidos no cuidado foi resultante de uma série de fatores incluindo: a adesão local de profissionais clínicos respeitados; as características específicas da metodologia adotada (intervenções baseadas em evidência, pequenos “testes de mudança”, encorajando o desenvolvimento de soluções locais; medição com foco em melhoria e não em julgamento); e a ênfase na capacitação dos profissionais em melhoria da qualidade. O governo se comprometeu a incluir qualidade e segurança no currículo de graduação e pós-graduação³⁸.

O fortalecimento de uma cultura de segurança na organização e em suas lideranças foi outro fator crítico de sucesso. Diretores executivos e não executivos tornaram sua liderança visível; segurança e qualidade tornaram-se prioridade na agenda³⁸. O desenvolvimento de lideranças e infraestrutura deve acompanhar o desenvolvimento da

capacidade dos profissionais da linha de frente em melhorarem a segurança do cuidado ao paciente³⁹.

Por fim, um dos desafios futuros será garantir a sustentabilidade dos ganhos deste programa, de modo que ele não mais seja visto como um “programa”, mas sim como uma mudança irreversível na forma como o cuidado é prestado³⁸. Outro desafio é garantir a disseminação para todas as áreas do cuidado, abarcando toda a jornada do paciente.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Visão Geral do Sistema de Saúde

Os Estados Unidos da América (EUA) são o terceiro maior país do mundo em área (9.826,65km²) e população (316.668.567 milhões de habitantes). Sua economia é uma das maiores do mundo, com um PIB estimado em 15 trilhões (2012) e PIB per capita em 48.043 dólares americanos. Entretanto, dados de 2010 apontam que 15,1% da população vivem abaixo da linha da pobreza^{2,45}.

O sistema de saúde representa um dos maiores setores da economia estadunidense, sendo caracterizado pela ausência de um sistema racional e coerente, com cobertura fragmentada em múltiplas fontes privadas e públicas, além de grandes falhas de cobertura à população. Em 2010, 56% dos residentes recebiam cobertura por seguro de saúde privado; sendo 51% via empregador e 5% adquiridos diretamente; 27% eram cobertos por programas públicos e 16% não possuíam nenhuma cobertura³.

O governo estadunidense possui cinco programas públicos para provisão de serviços de saúde a populações específicas: o *Veterans Affairs* (VA) para militares; o *Indian Health Service* (IHS) para população indígena; o *Medicare* para maiores de 65 anos, portadores de doença renal crônica ou incapacidades; o *Medicaid*, em conjunto com governos estaduais, para populações de baixa renda; e o *Children's health insurance program*, para crianças de baixa renda. O *Medicare* e a porção federal do *Medicaid* são administrados pelo *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). Mais de 1200 companhias com e sem fins lucrativos comercializam planos de saúde; sendo reguladas por agentes estaduais³.

O pacote de benefícios varia de acordo com o tipo de seguro, mas geralmente inclui cobertura para cuidados de saúde e assistência médica em caráter hospitalar e

ambulatorial. Muitos incluem também serviços preventivos, saúde mental, fisioterapia e medicamentos. Cobertura odontológica e optometria também estão disponíveis, mas muitas vezes através de planos adicionais³.

O sistema é financiado através de uma combinação de fontes: impostos e gastos privados. Impostos sobre folha de pagamento, taxas e impostos federais financiam o *Medicare*; impostos estaduais e fundos federais financiam o *Medicaid*³.

Uma variedade de formas de pagamento é utilizada nos EUA. *Medicare* e o *Medicaid* são os principais pagadores dos serviços hospitalares, utilizando na maioria das vezes o sistema DRG, metodologia utilizada também pelos planos privados. O pagamento a profissionais médicos é feito em sua maioria por unidade de serviço, mas também por capitação em alguns planos privados. Nos últimos anos formas alternativas de pagamento, incluindo pagamento por desempenho, têm sido desenvolvidas e testadas como tentativa de conter a escalada dos custos e melhorar a qualidade³.

Segundo dados da OMS, os EUA gastaram 17,9% do PIB com saúde em 2011. O governo foi responsável por 45,9% dos gastos com saúde e o setor privado por 54,1%. Dos gastos privados, 59,3% provieram de seguros privados e 20,9% dos indivíduos particularmente. Gastos com saúde representaram 19,8% do total de gastos do governo em 2011⁴⁶.

A provisão de serviços é organizada através de uma lógica de mercado pluralista e competitiva. Segundo a *American Hospital Association* havia 4973 hospitais^{xxix} registrados nos EUA em 2011; sendo 21,0% (1045) públicos, 58,4% (2.903) privados sem fins lucrativos e 20,6% (1025) privados com fins lucrativos⁴⁷. Segundo dados do *Health and Services Administration*, a dimensão estimada da força de trabalho é de 2,8 milhões de enfermeiros^{xxx} (2008-2010); 763.200 médicos, sendo 271.499 generalistas e 491.800 especialistas (2005); e 226.000 farmacêuticos (2004)⁴⁸. A maioria dos médicos atende em consultórios privados, incluindo os generalistas responsáveis pela atenção primária.

Iniciativas no campo da Qualidade do Cuidado à Saúde

^{xxix} Hospitais não federais, de curta permanência, incluindo hospitais escola. Representam 86,3% dos 924.333 leitos disponíveis, sendo responsáveis por 95,3% das 36.564.886 internações em 2011.

^{xxx} Inclui apenas “*registered nurses*”; profissionais com curso superior em enfermagem.

Apesar dos EUA serem o país que mais gasta com saúde, seus resultados são piores do que os de outras nações desenvolvidas. Relatório recente do *National Research Council e Institute of Medicine* revelou que o sistema de saúde dos EUA apresenta uma desvantagem em relação a outras nações desenvolvidas^{xxxI}: menor expectativa de vida (até os 75 anos); pior desempenho em relação à prevalência e à mortalidade por múltiplas condições (por exemplo: isquemia miocárdica, diabetes, obesidade, baixo peso ao nascer, mortalidade em menores de cinco anos, doenças pulmonares), fatores de risco e a causas externas (por exemplo: acidentes de carro)⁴⁹. Por outro lado, os EUA apresentam algumas vantagens entre os países avaliados: melhor controle lipídico e de hipertensão; menores taxas de mortalidade por câncer e acidente vascular cerebral e uma maior expectativa de vida após os 75 anos⁴⁹. Como a saúde é determinada não somente pelo cuidado em si, vale sublinhar que há vários outros fatores impactando em pior desempenho dos EUA, dentre os principais destaca-se a questão da iniquidade, traduzida pela grande variação na qualidade e no acesso ao cuidado de saúde conforme características pessoais como condições socioeconômicas, localização geográfica, etnia, gênero. Alguns outros fatores, mais práticos incluem etilismo, dieta, menor propensão ao uso de cinto de segurança.

Dados de pesquisa realizada por Schoen e colaboradores (2005) identificaram que 34% dos pacientes entrevistados (adultos com alta incidência de doenças crônicas e uso intensivo recente do sistema de saúde), sofreram algum tipo de erro de medicação, no cuidado ou laboratorial nos dois anos anteriores¹²; dados recentes (2010) do *Commonwealth Fund* indicam redução para 18%³. Outras pesquisas realizadas pela mesma entidade demonstraram que pacientes crônicos dos EUA têm mais probabilidade de relatar lapsos na qualidade e segurança do cuidado fora do ambiente hospitalar; necessitaram de mais visitas a emergências ou tiveram mais reinternações após a alta; também perceberam mais confusão ou menos coordenação do cuidado, além de má comunicação entre clínicos e pacientes, quando comparados a outras nações com desenvolvimento econômico semelhante^{3,49}.

A realidade acima descrita foi um dos fatores que levou o presidente Barack Obama a assinar, em março de 2010 o *Patient Protection and Affordable Care Act*, uma lei que

^{xxxI} Austrália, Áustria, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Japão, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda e Reino Unido.

promove amplas mudanças e começa a lidar com a questão da iniquidade no sistema de saúde. Os objetivos principais desta nova lei são a expansão da população coberta por algum tipo de seguro de saúde; a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços e a redução de custos para indivíduos e governo.

National Quality Strategy (NQS)

A *National Strategy for Quality Improvement in Health Care*, ou apenas, *National Quality Strategy* (NQS) é um elemento importante do *Affordable Care Act*, representando um roteiro para a melhoria do cuidado de saúde, dos resultados do paciente e da saúde da população⁵⁰. A NQS pretende também alinhar as prioridades e os esforços do governo e do setor privado para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir custos.

A NQS se baseia em três objetivos principais, desenvolvidos através de um esforço colaborativo entre o *Department of Health and Human Services* (HHS), agências federais/estaduais, comunidades locais, serviços de saúde, clínicos, pacientes, empregadores e pagadores. Os objetivos são: cuidado melhor (melhorar a qualidade do cuidado tornando-o mais confiável, acessível, seguro e centrado no paciente); pessoas/comunidades saudáveis (melhorar a saúde da população estadunidense através do apoio a intervenções comprovadamente eficazes para lidar com determinantes ambientais, sociais e comportamentais da saúde, e da provisão de cuidado de alta qualidade); cuidado acessível (reduzir o custo de cuidado de qualidade para indivíduos, famílias, empregadores e governo).

Como forma de atingir estes objetivos principais, foram identificadas seis áreas prioritárias para ação. Estas foram inicialmente selecionadas com base em pesquisas recentes, opiniões de diversos grupos e exemplos pelo país. Representam áreas com potencial para melhorar rapidamente os resultados e a efetividade do cuidado. São elas: tornar o cuidado de saúde mais seguro através da redução do dano; garantir o engajamento de cada paciente e familiar como parceiros em seu cuidado; promover comunicação e coordenação efetivas do cuidado; promover práticas de prevenção e tratamento efetivas para as principais causas de mortalidade (começando com doença cardiovascular); trabalhar com as comunidades para disseminar o uso de melhores práticas para uma vida mais saudável;

tornar o cuidado de saúde de qualidade acessível a indivíduos, familiares, empregadores e governo através do desenvolvimento e da disseminação de novos modelos de prestação de cuidado de saúde.

Ainda em parceria com diversos atores envolvidos no setor saúde, o HHS identificou quatro metas de curto prazo para a implementação dos objetivos e prioridades da NQS: a colaboração com os diversos atores envolvidos; o desenvolvimento de uma abordagem nacional para mensuração da qualidade; o alinhamento entre governo federal e governos estaduais; a manutenção do foco nas prioridades, desenvolvendo indicadores e objetivos de longo prazo. Estas metas serão brevemente descritas a seguir:

a) Colaboração com atores envolvidos

Atingir os objetivos de melhoria da qualidade e dos resultados nos pacientes e redução de custos somente será possível através da colaboração entre diversos atores do setor público e privado. Em virtude de sua experiência com esforços de melhoria da qualidade, o setor privado é parte essencial para o desenvolvimento e refinamento de um conjunto nacional de indicadores de qualidade para o NQS, além de proporcionar perspectivas sobre as barreiras e restrições a determinadas abordagens para medição.

As experiências de algumas organizações subsidiaram o desenvolvimento da NQS: *National Quality Forum (NQF)*, *National Priorities Partnership*, *Measures Application Partnership*, *Interagency Working Group on Health Care Quality* e *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*^{xxxii}. A AHRQ é a agência federal responsável pela supervisão da NQS e será descrita, em maior detalhe, mais adiante neste texto.

b) Abordagem nacional para mensuração da qualidade

^{xxxii}**NQF:** organização independente, sem fins lucrativos que por mais de uma década têm refinado e endossado indicadores de qualidade; indicadores por ele aprovados tornaram-se uma padrão no setor saúde (www.qualityforum.org) **National Priorities Partnership:** colaboração entre principais atores do setor da saúde reunidos pelo NQF para estabelecer prioridades nacionais e objetivos para melhoria do cuidado (www.nationalprioritiespartnership.org). **Interagency Working Group on Health Care Quality:** colaboração entre líderes dos 24 departamentos e agências federais cuja missão se relaciona com cuidado e melhoria do cuidado; tem o objetivo de identificar formas para maximizar recursos para melhoria da qualidade, alinhar indicadores e reduzir a duplicação de esforços.

Atualmente existe uma proliferação de diferentes indicadores de qualidade, mensurados de formas diferentes, por entidades distintas, com foco principal em processos clínicos. O resultado é uma sobrecarga dos profissionais de saúde e uma miríade de números não passíveis de comparação.

A construção de uma abordagem nacional para mensuração da qualidade é uma das metas da NQS e deverá não apenas minimizar a sobrecarga sobre os profissionais, como também alinhar os indicadores dos diversos programas à estratégia de qualidade. Objetiva-se selecionar o mínimo necessário de indicadores, removendo aqueles redundantes ou desatualizados. Além disso, o HHS irá publicar dados relativos aos resultados de qualidade que estejam alinhados às seis áreas prioritárias.

Com o advento da NQS, o foco dos indicadores deverá passar de processo para resultado clínico e experiência do paciente. Este último inclui, entre outros indicadores, a experiência com a transição do cuidado de mudanças no estado funcional do paciente.

Além da mudança de foco para indicadores relacionados ao resultado do paciente, o *Affordable Care Act* exige uma maior transparência na seleção dos indicadores utilizados pelos programas do HHS, incluindo a publicação em consulta pública daqueles em consideração.

c) Alinhamento entre governo federal e governos estaduais

O HHS criou um modelo para guiar suas diversas agências no planejamento de suas ações, de forma a criar consistência entre elas e garantir alinhamento à NQS. Em seu planejamento, as diferentes agências explicam como seus princípios, prioridades e objetivos correspondem aos da NQS.

O HHS também desenvolveu uma lista de verificação, *Agency-Alignment Checklist*, para que as agências informem como seus novos programas ou solicitações de financiamento se alinham à NQS. Esta estratégia fará com que as agências considerem a NQS ao desenvolverem seus novos programas. Por fim, o HHS também trabalha em parceria com estados para alinhar seus esforços de melhoria e medição no NQS.

d) Foco em prioridades: principais indicadores e objetivos de longo prazo

As seis prioridades são o foco dos esforços nacionais de melhoria da qualidade. Esforços colaborativos entre diversos atores do setor saúde, revisão de indicadores e harmonização

de esforços governamentais orientaram a identificação de indicadores, de metas ideais e de objetivos de longo prazo para cada uma das prioridades. Uma lista de indicadores proposta pela *National Priorities Partnership*, bem como a capacidade atual de obter dados confiáveis e representativos da realidade nacional foram fatores da seleção dos indicadores. Segue abaixo um exemplo:

Prioridade: Tornar o cuidado de saúde mais seguro através da redução do dano.

- Objetivos de longo prazo: reduzir internações e reinternações evitáveis; reduzir a incidência de condições adversas associadas ao cuidado de saúde; reduzir dano decorrente de cuidado inapropriado ou desnecessário.
- Indicadores: (a) incidência de condições adversas associadas ao cuidado de saúde [HAC-*Hospital Acquired Conditions*]; (b) taxa de reinternação em até 30 dias pós-alta.
- Linha de base: (a) 145 HAC por 1000 internações; (b) 14,4%.
- Metas: (a) redução de 40% e (b) redução 20% até 2014.

Além de identificar os principais indicadores e objetivos de longo prazo para cada uma das seis prioridades, o *National Priorities Partnership* identificou três oportunidades estratégicas para acelerar a melhoria no sistema como um todo. São elas: o desenvolvimento de uma estratégia nacional para coleta de dados, mensuração e notificação que apoie a medição de desempenho e o esforço de melhoria dos setores públicos e privados em nível nacional e local; o desenvolvimento de infraestrutura ao nível local que assuma responsabilidade pelos esforços de melhoria, incluindo recursos para que as comunidades comparem seu desempenho (*benchmark*) e mecanismos para identificar, avaliar e compartilhar os progressos; a reforma do sistema de pagamento e de organização do cuidado, enfatizando a atenção primária, que recompense o valor (benefício) sobre o volume, promova resultados centrados no paciente, cuidado eficiente e apropriado, além de buscar melhorar a qualidade e reduzir o desperdício.

Além disso, o HHS lançou várias iniciativas destinadas a melhorar a qualidade do cuidado, relacionadas aos objetivos da NQS. Alguns exemplos incluem a *Partnership for Patients*, uma campanha nacional destinada a reduzir, até 2013, em 20% readmissões em até 30 dias pós-alta e em 40% as condições evitáveis adquiridas em hospitais (por exemplo: infecções

relacionadas à assistência em saúde); a *Million Hearts Campaign*, outro esforço nacional para prevenir um milhão de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais nos próximos cinco anos; e o *Multi-Payer Advance Primary Care Practice Demonstration*, uma colaboração entre várias fontes pagadoras para transformar a atenção primária prestada em consultórios, ligando-a a resultados de qualidade.

Incentivos à adoção de tecnologia de informação em saúde

A utilização de tecnologia de informação pelos EUA é baixa quando comparada a outros países com semelhante desenvolvimento econômico. Em 2009, menos de metade dos médicos generalistas e hospitais utilizavam prontuário eletrônico. Frente a este quadro, dentre as muitas provisões do *American Recovery and Reinvestment Act*, legislação sancionada em 2009 pelo presidente Barack Obama, constavam incentivos financeiros, totalizando um total de 27 bilhões de dólares ao longo de seis anos, como o intuito de estimular médicos e hospitais a adotarem tecnologias de informação como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado³. O CMS desenvolveu um conjunto de padrões relacionados à utilização de prontuário eletrônico que prestadores de cuidado de saúde devem cumprir para se qualificarem para a obtenção dos incentivos financeiros.

Hospital Compare

O *Hospital Compare* é fruto de uma iniciativa que começou em 2002 e evoluiu ao longo dos anos. Trata-se um *website* voltado aos consumidores com informações sobre a qualidade do cuidado prestado pelos hospitais, permitindo a comparação do desempenho entre eles⁵¹.

Institute of Medicine (IOM)

O IOM é uma organização independente, sem fins lucrativos, que apesar de funcionar fora do governo, tem como objetivo auxiliar o governo e setor privado a tomar decisões informadas através da provisão de evidências em que possam se apoiar. Estabelecido em 1970, o IOM é o braço da saúde do *The National Academies*, fundada pelo Presidente

Abraham Lincoln em 1863. Muitas pesquisas são realizadas por demandas do congresso, de agências federais ou organizações independentes. O IOM também realiza uma série de fóruns, mesas-redondas e institui comissões para facilitar a discussão e o pensamento interdisciplinar. Dois exemplos de sua atuação foram os relatórios “*To Err is Human*” e “*Crossing the Quality Chasm*”, publicados em 1999 e 2001 respectivamente e que representaram verdadeiros marcos para a segurança e a qualidade do cuidado.

A National Patient Safety Foundation

Fundada em 1997 como uma organização independente sem fins lucrativos, a NPSF tem a missão de melhorar a segurança do cuidado prestado aos pacientes⁵². Esta fundação oferece uma série de programas que têm como público alvo diversos atores envolvidos no setor de saúde, incluindo não apenas profissionais, mas também pacientes e consumidores. Alguns destes programas incluem cursos *online* para profissionais de saúde sobre segurança do paciente, financiamento de pesquisas sobre o tema, programas educacionais para pacientes desenhados para promover a comunicação entre eles e os prestadores de cuidado.

Acreditação

O Medicare e Medicaid são as principais fontes pagadoras dos serviços hospitalares nos EUA. Hospitais que recebem pelo Medicare devem ser acreditados, e a *Joint Commission* está entre as principais agências acreditadoras.

A *Joint Commission* é uma organização independente, sem fins lucrativos, responsável pela acreditação de mais de 15.000 organizações prestadoras de cuidado de saúde pelo país, predominantemente hospitais, instituições de cuidados prolongados e laboratórios.

O *National Committee for Quality Assurance* é o principal agente acreditador de planos de saúde. A *American Board of Medical Specialties* e a *American Board of Internal Medicine* promovem certificações de médicos em relação a alguns padrões de qualidade³.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

A AHRQ é parte integrante do HHS, sendo a agência designada para supervisionar a NQS. Seu objetivo principal é conduzir pesquisas que auxiliem na tomada de decisões para melhorar a qualidade do cuidado dos serviços de saúde, estando comprometida com o desenvolvimento de parcerias bem sucedidas e com a geração de conhecimento e ferramentas necessários para a sustentabilidade dos esforços de melhoria⁵³.

Contando com aproximadamente 300 colaboradores e um orçamento (2012) de 405 milhões, a AHRQ investe a maioria destes fundos em pesquisa sobre práticas baseadas em evidência, resultados, efetividade, diretrizes clínicas, segurança, experiência do paciente, disparidades e tecnologia de informação em saúde. Seu público alvo é composto por prestadores de cuidado de saúde, consumidores, pacientes, pagadores, empregadores, planos privados, gestores e fazedores de política em todos os níveis.

De uma forma geral, a AHRQ visa à redução do risco de dano através da promoção do melhor cuidado possível (segurança e qualidade); a melhoria dos resultados do cuidado através do encorajamento da utilização de evidência para tomada informada de decisões (efetividade) e a transformação da pesquisa em prática para facilitar e ampliar o acesso ao cuidado de saúde, ao mesmo tempo em que reduz custos desnecessários (eficiência)⁵³.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Fundado em 1946, o CDC é a agência nacional de proteção à saúde e uma das maiores agências que compõem o HHS, com orçamento, em 2012, de aproximadamente 11 bilhões de dólares americanos. Sua missão principal é colaborar para a criação de expertise, informação e ferramentas que pessoas e comunidades necessitam para proteger sua saúde⁵⁴.

Suas principais funções são a detecção e resposta a ameaças emergentes à saúde; o combate aos maiores problemas que causam óbito e incapacidade entre a população; a utilização de ciência e tecnologia avançadas para a prevenção de doenças; a promoção de comportamentos seguros e saudáveis em comunidades e ambientes; e o desenvolvimento de líderes e profissionais de saúde pública.

Dentre suas inúmeras linhas de ação, uma das mais proeminentes é o combate a infecções relacionadas à assistência de saúde, incluindo, entre outras, sistemas de vigilância, pesquisa e produção de diretrizes para prevenção e diagnósticos.

Um exemplo prático é a participação do CDC na iniciativa lançada pelo HHS em 2009 para eliminar infecções relacionadas à assistência em saúde, o *National Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infection: Roadmap to elimination*, a qual obteve melhorias significativas na redução de algumas infecções. Em 2010 foi observada uma redução de 33% nas infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central (ICS-CVC) e 18% nas infecções para *S. aureus* resistentes à meticilina (SARM).

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Fundado em 1991, o IHI é uma organização independente, sem fins lucrativos que se tornou um líder mundial em inovação e melhoria no cuidado e na saúde de populações⁵⁵. Seu trabalho concentra-se em cinco áreas principais: capacitação profissional; cuidado centrado na família e no paciente; segurança do paciente; qualidade; custo e benefício (redução de desperdício) e o *Triple Aim* (saúde populacional, experiência com o cuidado e custo per capita).

O IHI trabalha em colaboração com diversos atores, desde serviços de saúde até governos auxiliando-os a atingir resultados significativos em qualidade, segurança e inovação no cuidado. Seu trabalho estende-se a programas não apenas nos Estados Unidos, mas também em países como Escócia, Irlanda do Norte, Inglaterra, País de Gales, África do Sul, Malawi e Gana.

Um dos exemplos mais proeminentes da atuação do IHI nos EUA foram duas campanhas em nível nacional, a *100.000 Lives Campaign* e a *5 Million Lives Campaign*, objetivando, respectivamente, a redução de mortalidade e do dano através da implantação confiável de práticas baseadas em evidência. Apesar do âmbito nacional, estas campanhas tiveram adesão de hospitais fora dos EUA, dentre eles alguns hospitais brasileiros.

A *100.000 Lives Campaign* tinha o objetivo de salvar 100 mil vidas entre dezembro de 2004 e junho de 2006 (18 meses), através da implantação confiável de seis práticas baseadas em

evidência^{xxxiii}. Esta iniciativa engajou mais de 3100 hospitais pelo país, representando 78% das altas e dos leitos de cuidado a pacientes agudos. Dentre os participantes, a adesão às intervenções foi variável, mas 42% aderiram a todas as intervenções. Estima-se que os hospitais participantes tenham salvado 122.300 vidas, mas ainda há debate sobre estes dados.

A *5 Million Lives Campaign* tinha o objetivo de prevenir 5 milhões de incidentes de dano entre dezembro de 2006 e dezembro de 2008, através da implantação confiável de 12 práticas baseadas em evidência^{xxxiv}. Esta campanha engajou aproximadamente 4000 hospitais pelo país, sendo que mais de 2000 trabalharam na implantação das doze intervenções. Ainda não se conhece a dimensão exata dos danos evitados, mas houve progressos significativos. Por exemplo: 65 hospitais relataram ficar um ano sem nenhum caso de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV); 35 hospitais ficaram um ano ou mais sem nenhuma ICS-CVC; o trabalho de 150 organizações em New Jersey resultou em uma redução de 70% na incidência de úlcera por pressão (UPP); e hospitais em Rhode Island relataram redução de 42% nas ICS-CVC.

Considerações finais

A falta de cobertura universal, a presença de um sistema com fraca fundamentação em atenção primária, as barreiras ao acesso e a falta de coordenação do cuidado são alguns dos determinantes que impactam negativamente no desempenho do sistema de saúde estadunidense. Apesar de os EUA serem um líder mundial em descobrir novas abordagens para prevenir, diagnosticar e tratar diversas patologias, a população americana não recebe cuidado de alta qualidade de forma consistente, sendo mais doente e morrendo mais cedo do que seus pares⁴⁹.

^{xxxiii} As seis intervenções da campanha são: prevenção de PAV; prevenção de infecção em sítio cirúrgico, prevenção de ICS-CVC, prevenção de evento adverso relacionado a medicamento, cuidado baseado em evidência para infarto agudo do miocárdio e times (equipes) de resposta rápida.

^{xxxiv} Às seis intervenções da campanha anterior, adiciona-se: prevenção de UPP, prevenção de infecção por SARM, prevenção de dano por medicações de alto risco, redução de complicações cirúrgicas, cuidado baseado em evidência para insuficiência cardíaca congestiva, engajamento da alta direção.

A NQS é uma tentativa de alinhar e coordenar esforços fragmentados que vinham sendo conduzidos por uma série de agentes, e seu objetivo final é garantir que pacientes recebam o cuidado adequado, no momento certo; no local correto e sempre⁵⁰.

MÉXICO

Visão Geral do Sistema de Saúde

O México compartilha com o Brasil não somente a condição de país da América Latina, mas também muitas outras características. Com uma população de cerca de 102 milhões de habitantes, sofreu um processo de urbanização rápido e desordenado, tendo hoje mais de $\frac{3}{4}$ dos seus habitantes residindo em áreas urbanas, com elevada concentração em algumas poucas áreas metropolitanas. A população em áreas rurais, por sua vez, é muito dispersa, o que termina por se constituir em um desafio para a provisão de serviços de saúde e outros serviços sociais. A população do México também tem experimentado uma rápida transição epidemiológica⁵⁶.

O direito à saúde no México está conclamado na Constituição, mas o acesso universal aos serviços de saúde é dificultado por importantes desigualdades regionais e, mais especificamente, pela fragmentação do sistema de saúde, que agrega arranjos de diferentes seguradores sociais e prestadores de serviços de saúde para empregados do mercado de trabalho formal, um sistema hospitalar público para aqueles não cobertos pelo sistema de previdência social e um amplo mercado privado pouco-regulado. No primeiro e no segundo caso, prestadores de serviços de saúde estão integrados às suas organizações financiadoras, sendo os seus profissionais assalariados. No mercado privado, pacientes pagam diretamente, do próprio bolso, pelos serviços comprados a preço de mercado, havendo uma pequena parcela da população com planos de saúde privados.

Programas públicos têm sido bem sucedidos na ampliação do acesso a serviços de saúde da população não segurada pelos diferentes sistemas de previdência social, avaliando-se que hoje é muito pequena a parcela da população que é não coberta por previdência social e não tem qualquer acesso a serviços de saúde. Entretanto, a questão do acesso a serviços de saúde se mantém como questão a ser melhor equacionada, convivendo como problemas na qualidade e adequação do cuidado prestado em unidades de saúde.

Menos da metade das despesas com saúde no México são cobertas com financiamento público, sendo o financiamento privado fortemente dependente dos pagamentos diretos dos indivíduos.

Ainda assim, os mexicanos demonstram satisfação com o cuidado de saúde que recebem, sendo tal satisfação maior em relação a prestadores de serviços privados do que públicos.

Iniciativas no campo da Qualidade do Cuidado à Saúde

Apesar de pouca informação disponível acerca da qualidade do cuidado de saúde prestado no México, o tema tem sido objeto de crescente preocupação em todas as áreas de atenção do sistema de saúde. Observa-se expressiva variação na qualidade de serviços de saúde públicos e ampla variação na prática médica, sugerindo a pertinência de se estimular a adoção de diretrizes clínicas compatíveis com padrões internacionais. Constitui-se ainda em questão relevante, como no Brasil, a baixa qualidade de um grande contingente de hospitais pequenos, com carência de pessoal qualificado em tempo integral.

Na esfera federal, o foco no monitoramento geral do desempenho do sistema de saúde vem substituindo o da gestão do dia-a-dia de programas, transferida para os estados.

Cruzada Nacional para a Qualidade dos Serviços de Saúde

A Cruzada Nacional para a Qualidade foi introduzida no programa nacional de saúde do México para o período 2001-2006, constituindo-se em parte importante do projeto do governo mexicano de melhoria de qualidade dos serviços de saúde⁵⁶. Os objetivos estabelecidos foram: (1) melhorar a qualidade do cuidado e reduzir diferenças na qualidade entre instituições, níveis de cuidado e unidades de cuidado individuais; (2) garantir resposta às necessidades dos pacientes; e (3) aumentar a satisfação dos profissionais de saúde.

Um sistema de dados, o INDICA, foi construído, contemplando indicadores relativos à qualidade técnica do cuidado prestado e à atenção às necessidades do paciente. Os dados são coletados com base voluntária, com indicadores nas seguintes áreas: informação dada aos pacientes e sua satisfação como o tratamento recebido; tempos de espera; suprimento de medicamentos; efetividade do tratamento de crianças, pacientes com diabetes e outras

doenças crônicas; infecções nosocomiais; e cesáreas. Dados obtidos são auditados e sua qualidade é validada junto a grupos organizados da sociedade, que checam os que os pacientes reportam.

Grupos focais se reúnem na esfera estadual em Comitês de Qualidade, e observatórios do desempenho hospitalar foram estabelecidos nos estados para monitoramento dos hospitais do Ministério da Saúde, focalizando sistemas administrativos e de informação, eficiência e efetividade clínica, satisfação dos pacientes e desempenho financeiro.

Adicionalmente, prêmios nacionais de qualidade foram instituídos em paralelo a um Fórum Nacional de qualidade do cuidado à saúde, como vistas a promover exemplos de boa prática.

Uma cultura de contratualização centrada na qualidade foi introduzida, havendo esforços no sentido de melhorar a capacidade de negociação das autoridades estaduais com prestadores de serviços de saúde, incluindo incentivos atrelados aos indicadores de qualidade.

A Cruzada para a Qualidade também faz parte de um esforço maior de melhoria da qualidade dos prestadores de serviços através da acreditação de escolas médicas e da certificação de profissionais de saúde pelo Conselho de Saúde Geral (*Consejo de Salubridad General, CSG*). A entrada de novos médicos em instituições do Sistema de Saúde Nacional passou a requer o diploma de escolas de medicina acreditadas. Por outro lado, o treinamento de gestores também foi reintroduzido, com atenção à relação entre qualidade e ambiente de trabalho dos profissionais.

Ainda como estratégia fundamental da Cruzada Nacional para a Qualidade de Serviços de Saúde, foi estabelecido um Programa de Certificação para Estabelecimentos de Saúde, de natureza voluntária, abrangendo hospitais e unidades ambulatoriais médicas, psiquiátricas, de reabilitação e de hemodiálise, e contemplando aspectos da estrutura e processo do cuidado e resultados produzidos. A certificação é válida por três anos, e as avaliações são gratuitas.

Qualidade no Setor Farmacêutico

Outra frente do governo mexicano para a melhoria de qualidade do cuidado à saúde envolve o esforço de aprimorar controles sobre a qualidade de medicamentos genéricos utilizados no setor público. A diferença entre preços médios de medicamentos vendidos no setor privado e comprados pelas autoridades públicas acarreta implicações para o acesso a esses medicamentos, sendo a não disponibilidade nos provedores públicos uma carga, particularmente para aqueles indivíduos de renda mais baixa.

Considerações finais

O México se mantém com imensos desafios na melhoria da qualidade do cuidado à saúde, apresentando ainda problemas de acesso, baixa qualificação dos profissionais, baixa adesão a diretrizes clínicas com padrões internacionais, baixa produtividade e inadequação de instalações. A Cruzada para Qualidade representa um grande esforço no país, mas comparada às outras experiências apresentadas tem escopo mais limitado.

CONCLUSÕES

As cinco experiências aqui apresentadas denotam sistemas de saúde distintos, com níveis diferenciados de participação dos setores público e privado, com cobertura universal ou não, e países com tamanhos e contextos políticos diferentes. Mas todos os países apresentam iniciativas estruturadas de melhoria da qualidade e da segurança do cuidado nos seus sistemas de saúde. Todos os países reconhecem a importância do enfrentamento dos problemas de qualidade no cuidado à saúde, compartilhando questões focalizadas, ainda que operacionalizando estratégias de formas distintas.

Há uma clara diferença entre o escopo de iniciativas do México e dos demais países selecionados, mas não se podem menosprezar semelhanças com o Brasil, ainda que diferenças também sejam salientes. Há na Cruzada para a Qualidade a preocupação de instituir uma cultura de qualidade no cuidado à saúde no México, mas ela é relativamente tímida em comparação com estratégias desenvolvidas nos demais países considerados.

Há iniciativas mais integradas, como a da Escócia, e mais fragmentadas, seja pelo nível de participação do setor privado, seja pela atribuição de papéis às diferentes esferas de governo. Na Escócia, por exemplo, todos seguem o que o governo diz, e ele é pagador,

prestador e provedor. Já na Austrália, o governo federal traça uma estratégia, mas os estados também têm autonomia para determinar sua própria estratégia; governo federal financia e estados provêm o cuidado. Os EUA apresentam tradição e liderança no debate sobre questões da qualidade do cuidado à saúde, mas o seu conjunto de iniciativas em parte reflete certa fragmentação oriunda da própria fragmentação no setor público e predominância do setor privado no âmbito da atenção à saúde. Enfim, a Inglaterra, combina o foco em um sistema universal e gratuito, longa tradição no enfrentamento de problemas de qualidade do cuidado, mas expressa uma dinâmica muito rápida de reorganização, que não se traduz necessariamente em resultados diferenciados, mesmo que não se possam negar os êxitos obtidos no decorrer do tempo.

Para finalizar, sublinham-se abaixo as grandes questões que parecem predominar nas iniciativas/políticas implementadas:

1. Política de segurança do paciente monitorando ocorrências de quaisquer potenciais incidentes acontecidos durante o cuidado à saúde, como foco no aprendizado e na promoção de campanhas de mitigação de riscos.
2. Redução da variabilidade da prática clínica com o estabelecimento de diretrizes clínicas fundamentadas nas melhores evidências existentes, produzidas de modo independente de interesses, no sentido da promoção das melhores práticas cabíveis.
3. Incorporação tecnológica responsável e regulação criteriosa de produtos de saúde utilizados na prestação de cuidados.
4. Empoderamento do paciente, de seus cuidadores e/ou familiares, no processo de cuidado.
5. Monitoramento, a partir de sistemas de indicadores selecionados, da qualidade do cuidado prestado por organizações e profissionais de saúde.
6. Certificação com revalidação periódica de entidades e profissionais de saúde.
7. Provisão de incentivos às organizações e profissionais atrelados a resultados de boa qualidade na prestação do cuidado à saúde.

Referências Bibliográficas

- 1 HEALY JSE, LOKUGE B. Australia: Health system review. **Health Systems in Transition**,8: 1-158 p. 2006.
- 2 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). OECD. StatExtracts. Disponível em <http://stats.oecd.org> Acesso em: 26 jul. 2013.
- 3 THOMSON S, OSBORN R, SQUIRES D, REED SJ. **International Profiles of Health Care Systems**, 2011. The Commonwealth Fund, 2011.
- 4 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Health Service Delivery Profile: Australia 2012**. Disponível em http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_australia.pdf. Acesso em: 1 ago. 2013.
- 5 PAOLUCCI FB, VAN DE VEN WPM. **Subsidizing private health insurance in Australia: Why, how and how to proceed?** Canberra: Australian Center for Economic Research on Health (ACERH), 2008. (ACERH Working Paper Number 2).
- 6 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Australia statistics summary (2002-present)**. Global Health Observatory Data Repository. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/view.country.3700>. Acesso em: 05 jul. 2013.
- 7 AIHW. **Australian hospital statistics 2010-11**. Canberra: AIHW, 2012. (Health services series no. 43. Cat. no. HSE 117).
- 8 Health Workforce Australia. **Australia's Health Workforce Series-Health Workforce by Numbers** Adelaide: Australia's Health Workforce, 2013. Disponível em <https://www.hwa.gov.au/sites/uploads/Health-Workforce-by-Numbers-FINAL.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2013.
- 9 RUNCIMAN WB, MOLLER J. **Iatrogenic Injury in Australia**. Australian Patient Safety Foundation: Adelaide, 2001. Disponível em <http://www.apsf.net.au/dbfiles/Iatrogenic%2520Injury.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- 10 FLETCHER M. The quality of Australian health care: current issues and future directions. In: COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE (Ed.). **Occasional Papers: Health Financing Series**, v.6, 2000.
- 11 WILSON RM, et al. The quality in Australian health care study. **Med J Aust** 1995; 163: 458-71.
- 12 SCHOEN C, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. **Health Aff** (Millwood) 2005; W5:509-25.

- 13 HUNT TD, et al. CareTrack Australia: assessing the appropriateness of adult healthcare. Protocol for a retrospective medical record review. **BMJ Open** 2012; 2:e000665
- 14 COUNCIL OF AUSTRALIAN GOVERNMENTS. National Health Reform Agreement 2011. Disponível em http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health_reform/national-agreement.pdf. Acesso em: 6 jul. 2013.
- 15 COUNCIL OF AUSTRALIAN GOVERNMENTS. Performance Accountability Framework. Disponível em <http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf/Content/PAF> Acesso em: 3 ago. 2013.
- 16 BARRACLOUGH BH, BIRCH J. Health care safety and quality: where have we been and where are we going? **Med J Aust** 2006; 184:S48-50.
- 17 AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE (ACSQHC). **Australian Commission on Safety and Quality in Health Care Annual Report 2011/12**. Sidney: ACSQHC, 2012. Disponível em <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/10/ACSQHC-Annual-Report-2011-2012-web-version.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013
- 18 GRAYSON ML, et al. Outcomes from the first 2 years of the Australian National Hand Hygiene Initiative. **Med J Aust** 2011; 195:615-9.
- 19 HAND HYGIENE AUSTRALIA. Disponível em <http://www.hha.org.au>. Acesso em: 11 jul. 2013
- 20 AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH INNOVATION. Disponível em <http://www.aihi.unsw.edu>. Acesso em: 11 jul. 2013.
- 21 HINCHCLIFF R, et al. Evaluation of current Australian health service accreditation processes (ACCREDIT-CAP): protocol for a mixed-method research project. **BMJ Open** 2012; 2(4).
- 22 AUSTRALIAN PATIENT SAFETY FOUNDATION. Disponível em <http://www.apsf.net.au>. Acesso em: 30 jun. 2013.
- 23 RUNCIMAN WB. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national patient safety surveillance system--is this the right model? **Qual Saf Health Care**. 2002;11(3):246.
- 24 RUNCIMAN WB, et al. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. **Qual Saf Health Care**. 2006;15 Suppl 1:i82-90.

- 25 THE HEALTH FOUNDATION. Commissioning. Disponível em <http://www.health.org.uk/areas-of-work/topics/commissioning/>. Acesso em: 30 jul. 2013.
- 26 NHS ENGLAND. Disponível em <http://www.england.nhs.uk>. Acesso em: 30 out. 2013.
- 27 NHS. Monitor. Disponível em <http://www.monitor-nhsft.gov.uk>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 28 Legido-Quigley H, et al. Policies to promote quality of care in EU member states. United Kingdom. In: Legido-Quigley H, et al. **Assuring the quality of care in the European Union: a case for action**. United Kingdom: MPG Books Ltd, 2008, chapter 4, p.183-90. (Observatory Studies Series N°12). Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 29 CARE QUALITY COMMISSION (CQC). Disponível em <http://www.cqc.org.uk>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 30 CARE QUALITY COMMISSION (CQC). **Annual report and accounts 2012/13**. London: The Stationery Office, 2013. Disponível em http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/annual_report_2012_2013.pdf. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 31 NHS. National Patient Safety Agency (NPSA). Disponível em <http://www.npsa.nhs.uk>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 32 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Disponível em <http://www.nice.org.uk>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 33 NHS. National Institute for Health Research (NIHR). Health Technology Assessment Programme. Disponível em <http://www.nets.nihr.ac.uk/programmes/hta>. Acesso em: 30 out. 2013.
- 34 MEDICINE AND HEALTHCARE PRODUCTS REGULATORY AGENCY (MHRA). Disponível em <http://www.mhra.gov.uk>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 35 GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC). Disponível em <http://www.gmc-uk.org>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- 36 NHS. The Information Centre. Quality and Outcomes Framework. Disponível em <http://www.qof.ic.nhs.uk>. Acesso em: 03 ago. 2013.
- 37 Robson K. **The National Health Service in Scotland: Subject Profile**. The Scottish Parliament, 2011. (SPICe Briefing 11/49). Disponível em http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/S4/SB_11-49.pdf. Acesso em: 30 set. 2013.

- 38 Feeley D, Steel D. The Scottish Patient Safety Program: a national approach to improving patient safety. 2011. The Commonwealthfund Blog. Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/Blog/2011/Sep/The-Scottish-Approach-to-Patient-Safety.aspx>. Acesso em: 30 jun 2013.
- 39 HARADEN C, LEITCH J. Scotland's successful national approach to improving patient safety in acute care. **Health Aff** (Millwood) 2011; 30:755-63.
- 40 The Health Foundation. Safer Patients Network. Disponível em: <http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/safer-patients-network>. Acesso em: 01 jul. 2013.
- 41 MOORE R, STRACHAN H, O'SHEA RA, LEITCH J. The Nursing contribution to quality health care in NHSScotland. **Journal of Nursing Regulation** 2012; 3:29-35.
- 42 ROONEY KD, LEITCH J. Quality and safety in NHS Scotland. **The British Journal of Diabetes & Vascular Disease** 2010; 10:98-100.
- 43 THE SCOTTISH GOVERNMENT. **NHS Scotland Chief Executive's Annual Report 2011/2012**. Edinburgh: The Scottish Government, 2012.
- 44 THE SCOTTISH GOVERNMENT. **The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland**. Edinburgh: Scottish Government, 2010.
- 45 CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The World Fact Book 2013**. Disponível em <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>. Acesso em: 26 jul. 2013.
- 46 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health expenditure series**. Disponível em <http://apps.who.int/database/DataExploresRegime.aspx>. Acesso em: 26 jul. 2013.
- 47 AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. **Fast facts on US hospitals, 2013**. Disponível em <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>. Acesso em: 27 jul. 2013.
- 48 US DEPARTMENT OF HEALTH. **Health Resources and Services Administration**. National Center for Health Workforce Analysis. Disponível em <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/index.html>. Acesso em: 27 jul. 2013.
- 49 WOOLF SH, ARON LY. The US health disadvantage relative to other high-income countries: findings from a National Research Council. Institute of Medicine report. **JAMA** 2013; 309:771-2.
- 50 US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The National Quality Strategy**. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/workingforquality>. Acesso em: 29 jul 2013.
- 51 CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. Hospital Compare. Disponível em <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>. Acesso em: 03 ago. 2013].

- 52 NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Mission and Vision. Disponível em <http://www.npsf.org/about-us/mission-and-vision/>. Acesso em: 03 ago. 2013.
- 53 AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). AHRQ at a Glance. Disponível em <http://www.ahrq.gov/about/mission/glance/index.html>. Acesso em: 22 jul. 2013].
- 54 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Mission, Role and Pledge. Disponível em <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>. Acesso em: 31 jul. 2013.
- 55 INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Disponível em <http://www.ihl.org/about/pages/default.aspx>. Acesso em: 31 jul. 2013.
- 56 ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Reviews of Health Systems: Mexico. France: OECD, 2005. 155p.**

**INICIATIVAS BRASILEIRAS NA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO
CUIDADO À SAÚDE**

Victor Grabois

Adelia Quadros Farias Gomes

INICIATIVAS BRASILEIRAS NA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO CUIDADO À SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Brasil, alinhado com a decisão de outros países em implementar estratégias para melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, tem desenvolvido, nas últimas décadas, iniciativas consistentes, ainda que de forma fragmentada, voltadas à melhoria da qualidade em saúde, nos setores público e privado. Essas iniciativas vêm sendo executadas nos diferentes níveis de gestão do sistema, nas diversas áreas do cuidado, e com diferentes ênfases, seja no monitoramento, na avaliação, na introdução de novas práticas, na difusão de informações científicas, entre outros pontos. Fazem parte deste trabalho algumas dessas iniciativas, que apresentam continuidade até os dias de hoje. O esforço mais recente em desenvolver as estratégias brasileiras para melhorar a qualidade em saúde se apoia e tem sua origem, em movimentos anteriores, que merecem ser registrados por sua relevância e por ajudarem a entender os avanços obtidos e a magnitude dos desafios para a existência de uma política nacional voltada para a qualidade em saúde, ainda que não façam parte do presente levantamento.

Localizam-se em algumas publicações científicas¹ relatos de esforços e iniciativas no plano nacional no sentido de criar padrões e normas para a melhoria da qualidade, principalmente voltados à melhoria da estrutura, em instituições hospitalares. Em 1951, o Capítulo brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões estabelece padrões mínimos para planta física e organização de um centro cirúrgico. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes elaborou, em 1960, padrões para o credenciamento de serviços hospitalares, voltados à planta física, equipamentos e organização. Com a fusão dos institutos de aposentadorias pela criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), são aprovados em 1974, pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, os modelos de “Formulário de Classificação Hospitalar”, de “Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)” e de “Comprovante de Classificação Hospitalar”, com ênfase em aspectos físicos, abordando marginalmente processos e sem versar sobre resultados^{1,2}.

Em 1995, o Ministério da Saúde lança um Programa voltado a Melhoria da Qualidade com cinco grandes pontos: utilização de indicadores de resultado (institucionais e populacionais); adoção de um sistema de acreditação hospitalar conduzido por agências não-governamentais; utilização de ferramentas de melhoria da qualidade; estabelecimento de diretrizes clínicas; e o fortalecimento do controle da comunidade/consumidores sobre a qualidade em saúde³.

No campo da acreditação hospitalar, diversas iniciativas merecem ser relatadas. Em 1986, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões cria o Comitê Permanente para a Qualificação dos Hospitais. A Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo estabelecem o Programa Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) em 1990.

No final da década de 90, o Ministério da Saúde elabora um manual com padrões voltados a estrutura, com uma lista de capítulos, como a organização do cuidado, apoio diagnóstico e terapêutico, logística e serviços de administração.

Em 1994, A Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro se associam para criar um Comitê de Avaliação e Certificação da Qualidade dos Serviços de Saúde. Mais tarde se associa a esta iniciativa a Fundação Cesgranrio, e em 1998, essas quatro instituições criam o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), que se orienta pelas diretrizes da *Joint Commission International (JCI)* e elabora um conjunto de padrões baseados nos padrões da JCI utilizados nos EUA e em padrões desenvolvidos para processos de acreditação internacional. Esses padrões foram organizados em dois grupos de funções: as voltadas aos pacientes e aquelas focadas na organização. As funções voltadas aos pacientes incluem a avaliação e o cuidado do paciente, entre outros; e as funções voltadas à organização, incluem o planejamento, a liderança, a gestão de recursos humanos, entre outras³.

Há um conjunto de políticas públicas no campo da organização do SUS, que, ainda que não direcionadas ou focadas na qualidade, são instrumentos que promovem a normatização voltada à relação de compromisso dos entes federativos entre si, ou com instituições hospitalares, relativas ao financiamento da atenção, utilizando indicadores de desempenho e qualidade. Nesse sentido, produzem indiretamente resultados com impacto na qualidade do cuidado em saúde. Exemplos dessas iniciativas são: Programa de Certificação de Hospitais de Ensino; Programa de Contratualização de Hospitais de

Pequeno Porte, Programa de Contratualização dos Hospitais de Ensino, o Pacto pela Saúde (2006), o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, e o estabelecimento do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), entre outras. Essas e outras iniciativas não foram detalhadas nesse texto, por não preencherem os critérios de inclusão definidos *a priori*.

O presente trabalho se estrutura, de forma geral, em um breve relato de aspectos históricos relacionados à melhoria da qualidade em saúde, seguido da apresentação da revisão da literatura, que orientou tanto a busca de iniciativas, quanto a análise das mesmas. Descreve-se então a metodologia utilizada, com suas etapas, e os critérios de inclusão e exclusão de iniciativas. As iniciativas levantadas são apresentadas de forma resumida e uma breve análise do material encontrado é realizada. Por fim, após as considerações finais são apontadas as limitações do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

O estudo de políticas nacionais de qualidade já implementadas em outros países pode contribuir como subsídio à elaboração de política semelhante no Brasil. Essas políticas não se referem a áreas temáticas específicas ou a determinados segmentos do sistema de saúde, como a atenção básica ou a atenção hospitalar, mas sim abrangem a qualidade como um todo.

Um aspecto importante apontado por Spencer e Walshe⁴ diz respeito aos elementos capazes de influenciar a formulação de políticas de melhoria da qualidade, quais sejam: as associações profissionais e as sociedades científicas, políticas e programas governamentais; a cobertura na mídia de desafios ou problemas de saúde; e a existência de grupos de trabalho ou forças-tarefas engajadas na melhoria da qualidade.

Esses mesmos autores relatam que em grande parte das políticas nacionais de qualidade estudadas foram elaborados documentos de referência sobre a melhoria da qualidade, com os seguintes pontos: (1) sistemas de monitoramento e medida de progressos na melhoria da qualidade; (2) definição de taxonomia sobre a melhoria da qualidade; (3) estabelecimento de objetivos nacionais para a melhoria da qualidade; (4) sistemas para obter avaliação de satisfação por parte dos usuários em relação aos serviços de saúde; (5)

estabelecimento de padrões nacionais de qualidade; (6) sistemas para lidar com eventos adversos, problemas e queixas de usuários; (7) sistemas de regulação profissional e de monitoramento do desempenho profissional; (8) estabelecimento de padrões para a educação ou a capacitação profissional; (9) oferta de suporte às organizações para a melhoria da qualidade; (10) oferta de recursos para a melhoria da qualidade. Esses dez pontos são apresentados de forma decrescente na relevância de sua presença nos documentos de referência⁴.

Um aspecto interessante nesse mesmo trabalho é a percentagem de sistemas de melhoria da qualidade que são adotados de forma voluntária, principalmente aqueles relacionados à acreditação, à qualidade organizacional ou aos sistemas de gerenciamento da qualidade⁴.

Cinco estratégias de suporte à melhoria da qualidade são relatadas como presentes na maioria dos hospitais: a) presença de uma comissão de controle de infecção hospitalar; b) sistemas para melhoria da qualidade em laboratórios; c) manutenção regular dos equipamentos médico-hospitalares; d) comitê focado na melhoria da qualidade; e) sistemas de notificação de incidentes ou de eventos adversos⁴.

Por fim, são apontados como aspectos facilitadores da implementação de políticas de qualidade os seguintes pontos: engajamento e capacitação profissional; regulamentação voltada à melhoria da qualidade; engajamento, demandas e expectativas da opinião pública; projetos de melhoria da qualidade (acreditação, normas de licenciamento, prêmios, comitês de qualidade, centros de melhoria da qualidade, entre outros)⁴.

Como barreiras à implementação são descritos: subfinanciamento; falta de liderança política e de planejamento estratégico; falta de incentivos, incentivos confusos ou falta de motivação; barreiras culturais, profissionais ou burocráticas; insuficiência de educação ou de capacitação profissional; insuficiência de profissionais⁴.

Elementos essenciais para a melhoria da qualidade⁴ são: o desenvolvimento da liderança em todos os níveis, a cultura organizacional – normas, valores, crenças e comportamentos, que favoreçam a qualidade, o desenvolvimento da capacidade de aprender e compartilhar o conhecimento e a utilização de tecnologias de informação.

A implementação de políticas da qualidade está atrelada a importantes estratégias que promovam mudanças, ao envolvimento da liderança no processo, à necessidade de trabalhar as equipes⁵.

Mudança

A estruturação adequada e efetiva de programas nacionais de qualidade do cuidado e segurança do paciente deve apoiar-se na capacidade de estabelecer liderança em todos os níveis (sistemas de saúde, organizações, ambientes de cuidado, equipes e indivíduos), de aprender a partir dos processos de trabalho, de desenvolver equipes multiprofissionais efetivas e de utilizar os benefícios da tecnologia de informação para melhorar processos e prestar contas aos setores interessados⁵. Para esses autores, sejam as mudanças de natureza mais participativa ou mais vertical, aquelas de natureza incremental ou com maior grau de ruptura, todas podem se beneficiar de uma intervenção que considere a mudança nos diversos níveis. Esse aspecto leva em conta não só a interdependência dos diferentes níveis, como também que o sucesso de uma dada política de saúde depende de aspectos contextuais relacionados às organizações e às equipes de trabalho.

As atividades realizadas com indivíduos, como os processos educativos, fortalecimento do papel de liderança, discussão de protocolos e diretrizes clínicas são importantes, mas deve-se observar que indivíduos são partes de equipes, atuam em uma dinâmica de equipe. Com isso, programas de treinamento e capacitação de indivíduos produzem mais benefícios para mudanças quando estão inseridos em programas de fortalecimento de equipes de saúde.

A atuação no nível das equipes de saúde (aqui consideradas como um agrupamento de ambientes de cuidados/microsistemas de cuidado) apresenta evidências quanto à sua efetividade na oferta de cuidado de qualidade e seguro.

No entanto, assim como indivíduos não atuam solitariamente no cuidado, o desempenho de uma equipe de saúde depende do desempenho de outras equipes de saúde vinculadas a outros setores do hospital. A importância da organização como um nível obrigatório de mudança relaciona-se com o fato de que sua política de recursos humanos, seus processos

de tomada de decisão e o seu desenho dos sistemas funcionais, em última instância, determinam as mudanças no plano das equipes e dos indivíduos.

Segundo os autores⁵, as organizações não são iguais e aquelas que favorecem o trabalho de equipe, a aprendizagem coletiva e o cuidado centrado no usuário têm mais força para operar mudanças. Porém, mesmo essas organizações “mais prontas para mudar” necessitam o suporte de políticas mais gerais, através de estratégias de financiamento, de regulação, de suporte para a produção e utilização de evidências, alinhadas com a perspectiva de mudanças organizacionais voltadas à melhoria do cuidado.

O alinhamento entre uma abordagem sistêmica e a perspectiva das organizações, deve ser pensado nas relações entre as diretrizes organizacionais e a atuação das equipes de saúde nos ambientes de cuidado. Da mesma forma, o trabalho das equipes deve ser desenhado considerando as necessidades, competências e preferências dos profissionais que compõem essas equipes. Esse alinhamento, traduzido em uma abordagem em múltiplos níveis, não deve significar obrigatoriamente simultaneidade, mas sim que uma dada intervenção, focada em um dos níveis, deve tanto considerar sua influência sobre os demais níveis, como entender que outras intervenções nos demais níveis devam ser realizadas. No entanto, em situações em que os recursos não são abundantes, o que é bem característico dos tempos atuais, o melhor cenário é de intervenções simultâneas de forma a permitir maior sinergia das ações e otimização dos recursos.

Quadro 1 - Mudança para a qualidade em múltiplos níveis

Quatro níveis de mudança para melhorar a qualidade:

- **Individual** – educação, liderança, diretrizes e protocolos.
- **Equipe** – desenvolvimento das equipes, redesenho do trabalho, auditoria clínica, diretrizes e protocolos.
- **Organização** – garantia da qualidade, cultura para a qualidade, aprendizagem organizacional.
- **Sistema de saúde** – Agências nacionais para a qualidade, sistemas legais, políticas de financiamento.

Fonte: FERLIE & SHORTELL, 2001.

Liderança

A liderança é um elemento essencial para que os processos de implementação de políticas de qualidade sejam bem sucedidos. Ambas as abordagens de liderança, a transacional (trabalhando com o atual *status quo* e as regras existentes) e a transformacional (ruptura com paradigmas existentes), são úteis e deve-se avaliar qual a melhor abordagem em cada contexto e momento do processo de mudança. A escolha de uma abordagem multinível para a implementação de mudanças traz desafios específicos para a liderança em cada nível⁴.

Em ambientes complexos como o da prestação de cuidados de saúde, as competências exigidas para o exercício da liderança compreendem: a capacidade de negociação, de estabelecer redes, de realizar análises e avaliações, de compartilhar uma visão de futuro, e de contribuir para o desenho de sistemas efetivos e seguros. Sugere-se que o processo de capacitação para a liderança observe a natureza do trabalho em saúde (equipes de saúde) e que sejam compreendidos os limites do trabalho da liderança face à contribuição de fatores estruturais e contextuais⁵.

Equipe

O desenvolvimento de equipes de saúde orientadas para a qualidade é um ativo fundamental na implementação de políticas de qualidade, considerando que a prestação de cuidados se volta cada vez mais para usuários com condições crônicas, demandantes de intervenções multiprofissionais e atendidos nos diversos pontos de cuidado. Tornar essas equipes efetivas significa aperfeiçoar sua capacidade de superar assimetrias profissionais, de desenhar processos de comunicação com menor ruído, de construir objetivos e metas compartilhadas e de manejar conflitos.

Elementos chave nesse processo de construção de equipes são o compartilhamento e a circulação de conhecimentos específicos, de forma a gerar um novo conhecimento de caráter multiprofissional. Essas equipes devem ter um tempo garantido para a participação em atividades de formação voltadas à melhoria da qualidade. O trabalho dessas equipes se concretiza em microssistemas clínicos cujos elementos essenciais são, além da própria

equipe multiprofissional, uma população pela qual a equipe se responsabiliza, um suporte de informação, e profissionais de apoio, equipamentos e instalações⁶.

Uma abordagem que também pode contribuir na elaboração de uma política nacional de qualidade em saúde é a identificação de componentes-chaves e das estratégias mais adequadas para engajar esses componentes, considerando o alinhamento entre suas expectativas e interesses e o sentido mais geral da política de qualidade em saúde⁷.

Os atores-chaves comuns aos diversos sistemas de saúde são: os profissionais de saúde, que detém o conhecimento essencial para o cuidado; as organizações de saúde, que combinam a ação dos profissionais de saúde, a utilização de insumos e medicamentos e de equipamentos em ambientes específicos (hospitais e centros de saúde); medicamentos e insumos que são produtos de utilização específica na saúde; os pacientes e usuários dos serviços de saúde, com suas necessidades e demandas específicas, e compartilhando visões do que é ter ou não ter saúde⁷.

Para esses autores⁷, o foco das políticas de qualidade e de segurança é articular de forma adequada e segura a interação de organizações/profissionais/insumos e medicamentos com os pacientes e usuários que são objeto da prestação de cuidados de saúde. O objetivo maior é o de potencializar o uso adequado e eficiente desses componentes, de forma a atender ao máximo as demandas e necessidades dos pacientes e usuários dos serviços de saúde.

Outros componentes podem ser apontados, como os governantes locais ou regionais, a indústria, a mídia, os financiadores, os empregadores, etc. Todos esses influenciam a qualidade do sistema de saúde, em particular os financiadores. No Quadro 2, podem ser vistas as estratégias mais pertinentes a cada um desses componentes-chave⁷.

Objetivos claros relacionados à melhoria da qualidade permitem mobilizar de forma mais fácil organizações e profissionais, assim como o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação⁸. A definição de valores e de dimensões da qualidade como prioritários (equidade, segurança do paciente e efetividade), de padrões e de cartas de direitos dos pacientes também são apontados como elementos estruturantes na formulação de políticas nacionais de qualidade em saúde.

Quadro 2 - Componentes-chave dos sistemas de saúde e elementos gerais nas políticas de saúde

- **Profissionais:** Revisão por pares, Educação Continuada, Utilização de Diretrizes, Protocolos Clínicos, Planejamento de RH, Desenvolvimento de competências profissionais, Desenvolvimento de Lideranças.
- **Organizações:** Gestão de Risco, Indicadores de Desempenho, Sistemas de informação em saúde, acreditação/certificação, Programas de Melhoria da Qualidade e Segurança, Inovação organizacional.
- **Pacientes:** Direitos do paciente, Participação de pacientes/comunidade, Monitoramento das experiências de pacientes, Divulgação de Informações sobre Desempenho.
- **Financiadores:** Avaliação econômica, Divulgação de Informações sobre Desempenho, Incentivos, Relatórios de desempenho nacional.

Fonte: OVRETVEIT & KLAZINGA, 2008.

Muitos países na Europa definiram suas políticas de qualidade em um plano nacional, com o caráter de legislação específica, e atribuindo às regiões e aos estados, o papel de desenvolver estas políticas. Esse elemento traz como desafios: a coordenação entre os níveis nacional e os demais, entre provedores públicos e privados; a prestação de contas e o aperfeiçoamento de processos de implementação; e, por fim, como fornecer suporte (agências, redes, comitês, organizações não governamentais) às instituições responsáveis pela prestação de serviços de saúde⁸.

Diferentes formatos de organização foram adotados em países europeus, segundo esses autores, para cumprir essas missões. Alguns países criaram unidades específicas no plano dos Ministérios da Saúde, outros criaram uma ou mais agências governamentais para cuidar da melhoria da qualidade em saúde. As funções dessas agências podem incluir os seguintes pontos: definição de prioridades capazes de produzir resultados para os usuários do sistema de saúde; definição de métodos apropriados, efetivos e acessíveis voltados à melhoria da qualidade; desenvolvimento de processos colaborativos, projetos-piloto, programas de treinamento; desenvolvimento de sistemas de gerenciamento de risco e monitoramento da segurança do paciente; elaboração de padrões organizacionais como diretrizes para a melhoria da qualidade e para estabelecimento de processos de

acreditação; definição de diretrizes clínicas; manuseio de informações geradas pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, ambulatoriais e hospitalares; divulgação de informação científica e técnica sobre práticas seguras e efetivas para as instituições e os profissionais de saúde⁸.

Ainda em relação aos formatos de organização observam-se centros responsáveis pelo compartilhamento de experiências nacionais e internacionais. Podem ser segmentos do próprio Ministério da Saúde, agências governamentais, organizações não governamentais, projetos autofinanciados. São citados como exemplos a Agencia Catalã de Avaliação de Tecnologia de Saúde (CATHA), o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), entre outros organismos⁸.

Diversos mecanismos de avaliação externa são adotados como parte de políticas nacionais de qualidade nos países europeus, e a adesão a mecanismos de acreditação é crescente, considerando o financiamento público dessas iniciativas. Mesmo onde esses programas não estão implementados, hospitais (em geral privados) buscam participar de programas de acreditação, com organismos com atuação internacional. A maior parte das políticas nacionais de qualidade na Europa também apresenta políticas específicas relacionadas aos direitos dos pacientes⁸.

Quatro pontos são citados pelos autores como relacionados a insucessos nos processos de implementação de iniciativas de melhoria da qualidade: falta de circulação de informações entre as instituições e entre os profissionais; baixo suporte aos gestores e aos profissionais de saúde para a implementação de iniciativas relacionadas à melhoria da qualidade; insuficiência de incentivos para a melhoria da qualidade; e, insuficiência dos sistemas de gestão⁸.

O texto da revisão da literatura que predominantemente orientou a identificação das linhas de ação integradoras foi o documento sobre a qualidade dos cuidados e dos serviços, que integra o Plano Nacional de Saúde 2011-2016⁹, de Portugal, cujas estratégias foram adaptadas e resumidas no Quadro 3.

Embora reconheçam que ainda existem muitas lacunas na demonstração de evidência no que concerne a estratégias para a melhoria de qualidade, os autores propõem dentro do

Plano Nacional de Saúde 2011-2016 iniciativas para a qualidade dos cuidados e dos serviços.

Dentre as linhas de ação definidas no Plano⁹, abaixo relatadas, foram escolhidas algumas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, como linhas de ação integradoras como referência para a pesquisa das iniciativas brasileiras (Quadro 3).

Linhas de ação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016⁹:

- Implementar uma estrutura de governança da qualidade dos cuidados de saúde;
- Definir metas nacionais na área da qualidade dos cuidados;
- Promover uma cultura de avaliação da qualidade nos vários níveis do sistema de saúde;
- Promover as melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacto na qualidade;
- Promover as melhores práticas ao nível da política de recursos humanos com impacto na qualidade;
- Utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como suporte e instrumento da melhoria da qualidade;
- Elaborar e implementar normas de orientação clínica;
- Promover a segurança e estratégias de gestão do risco;
- Promoção de uma resposta integrada aos doentes crônicos;
- Promover a participação e o empoderamento dos doentes;
- Assegurar as melhores condições para a mobilidade dos doentes;
- Promover a acreditação das unidades de saúde;
- Assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema.

As demais linhas apresentadas no texto de referência⁹, acima citadas, não foram escolhidas, uma vez que nem todas estavam dentro dos critérios de exclusão definidos, e

por serem específicos do contexto europeu como, por exemplo, a questão da mobilidade dos pacientes nos sistemas de saúde dos países europeus.

As linhas de ação trabalhadas no estudo foram: governança da qualidade dos cuidados de saúde; cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde; avaliação externa das unidades de saúde; monitoramento da qualidade dos cuidados de saúde nos vários níveis do sistema; diretrizes clínicas; segurança do paciente e estratégias de gestão do risco; e, participação e empoderamento dos pacientes. O resumo dos conceitos relacionados às linhas encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3 - Linhas de ação integradoras, adaptadas do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Portugal

Linhas de ação integradoras	Definições
Governança da qualidade dos cuidados de saúde	Conjunto de sistemas, processos e comportamento que contribuem para liderança e controle das funções das instituições, visando atingir os objetivos organizacionais, a segurança e qualidade dos serviços de saúde.
Cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde	Desenvolvimento da cultura da Avaliação em todos os níveis, por meio de ciclos de melhoria, atividades de monitoramento e redesenho de processos.
Avaliação externa das unidades de saúde	Avaliação de estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde, realizada por profissionais da área de saúde, baseada em padrões de excelência ou requisitos específicos da metodologia aplicada.
Monitoramento da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema	Utilização de sistema de informação e medição por meio de indicadores relativos a processos relevantes nos serviços de saúde, visando identificar áreas problemáticas a serem corrigidas e práticas de excelência a serem difundidas, além de acompanhar a evolução das intervenções realizadas.

Diretrizes Clínicas	Aplicação de recomendações clínicas, fundamentadas pela evidência científica, como apoio à tomada de decisão.
Segurança do Paciente e estratégias de gestão do risco	Aplicação de estratégias destinadas à melhoria da segurança e à diminuição do risco nos processos, limitar a ocorrência de incidentes e minimizar os danos relacionados ao cuidado de saúde.
Participação e empoderamento dos pacientes	Promoção da participação ativa e responsabilização do paciente e seus familiares nas decisões do seu próprio cuidado, por meio de informações e processo de educação, com reconhecimento e respeito aos seus direitos.

Fonte: Adaptado de CAMPOS, SATURNO & CARNEIRO, 2010.

Metodologia

Etapas da Metodologia

A primeira etapa de revisão da literatura teve como norte a busca de estudos de autores de referência no campo de pesquisas relativas à formulação de políticas de qualidade de abrangência nacional incluindo os processos necessários à implementação das mesmas.

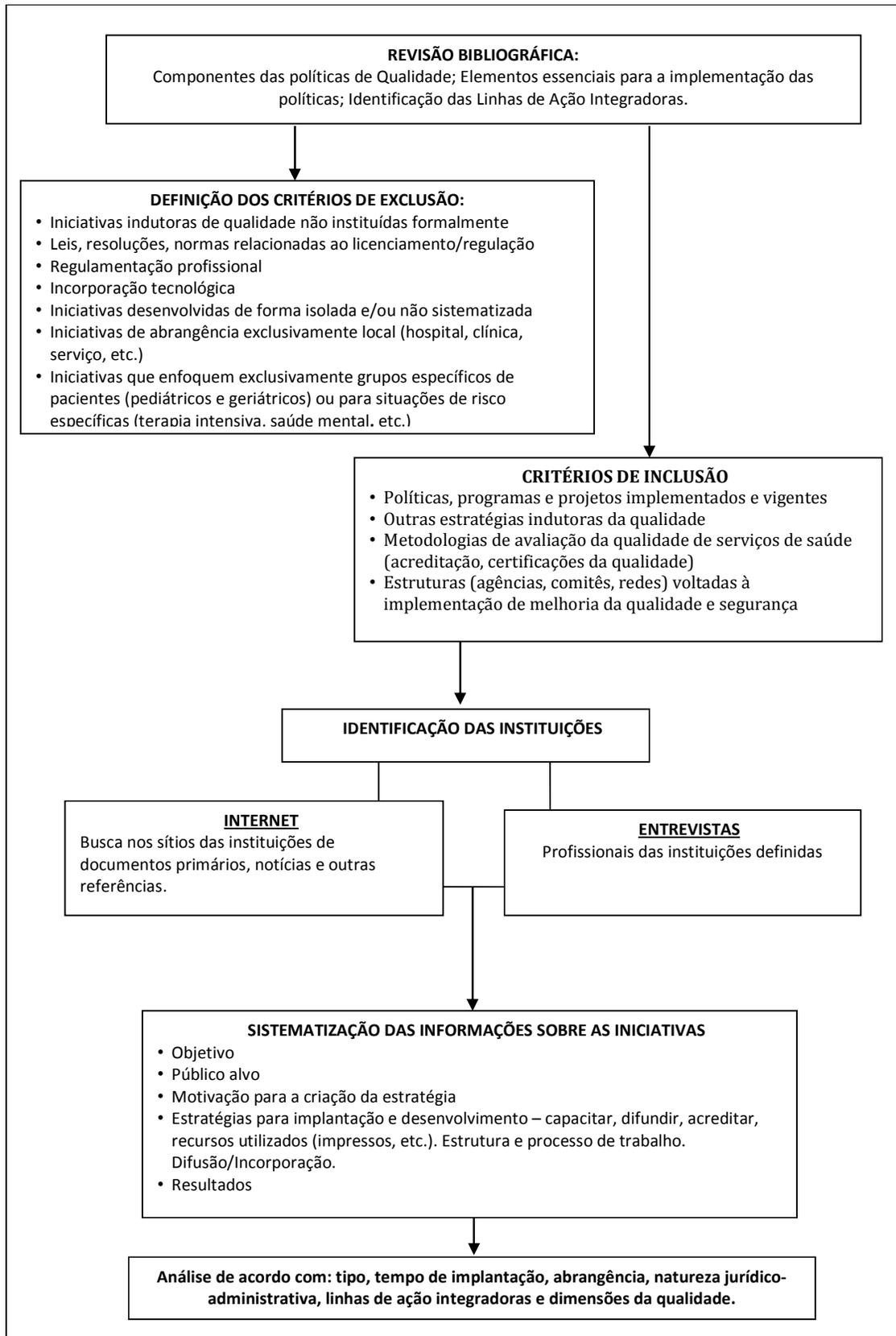
A partir dos elementos identificados na revisão da literatura, considerando os exemplos mais relevantes a serem utilizados como subsídios para a elaboração de uma política nacional da qualidade, foram definidos os recortes que serviram como critérios de inclusão e exclusão na busca das iniciativas.

Foram identificadas instituições públicas que desenvolvem as iniciativas objeto da pesquisa, além de instituições privadas de saúde que promovem e usualmente divulgam suas iniciativas para a melhoria da qualidade na saúde.

A busca das iniciativas foi realizada através da internet, nos sítios das instituições identificadas, em documentos primários, notícias e outras referências. Em alguns casos, foram realizadas entrevistas com profissionais das instituições para a coleta das informações sobre as iniciativas.

As etapas da metodologia estão resumidas no diagrama da Figura 1.

Figura 1 Diagrama das etapas da metodologia



Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das iniciativas foram definidos de acordo com as linhas de ação integradoras identificadas na bibliografia consultada e as dimensões da qualidade definidas no Documento de Referência.

Foram incluídas as políticas, os programas e projetos de abrangência nacional implementados e vigentes, voltados para a população em geral, além de outras estratégias indutoras da qualidade e segurança, como: metodologias de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, e estruturas (agências, comitês, redes) voltadas à implementação de melhoria da qualidade.

Para as iniciativas públicas foi incluído apenas o nível de governo federal.

Foram excluídas as iniciativas indutoras de qualidade não instituídas formalmente, desenvolvidas de forma isolada e sem sistematização, aquelas de abrangência estadual e municipal ou exclusivamente local de determinado hospital, clínica ou serviço, as iniciativas que enfoquem exclusivamente um recorte populacional ou grupos específicos de pacientes (pediátricos e geriátricos) ou as desenvolvidas para situações de risco específicas, como terapia intensiva e saúde mental.

Foram também excluídas as leis, resoluções e normas relacionadas ao licenciamento e regulação, a regulamentação profissional, as iniciativas relacionadas à incorporação tecnológica. As legislações e regulamentações, ainda que influenciem e contribuam para a qualidade do sistema de saúde, não foram incluídas, pois mereceriam levantamento e análise específicos que fogem ao escopo desse trabalho.

Estratégias de busca das iniciativas

Inicialmente foram realizadas buscas nos sítios das Secretarias de Estado da Saúde dos estados brasileiros desde a região Norte até a região Sul e DF. Em seguida foram pesquisados os sítios das Secretarias Municipais de Saúde das capitais e de grandes cidades de regiões metropolitanas ou de grandes centros urbanos do interior dos estados. No entanto, como a maioria das iniciativas das SES e das SMS identificadas, com raras

exceções, eram desdobramentos das políticas, dos programas e projetos propostos pelo nível federal, não foram incluídas no trabalho. Além disso, a decisão final do grupo de pesquisa foi de incluir iniciativas de abrangência nacional e, no setor público, as do nível federal.

A busca nos sítios das instituições foi realizada diretamente nos registros da página inicial, em documentos divulgados, notícias e outras referências, ou procurando através dos recursos de busca do próprio sítio. Todos os sítios listados para cada iniciativa (p. v e vi) visitados durante a pesquisa foram acessados novamente em 01/11/2013.

As entrevistas realizadas com profissionais de algumas instituições como ANS, ANVISA e FIOCRUZ resultaram em informações mais detalhadas das iniciativas além de acesso a material informativo e documentos.

Pesquisa das informações sobre as instituições e as iniciativas

De acordo com a disponibilidade nos documentos encontrados, nos registros de referência em notícias, em entrevistas divulgadas no sítio da instituição, para cada iniciativa foram levantadas informações, sempre que disponíveis, quanto ao(s) seu(s) objetivo(s), público alvo, estratégias para implantação e desenvolvimento, como para capacitação, recursos utilizados (impressos, etc.), a estrutura e o processo de trabalho. Também foram identificados os meios de difusão e incorporação da iniciativa. Os resultados da implementação da iniciativa só foram apurados quando relatados explicitamente nas fontes de informação consultadas.

Resultados

Descrição de características algumas iniciativas

As informações apuradas sobre cada iniciativa estão apresentadas de forma resumida, considerando seus objetivos, alvo e estratégias para implantação e desenvolvimento.

Iniciativas de instituições públicas

ANVISA

- a) O Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares foi lançado pela ANVISA em 1997 com os objetivos de reduzir em 30% a taxa de infecção do serviço, além de garantir a orientação de ações básicas de assistência à saúde e prevenir o uso indiscriminado de antimicrobianos e germicidas hospitalares, evitando a resistência e contribuindo para uma sensível diminuição dos custos hospitalares globais.

Como estratégia, foi realizado um inquérito nacional sobre a situação das infecções hospitalares em todos os hospitais brasileiros. Foi elaborado um mapeamento sobre o cumprimento das exigências da Portaria GM nº 2616/98, no que diz respeito à implantação do PCIH no âmbito estadual, municipal e nos serviços de saúde.

Foram realizadas visitas às autoridades de saúde dos estados para levantamento de dados, visando à complementação do estudo citado no item anterior e a obtenção de subsídios necessários à implantação definitiva do programa em todo território nacional.

Foi atualizado o material técnico-científico sobre o tema do Programa, contando com a participação de profissionais especializados nas diversas áreas pertinentes ao controle de infecção hospitalar.

- b) A Rede Sentinela de Hospitais, lançada em 2001, tem como objetivos atuar como observatório ativo do desempenho e segurança de produtos de saúde regularmente usados, favorecer a organização de gerências de risco sanitário hospitalar, implementar planos de melhoria voltados para o uso racional de medicamentos e uso racional de tecnologias, além de buscar informações sobre eventos adversos e de queixas técnicas relacionados aos produtos de saúde, bem como notificá-los no sistema *on line*, para a Anvisa, por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).

A estratégia de implementação foi instituir a Gerência de Risco em cada serviço que compõe a rede, para atuar como referência interna da Vigilância pós-utilização e pós-comercialização de produtos (Vigipós) nas unidades hospitalares que compõem a rede. Essas notificam e monitoram eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária (medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;

pesquisas clínicas; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; artigos e equipamentos médico-hospitalares; *kit* reagente para diagnóstico *in vitro*; uso de sangue ou componentes; saneantes e agrotóxicos) em uso no Brasil, fazendo a Vigipós dos produtos utilizados nos estabelecimentos de saúde.

As suspeitas de eventos adversos e queixas técnicas serão monitoradas e investigadas juntamente com a Vigilância Sanitária. A conclusão dessas investigações tem resultado em diversas decisões como a retirada do produto do mercado, a restrição de uso e de comercialização entre outras intervenções.

- c) O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), lançado em 2004, visa apreender, de forma abrangente, a realidade dos serviços de saúde vinculados ao SUS, nas suas diferentes dimensões. Foram alvo do Programa: hospitais gerais, hospitais especializados e unidades mistas; hospitais especializados com leitos obstétricos; ambulatórios de especialidade e policlínicas; e, estabelecimentos de saúde com serviços próprios de alta complexidade em oncologia e nefrologia.

Os instrumentos metodológicos usados para avaliar foram:

- Roteiro de Padrões de Conformidade baseado em um sistema de autoavaliação aplicado pelo estabelecimento e outra avaliação aplicada pelo gestor, com o objetivo de conhecer a realidade e as necessidades locais.
- Aplicação de indicadores de saúde.
- Pesquisa de satisfação dos usuários realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde em amostragem estatisticamente representativa, para verificar o grau de confiança na qualidade da atenção e o atendimento das expectativas do usuário em relação aos serviços prestados.
- Pesquisa das condições e das relações de trabalho com base em amostragem de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- d) A Rede Nacional Para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), constituída em 2004, tem como objetivo capacitar a equipe multiprofissional visando reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas

afetadas através da investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas dos surtos, contribuindo para o entendimento da dinâmica da ocorrência desses eventos e orientando mudanças nas práticas assistenciais e regulamentações.

Os profissionais das VISAs e da Anvisa, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, epidemiologistas, nutricionistas, administradores, estatísticos, engenheiros e arquitetos, técnicos de vigilância epidemiológica, profissionais dos Hospitais Sentinelas e de outros serviços de saúde, dos Laboratórios Centrais dos Estados e dos Centros de Referência em Vigilância Sanitária são alvos da iniciativa. Foram elaborados materiais de divulgação da Rede para reprodução - endereço/telefone das VISAs Estaduais, folder RENISS - e realizado fórum virtual da Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde – RENISS, acesso por www.anvisa.gov.br/forum/infeccao/.

O Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) de casos suspeitos ou confirmados de surtos e eventos adversos relacionados à assistência à saúde é acessado pela Internet: www.anvisa.gov.br/notifica/index.htm.

Inicialmente foi estabelecido o Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (SINAIS), mas foi suspenso em 2009 devido às inconsistências nas informações recebidas das unidades.

- e) A Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde (Rede RM) foi estruturada em 2004 visando aumentar a efetividade da assistência à saúde, por meio do uso racional de antimicrobianos e da detecção tempestiva, prevenção e controle da emergência e disseminação da resistência microbiana em serviços de saúde no país.

Os serviços de saúde e profissionais de saúde passaram a ser alvo de políticas prioritárias para a redução da resistência microbiana, tais como, capacitação de profissionais de laboratórios de microbiologia; treinamento de prescritores em uso racional de antimicrobianos; atualização da legislação sobre controle de infecção em serviços de saúde; definição de critérios para registro de novos medicamentos antimicrobianos; proibição da comercialização de produtos com associações de dois ou mais antimicrobianos com outras classes de medicamentos, quando não existe

comprovação científica de benefício; controle rigoroso sobre a publicidade e promoção de medicamentos contendo antimicrobianos; dentre outros.

- f) Em 2007 foi lançado o Programa de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde alinhado com o Programa de “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” da OMS, com o objetivo de reduzir a disseminação de infecções e de microorganismos multirresistentes, bem como o número de pacientes que adquire uma infecção relacionada à assistência à saúde passível de prevenção.

O público-alvo do Programa se constitui de gestores públicos, administradores dos serviços de saúde, educadores e profissionais de saúde.

O Programa tem como principais estratégias: o *hotsite* de Higienização das Mãos, a realização anual da campanha “Higienização das Mãos” no dia 05 de maio (dia Mundial de Higienização das Mãos - OMS), e a produção de material:

- Cartazes: Higienização simples das mãos; Anti-sepsia ou Preparo Pré-Operatório das Mãos; Higienização das Mãos com preparações alcoólicas (Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina); Cinco Momentos para Higienização das Mãos.
- Vídeos: Salve vidas: higienize suas Mãos; Passo a passo para Higienização das Mãos.
- Manuais e Guias: Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos; Higienização das Mãos - Serviços de Saúde.

- g) O Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) foi desenvolvido em 2009. O principal objetivo do Sistema é fortalecer a vigilância pós-uso/pós-comercialização (VIGIPÓS), por meio do monitoramento de eventos adversos (EA) e de queixas técnicas (QT) associados a produtos.

Os profissionais de serviços de saúde (hospitais, clínicas, hemocentros, laboratórios, CIAT's, dentre outros), Anvisa, Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Laboratórios de Saúde Pública, universidades/centros de pesquisa, além dos profissionais que atuam em drogarias e farmácias e em empresas detentoras de registro de produtos sob vigilância sanitária (fabricantes, importadores e distribuidores) e os profissionais de saúde liberais são responsáveis pelas notificações e pela análise para o desenvolvimento

de ações corretivas e preventivas. O NOTIVISA é também utilizado pelos hospitais da Rede Sentinela e pela RENISS.

Trata-se de um sistema de informação para notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária: medicamentos; vacinas e imunoglobulinas; artigos médico-hospitalares; equipamentos médico-hospitalares; produtos para diagnóstico de uso *in vitro*; uso de sangue ou componentes; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; saneantes; agrotóxicos.

No processo de gestão do NOTIVISA, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) analisa a notificação de acordo com a gravidade, previsibilidade (se o evento era esperado ou não), relação causal entre o evento descrito e o produto e o risco associado ao evento adverso/queixa técnica. De acordo com essa análise, várias ações podem ser adotadas. Nem toda notificação gera uma medida sanitária, seja ela regulatória ou não. Muitas vezes é necessário um conjunto de notificações para que as informações geradas sejam consistentes a ponto de desencadear ações por parte do SNVS. Se, até o momento da notificação, o problema observado no produto ainda não tiver causado nenhum dano à saúde, este deverá ser notificado como queixa técnica.

Os profissionais devem ser cadastrados de acordo com a categoria – profissional liberal ou instituição e podem notificar casos confirmados ou suspeitos de eventos adversos e queixas técnicas. As notificações enviadas são mantidas sob sigilo. Os cidadãos poderão notificar EA e QT por meio dos formulários próprios de notificação.

- h) Uma das iniciativas mais recentes da ANVISA é o Programa Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, de 2012, que tem como fundamento o programa da OMS de mesmo nome. O objetivo principal é oferecer ferramentas e informações ao público em geral sobre os agravos à saúde, e sobre como esclarecer dúvidas e questões sobre o processo de assistência à saúde, para aprimorar a qualidade do atendimento em consultórios, durante os procedimentos cirúrgicos, as internações e os exames clínicos. Os pacientes e seus familiares tornam-se participantes ativos nas decisões sobre a qualidade e a segurança do seu

cuidado - o importante é que o paciente seja informado, por exemplo, sobre quais são os riscos envolvidos em um processo cirúrgico e os cuidados a se tomar antes da cirurgia. As principais estratégias da iniciativa são: a distribuição de folder e cartaz que orienta o paciente a fazer perguntas que são estratégicas no processo de assistência à saúde e as apresentações sobre o programa para gestores e profissionais de saúde, visando à sua implantação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- a) O Ministério da Saúde lançou em 2001 a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, com o propósito de garantir a autossuficiência do país nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo, e para ser implementada, no âmbito do SUS, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN.

As principais ações previstas na política são: o incentivo às campanhas educativas de estímulo à doação regular de sangue; o recrutamento, triagem clínica e laboratorial do doador, coleta, fracionamento, processamento, estocagem, distribuição, provas imunohematológicas, utilização e descarte de sangue, componentes e hemoderivados; a verificação e aplicação permanente de métodos e ações de controle de qualidade do sangue, componentes e hemoderivados. Também a instituição de mecanismos de controle do descarte de todo o material utilizado na atividade hemoterápica, para que se evite a contaminação ambiental, devendo todos os materiais e substâncias que entrem em contato com o sangue coletado, seus componentes e hemoderivados, ser esterilizados ou incinerados após seu uso; a fiscalização da utilização ou estocagem do sangue, componentes e hemoderivados em todas as instituições públicas ou privadas que exerçam atividade hemoterápica; a implementação, acompanhamento e verificação da observância das normas relativas à manutenção de equipamentos e instalações físicas dos órgãos que integram a Rede Nacional dos Serviços de Hemoterapia. Com relação aos casos de reações transfusionais e doenças pós-transfusionais do sangue, seus componentes e hemoderivados, dar orientação e apoio. Objetiva também a participação na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos em

hemoterapia e hematologia; o ensino, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em hemoterapia e hematologia; a implementação de sistemas informatizados com vistas à formação e estruturação de banco de dados e disseminação de informações tecnológicas, operacionais e epidemiológicas. Regulamenta a produção de derivados industrializados de plasma e reagentes, para uso laboratorial em hemoterapia e em hematologia e autorização para aquisição de antissoros ou outros produtos derivados do sangue, essenciais para a pesquisa e diagnóstico.

Foram definidas outras estratégias: a implementação de novos produtos e serviços disponibilizados; o foco na melhoria dos processos organizacionais; uma gestão promotora da segurança transfusional; a qualificação de gerentes e técnicos da hemorrede.

Prevê a eficiente alocação de recursos públicos; parceria pública nacional e parcerias internacionais; competências e clima organizacional da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados valorizados; sistemas e ferramentas de informação eficientes; e, normalização de técnicas e procedimentos.

- b) A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), lançada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, envolvendo profissionais de saúde, gestores e usuários.

As principais estratégias são ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; e, divulgar a PNH e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

- c) O Programa Cirurgia Segura foi lançado em 2010 em consonância com o “Programa Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS. O objetivo é melhorar a qualidade e garantir a segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades passíveis de prevenção. Também pretende

aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde. Contempla: 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; 2) anestesia segura; 3) equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica. Os alvos do Programa são médicos, profissionais de saúde e administradores hospitalares.

As principais estratégias desde o lançamento foram a tradução e distribuição do Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, da “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” da OMS e um conjunto de “indicadores cirúrgicos”.

De acordo com o Programa, as equipes operatórias devem cumprir os 10 objetivos básicos e essenciais em qualquer caso cirúrgico, apoiados pelas orientações para a cirurgia segura da OMS:

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
8. A equipe e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos e manterá seguros;
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;

10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

d) Com a iniciativa SOS Emergências, lançada em 2011, o governo federal – juntamente com estados, municípios e os gestores hospitalares – pretende promover o enfrentamento das principais necessidades dos hospitais com porta de urgência e emergência, qualificar a gestão local, ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

A ação teve início em 11 hospitais de grande porte com pronto-socorro e que realizam grande número diário de internações e atendimentos ambulatoriais, localizados em nove capitais: Fortaleza, Recife, Salvador, Goiânia, Distrito Federal, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, onde foram adotadas medidas como o acolhimento e classificação de risco dos pacientes. Também estão sendo organizados: a gestão de leitos, fluxo de internação e a implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, além de medidas para proporcionar a adequação da estrutura e do ambiente hospitalar.

O planejamento compreende a articulação com os demais serviços de urgência e emergência que compõem a Rede Saúde Toda Hora (SAMU 192, UPAS 24 horas, Salas de Estabilização, serviços da Atenção Básica e Melhor em Casa), coordenada pelo MS e executada pelos gestores estaduais e municipais em todo o país.

Cada um dos hospitais recebe recursos para custear a ampliação e qualificação da assistência da emergência, e para aquisição de equipamentos e realização de obras e reformas na área física do pronto-socorro. A unidade poderá, ainda, apresentar projetos para a criação de novos leitos de retaguarda (enfermarias de leitos clínicos, enfermarias de leitos de longa permanência, unidades de terapia intensiva, unidades coronarianas e unidades de atenção ao acidente vascular cerebral) e a qualificação para os leitos já existentes.

Cada um dos hospitais passa a ter um Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar formado pelos coordenadores dos serviços de urgência/emergência, das unidades e central de internação do hospital (incluindo as UTIs) e por um representante do

gestor local, que apoiará e orientará as medidas visando à melhoria da gestão e da qualidade assistencial.

- e) O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde. É um sistema de indicadores-síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da atenção básica, da atenção ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências. Tem como finalidades: (i) avaliar o desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no país; (ii) avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências; (iii) expressar essa avaliação por meio de indicadores simples e compostos; (iv) detectar deficiências, visando a implementação de melhorias e não apenas para classificar; (v) fazer uma avaliação atrelada a um pacto de compromissos, pois os indicadores do IDSUS terão metas definidas no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que visa organizar as ações e serviços de saúde especializados em redes regionalizadas e hierarquizadas, segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Os gestores federal, estaduais e municipais são o público-alvo da iniciativa.

O IDSUS conta com indicadores que aferem o acesso potencial, aquele que permite inferir a oferta potencial de atendimentos, indicadores de cobertura pelas equipes básicas de saúde e Acesso Obtido, isto é, aquele que pode ser medido por meio dos atendimentos realizados, e indicadores que medem outros aspectos da qualidade.

Os indicadores são utilizados para mensurar desempenho dos serviços de saúde, qual seja, efetividade - entendida como a característica que mostra o grau com que serviços e ações atingem os resultados esperados.

Para a avaliação de desempenho do SUS, foram selecionados 24 indicadores (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade), distribuídos entre a atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência.

Como estratégia de implantação foram selecionados 60 municípios de referência por critérios simultâneos: população maior que 50 mil habitantes; índice

socioeconômico (usado para encontrar os grupos homogêneos de municípios – item 7 abaixo) acima de 0,45; proporção de óbitos de causa desconhecida menor que 15%; cobertura de 50% ou mais da população por equipes da atenção básica; produção de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade maior que o número de procedimentos destinados à população residente; produção de internações SUS de média, alta complexidade e obstétricas maior que o número de internações destinado à população residente; capacidade de realizar 0,08 internação por habitante ano, ou mais, para a população residente coberta exclusivamente pelo SUS (sem plano privado de saúde); capacidade de realizar 0,04 internação por habitante ano, ou mais, para toda sua população; mortalidade infantil menor que 17 por mil nascidos vivos.

- f) O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado em 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil.

As equipes de saúde da família, gestores municipais e estaduais são o alvo do Programa.

Está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

- Adesão e contratualização - consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o MS e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.
- Desenvolvimento - na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do MS, desenvolvem um conjunto de ações com o

intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

- Avaliação Externa - consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O MS em parceria com instituições de ensino e pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção básica.
- Pactuação - finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

g) O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) foi formalizado em 2011 a partir do Contrato de Empréstimo nº 7632-BR firmado com o Banco Mundial, com a finalidade de contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Foi instituído pelas Portarias do MS GM Nº 396/2011 e SE nº 601/2011. Foi incluído nesse levantamento o Componente B - Intervenções Sistêmicas Estratégicas - que contempla intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais e de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde: apoio à estruturação e qualificação da gestão de redes de atenção; gestão e qualificação de cuidados em saúde; qualidade em saúde; inovação e tecnologia em saúde; mecanismos de financiamento e alocação de recursos; e monitoramento e avaliação de subprojetos.

Os gestores de sistemas estaduais, municipais e de redes de atenção à saúde são o público-alvo do projeto.

Sua forma de operacionalização tem como princípio a construção de uma intervenção unificada do Ministério da Saúde em articulação com estados e

municípios, com duração e recursos delimitados, a partir de amplo processo de discussão que envolve representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, além da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

- h) O Portal Saúde Baseada em Evidências é uma iniciativa, de 2011, do Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), com o objetivo de fornecer acesso rápido ao conhecimento científico por meio de publicações atuais e sistematicamente revisadas, para profissionais das áreas de biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

Os profissionais de saúde realizam a pesquisa por meio de qualquer computador conectado a *internet*. Para acessar o conteúdo disponível, é necessário digitar o endereço <http://mbe.periodicos.capes.gov.br> ou entrar em um dos sítios habilitados - do conselho profissional ao qual está vinculado, da Capes, do Portal de Periódicos ou do Ministério da Saúde - e localizar o *banner* "Saúde Baseada em Evidências". Depois, basta escolher a base de dados para iniciar a pesquisa.

- i) A iniciativa mais recente do Ministério da Saúde é o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em abril de 2013. O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

As principais estratégias são promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do

tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Foi Instituído o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) que tem desenvolvido propostas de estratégias para a implantação do Programa.

Foram elaborados e divulgados protocolos para: Identificação do Paciente, Cirurgia Segura, Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde, Prevenção de Quedas e Prevenção de Úlcera por Pressão. Foi criado *hotsite* para acesso de todos às informações e documentos relativos ao Programa.

Todos os serviços de saúde do país devem nomear o Núcleo de Segurança do Paciente para gerenciar todas as ações voltadas à gestão do risco e à segurança do paciente nos processos assistenciais.

ICICT/FIOCRUZ

O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS), sediado no ICICT/FIOCRUZ foi criado em 2009 com recursos do Ministério da Saúde a fim de contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de saúde, de forma a torná-las mais seguras e efetivas.

Tem como público-alvo gestores, profissionais de saúde envolvidos no cuidado e médicos do primeiro contato. As principais atividades do PROQUALIS são relativas ao portal disponível no endereço eletrônico proqualis.net.

A equipe atua na identificação, seleção e edição de literatura científica para publicação no portal; produção de conteúdos como aulas, vídeos, resenhas, e outros; tradução e adaptação de conteúdos relevantes da OMS e de outras instituições de referência; criação e utilização de perfis/canais em redes sociais; identificação e publicação de iniciativas de implementação de práticas seguras em hospitais de excelência na gestão hospitalar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ANS lançou em 2011 duas iniciativas: o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Divulgação) e o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS Indicadores).

O QUALISS Divulgação visa aumentar o poder de avaliação e escolha dos usuários da saúde suplementar e também daqueles que desejam adquirir um plano de saúde, e estimular à adesão, por parte dos prestadores de serviços, a programas que os qualifiquem.

O programa consiste basicamente na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar; na inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em todo o seu material de divulgação de rede assistencial; na divulgação pela ANS à sociedade em geral da importância dos atributos de qualificação de prestadores de serviços na orientação de suas escolhas.

A outra iniciativa, QUALISS Indicadores, visa avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. Interessa a todos os beneficiários, prestadores, operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O QUALISS Indicadores reflete a avaliação sistemática dos resultados dos indicadores individualizados por prestador e coletivamente, para obtenção de medidas de tendência central e de outros parâmetros estatísticos, e promove a divulgação pública dos resultados, por meio da rede mundial de computadores (*internet*), contribuindo para o aumento do poder de escolha dos beneficiários de planos de saúde.

Iniciativas de instituições privadas

O Programa CQH, desenvolvido pela Associação Paulista de Medicina em conjunto com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo desde 1991, visa contribuir para a melhoria contínua da qualidade de organizações hospitalares. Estimula a participação e a autoavaliação, além de conter um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Estimula o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

O Prêmio Nacional da Qualidade é aplicado pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade desde 1991, tendo como objetivos estimular o desenvolvimento do país, promover a melhoria da qualidade da gestão e o aumento da competitividade das organizações. As empresas que se candidatam ao PNQ realizam, na verdade, uma profunda análise de sua gestão, efetuada por examinadores treinados pela FNQ, guiados por um rigoroso código de ética. Ao final do processo, obtém-se um amplo relatório de avaliação. Os oito Critérios de Excelência se subdividem em 23 Itens. As empresas premiadas são consideradas modelos de organizações competentes.

A Acreditação de Serviços de Saúde é realizada de acordo com a decisão das instituições, utilizando metodologia nacional e/ou internacional, esta última originada nas experiências canadense e norte-americana.

A Acreditação pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA) vem sendo aplicada desde 1999, com o objetivo de promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, visando o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência nas organizações prestadoras de serviços de saúde.

A organização, serviço ou programa da saúde manifesta o interesse pela avaliação, diretamente a uma das instituições acreditadoras credenciadas pela ONA. O processo de avaliação para certificação é de responsabilidade destas instituições, sendo desempenhada pela equipe de avaliadores que atuam tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação - ONA específico.

A Acreditação Internacional de Serviços de Saúde pela metodologia da Joint Commission International é realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) desde 1998. O objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e ao beneficiário, por intermédio de um processo de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde que se candidatam ao processo.

A avaliação *in loco* é realizada por uma equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, administradores em saúde e outros profissionais de áreas relacionadas) especializados e capacitados. A instituição desenvolve previamente um processo de educação e preparação sobre a metodologia e os manuais de padrões aplicáveis ao perfil da instituição,

proporcionando o adequado conhecimento sobre a metodologia e os requerimentos necessários para a obtenção da acreditação internacional CBA-JCI.

Essas ações são previstas em projetos elaborados para cada tipo de instituição e incluem visitas técnicas dos educadores especializados, assessoria de educação, simulações de avaliações, apoio às auditorias internas, além de treinamentos e cursos específicos, sempre relacionados com os temas e requerimentos definidos pelos padrões existentes nos manuais aplicados pelo CBA-JCI.

A Acreditação Internacional de Serviços de Saúde pela metodologia do Canadian Council of Health Services Accreditation é realizada pelo Instituto Qualisa de Gestão desde 2006. Tem como objetivo implantar o modelo canadense de acreditação de serviços de saúde desenvolvido pelo CCHSA para todas as instituições de saúde que desejam obter uma acreditação internacional, possibilitando uma troca de indicadores e aporte tecnológico de assistência com o Canadá e outros países.

As principais estratégias da metodologia são, até o momento: a prontidão para avaliação através da análise da situação, do estabelecimento de base para a melhoria, de roteiro inicial, da sugestão a implantação de novas estruturas e processos e da orientação para a auto-avaliação. Em seguida há a preparação para a visita externa, que gera um relatório. A instituição passa a ter acompanhamento das atividades em curso.

O Projeto Diretrizes foi desenvolvido pela Associação Médica Brasileira em conjunto com o Conselho Federal de Medicina em 2000. Visa conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico e, conseqüentemente, otimizar o cuidado aos pacientes, e construir as bases de sustentação das recomendações de conduta médica, utilizando-se os meios da ciência atual, de forma crítica e desprovida de interesse se não aquele que resulte na melhoria do binômio médico-paciente, de maneira ética e com rigorosa metodologia científica.

Os médicos são o alvo da iniciativa. Cada uma das Sociedades de Especialidade afiliadas à AMB é responsável pelo conteúdo informativo e pela elaboração do texto de sua diretriz. A forma utilizada na elaboração foi variada. Algumas Sociedades definiram a constituição de um grupo de trabalho, outras optaram por delegar a tarefa a um único membro,

enquanto que outras elegeram o processo consensual e multidisciplinar, envolvendo diversas especialidades numa mesma diretriz.

A ANAHP desenvolveu duas iniciativas voltadas para os hospitais associados: o Projeto SINHA (Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares) de 2002 e o Projeto Melhores Práticas Assistenciais de 2004.

O Projeto SINHA visa oferecer aos associados, indicadores periódicos e permanentes para estimular os processos de melhoria, tanto na oferta de serviços médico-hospitalares como no setor de recursos humanos e financeiros. As estratégias utilizadas para a implantação do projeto foram a definição dos indicadores, a formação do Comitê de Informação, Análise e Qualidade (CIAQ) e a edição da Revista anual de indicadores hospitalares do Projeto SINHA.

Os indicadores são compilados e divulgados de forma que todos tenham acesso aos números, sem expor as informações fornecidas pelos associados. Cada hospital recebe os indicadores, sempre preservando a identificação das instituições. O processo de coleta dos dados é realizado via *internet* e os indicadores são medidos periodicamente e apresentados em forma de tabelas e gráficos aos hospitais participantes. Para cada indicador selecionado, são calculados a média, valor máximo, valor mínimo e o desvio padrão da amostra. Com o decorrer do processo, ainda são incluídas avaliações trimestrais e anuais, médias históricas do indicador ou do hospital, comparações, combinações com indicadores, entre outros. Os indicadores são divulgados na Revista Observatório ANAHP.

O Projeto “Melhores Práticas Assistenciais” tem como objetivo gerar subsídios para aprimoramento contínuo da qualidade assistencial e excelência na atenção aos pacientes, monitoramento dos indicadores dos hospitais associados. Foi concebido pelo Comitê de Ensino e Pesquisa da ANAHP. As estratégias de implantação são as seguintes: 1) Foi oferecida aos hospitais a lista de 100 diretrizes médicas elaboradas pela AMB e o CFM, afim de que sejam implantadas aquelas de interesse de cada Instituição hospitalar. 2) Cada hospital, em conjunto com as equipes e médicos de seu corpo clínico, estabeleceu a linha de atuação, incluindo a elaboração de indicadores assistenciais e gerenciais, afim de que através da quantificação dos resultados fosse possível a análise objetiva do trabalho. 3) Houve a realização de evento com a participação de representantes da ANAHP, AMB e CFM com o objetivo de avaliar, acordar e redirecionar este esforço conjunto.

Foi feito o lançamento da publicação: Revista Melhores Práticas Assistenciais, com os indicadores clínicos, de desempenho e de qualidade e segurança dos hospitais associados: taxas de ocupação, de mortalidade, de incidência de infecção hospitalar e indicadores clínicos de patologias determinadas (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular e sepse, entre outros).

O Programa Farol de Indicadores de Saúde lançado pelo SINDHRIO em 2009, objetiva instaurar a prática do monitoramento permanente das instituições de saúde em relação às suas práticas assistenciais.

Hospitais privados e públicos, maternidades e serviços de *homecare* aderiram ao programa e contam com a possibilidade de comparar seus resultados em relação aos dados gerais apresentados e gerados automaticamente pelo programa. A participação é gratuita e aberta a interessados. Para participar do Programa Farol, a instituição deve verificar se é viável fornecer as informações exigidas pelas fichas técnicas dos indicadores. Após a adesão ao programa, o usuário recebe *login* e senha e passa a alimentar o sistema com informações relacionadas aos indicadores de sua instituição.

O sistema trabalha com fichas padronizadas para cada indicador, permite a visão de indicadores por setor e de um gráfico comparativo com a meta interna da instituição. Ainda permite a comparação com indicadores externos e número de usuários ilimitado por instituição. Relatórios periódicos são gerados pelo sistema e disponibilizados para os participantes, para que possam ver seus resultados comparados com os de seus pares.

A administração sênior do programa cabe exclusivamente ao gestor do SINDHRIO. A iniciativa também tem um importante papel para *benchmark* entre as instituições, garantindo também o total sigilo das informações.

O IQG - Instituto Qualisa de Gestão, além de realizar a acreditação de serviços de saúde, desenvolveu em 2008 o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, com os objetivos de posicionar a qualidade da atenção à saúde e a segurança do paciente como prioridade estratégica das instituições; gerar informação e evidências objetivas em resultados de segurança; promover a incorporação da qualidade assistencial e da segurança do paciente na prática do dia a dia; compilar e dispor informações sobre qualidade e segurança do paciente; prestar assessoria técnica na formulação, melhoramento e execução dos

programas de qualidade e segurança do paciente às instituições integrantes; fornecer um instrumental teórico e prático aos serviços de saúde que pretendam implantar políticas de segurança do paciente. E, também, capacitar profissionais para o atendimento ao paciente nos aspectos que envolvam a prevenção de eventos na assistência à saúde por meio de educação permanente. Alinhado com a estratégia do IHI, objetiva, ainda, com o programa salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes. Tem como público-alvo os hospitais acreditados ONA e acreditação canadense.

As principais estratégias são a aplicação de dois pacotes de intervenções: o *bundle* de Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica e o *bundle* de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter Central e a promoção de rede de informações e comunicação entre os Hospitais Multiplicadores e integrantes.

De acordo com o programa, os hospitais poderão trocar experiências, as melhores práticas disseminadas, protocolos baseados nas boas práticas relacionados à qualidade e segurança do paciente, promover a capacitação da equipe multidisciplinar responsável pela assistência prestada, fornecer instrumentos teóricos e práticos para a sua implantação, ser canal de comunicação aberto a todos integrantes para o desenvolvimento de evidências científicas, dados, indicadores nacional para a sua vinculação.

O ISMP Brasil foi instituído em 2009 tendo como objetivos compreender a epidemiologia dos erros de medicação, disseminar informações práticas que auxiliem instituições e profissionais na prevenção desses eventos e promover o uso seguro de medicamentos. Alinhado com as diretrizes do ISMP sediado nos Estados Unidos da América, de atuar na prevenção de erros de medicação e a segurança no uso de medicamentos, tem como alvo as instituições de saúde, os profissionais de saúde e sociedade em geral.

As principais estratégias do ISMP Brasil são a edição de boletim - importante ferramenta para disseminar informações relevantes sobre erros de medicação, a realização bienal de Fórum e Congresso Internacional sobre Segurança do Paciente.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), estruturada em 2008, tem como objetivo disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais visando a

prevenção de danos e o fortalecimento das ações na assistência ao paciente. O principal público-alvo é a enfermagem.

Tem como principais estratégias compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de enfermagem e segurança dos pacientes; identificar problemas, interesses e prioridades relacionadas com a prática, gestão, investigação e educação da enfermagem, e gerar alternativas de transformação compartilhadas.

Também visa promover a articulação entre os membros, para ampliar e fortalecer as suas atividades de cuidado, ensino, pesquisa e cooperação técnica; potencializar o desenvolvimento de investigações multicêntricas entre os membros; dar visibilidade à situação e às tendências de enfermagem e segurança do paciente, facilitando a identificação de prioridades de transformação e desenvolvimento; e, compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de cuidado, gestão, educação, investigação, informação e cooperação técnica relacionada à enfermagem e segurança do paciente. Objetiva também promover a produção e uso intensivo de informação técnico-científica e referencial sobre enfermagem e segurança do paciente e o acesso às fontes de informação técnico-científica e referencial em matéria de enfermagem.

Análise das iniciativas

As instituições que mais desenvolveram programas e outras iniciativas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde foram a ANVISA e o próprio Ministério da Saúde (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição das iniciativas por instituições públicas

INICIATIVAS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	
ANVISA	Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar
	Rede Sentinela de Hospitais
	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)
	Rede Nacional Para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS)
	Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde (Rede RM)
	Programa de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde
	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)
	Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
MS	Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
	Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)

	Programa Cirurgia Segura
	SOS Emergências
	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB)
	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualISUS-Rede
	Portal Saúde Baseada em Evidências - MS em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC)
	Programa Nacional de Segurança do Paciente
ICICT/FIOCRUZ	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS)
ANS	QUALISS Divulgação - Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
	QUALISS Indicadores - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

Fonte: Elaboração dos autores

As iniciativas desenvolvidas por instituições privadas são fortemente voltadas para a avaliação de serviços, principalmente a acreditação de serviços de saúde e sistemas de monitoramento por indicadores (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição das iniciativas por instituições privadas

INICIATIVAS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS	
APM e CRM/SP	Programa CQH
FNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
CBA	Acreditação Internacional de Serviços de Saúde – Metodologia da Joint Commission International
ONA	Acreditação de Serviços de Saúde – Metodologia da Organização Nacional de Acreditação
IQG	Acreditação Internacional de Serviços de Saúde - Metodologia do Canadian Council of Health Services Accreditation
	Programa Brasileiro de Segurança do Paciente
AMB E CFM	Projeto Diretrizes
ANAHP	Projeto SINHA (Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares)
	Projeto Melhores Práticas Assistenciais
SINDHRIO	Programa Farol de Indicadores de Saúde
ISMP Brasil	ISMP Brasil
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

Fonte: Elaboração dos autores

Quanto ao ano de lançamento, as primeiras iniciativas identificadas datam de 1991, sendo ambas de instituições privadas: Programa CQH da Associação Paulista de Medicina e o Prêmio Nacional da Qualidade da FNQ (Quadros 6 e 7).

As iniciativas mais recentes são de instituições públicas: o Programa “Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, lançado pela ANVISA em 2012 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, ambos voltados para a Segurança do Paciente.

Quadro 6 - Relação das Iniciativas de Instituições Públicas segundo o ano de lançamento

Iniciativas de instituições PÚBLICAS	Instituição	Ano de lançamento
Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar	ANVISA	1997
Rede Sentinela de Hospitais	ANVISA	2001
Política Nacional de Sangue e Hemoderivados	MS	2001
HumanizaSUS	MS	2003
PNASS	ANVISA	2004
RENISS	ANVISA	2004
Rede RM	ANVISA	2004
Programa de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde	ANVISA	2008
NOTIVISA	ANVISA	2009
PROQUALIS	FIOCRUZ	2009
Programa Cirurgia Segura	MS	2010
QUALISS Divulgação	ANS	2011
QUALISS Indicadores	ANS	2011
SOS Emergências	MS	2011
IDSUS	MS	2011
PMAQ-AB	MS	2011
QualiSUS-Rede	MS	2011
Portal Saúde Baseada em Evidências	MS	2011
Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde	ANVISA	2012
Programa Nacional de Segurança do Paciente	MS	2013

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 7 – Relação das Iniciativas de Instituições Privadas segundo ano de lançamento

Iniciativas de instituições PRIVADAS	Instituição	Ano de lançamento
Programa CQH	APM	1991
Prêmio Nacional da Qualidade	FNQ	1991
Acreditação Internacional de Serviços de Saúde Metodologia JCI	JCI/CBA	1998
Acreditação Nacional de Serviços de Saúde Metodologia ONA	ONA	1999
Projeto Diretrizes	AMB-CFM	2000
Projeto SINHA	ANAHP	2002
Projeto Melhores Práticas Assistenciais	ANAHP	2004
Acreditação Internacional de Serviços de Saúde Metodologia Canadense	CCHSA	2006
Programa Brasileiro de Segurança do Paciente	IQG	2008
REBRAENSP	REBRAENSP	2008
Programa Farol de Indicadores de Saúde	SINDHRIO	2009
ISMP Brasil	ISMP Brasil	2009

Fonte: Elaboração pelos autores

Quanto aos Pontos de Atenção, a grande maioria das iniciativas é de abordagem sistêmica, ou seja, alcançam todos os níveis da atenção e os diversos segmentos populacionais. Com exceção do SOS Emergência que tem como foco a atenção nas unidades de urgência e emergência e o PMAQ-AB que é voltado para a atenção básica, as demais iniciativas tem como alvo a atenção hospitalar (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das iniciativas por Pontos de Atenção

Pontos de Atenção	Iniciativas de instituições PÚBLICAS	Iniciativas de instituições PRIVADAS
ATENÇÃO HOSPITALAR	3	4
ATENÇÃO BÁSICA	1	-
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1	-
SISTÊMICO	15	8

Fonte: Elaboração pelos autores

As iniciativas foram categorizadas de acordo com as linhas de ação integradoras adaptadas do texto de referência⁵ nos quadros 8 e 9.

Das iniciativas das instituições públicas, todas as linhas de ação foram contempladas em maior ou menor grau. A Segurança e a Gestão de Risco foram as mais abordadas, seguidas da linha sobre governança da qualidade dos cuidados de saúde e o monitoramento da qualidade. As linhas da cultura de avaliação da qualidade, o próprio processo de avaliação externa e o empoderamento dos pacientes tiveram uma iniciativa cada.

As iniciativas do setor privado concentram-se basicamente nas linhas Monitoramento da qualidade (30%), Avaliação externa (30%), Segurança do Paciente e gestão do risco (30%). Uma delas trata de Diretrizes Clínicas.

Quadro 8 – Iniciativas de instituições públicas e as linhas de ação integradoras

INICIATIVAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	Governança da qualidade dos cuidados de saúde	Cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde	Monitoramento da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema	Avaliação externa das unidades de saúde	Diretrizes Clínicas	Segurança do Paciente e estratégias de gestão do risco	Participação e empoderamento dos pacientes
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES	X						
REDE SENTINELA DE HOSPITAIS	X					X	
PNASS				X			
RENISS			X				
REDE RM			X				
PROGRAMA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS						X	
NOTIVISA			X			X	
PROGRAMA PACIENTES PELA SEGURANÇA DO PACIENTE							X

POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS	X					X	
HUMANIZA-SUS	X						
PROGRAMA CIRURGIA SEGURA						X	
SOS EMERGÊNCIA	X						
IDSUS			X				
PMAQ-AB		X					
QUALISUS-REDES	X						
PORTAL SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIAS					X		
PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE						X	
PROQUALIS						X	
QUALISS-DIVULGAÇÃO							X
QUALISS-INDICADORES			X				

Fonte: Elaboração pelos autores

Quadro 9 – Iniciativas de instituições privadas e linhas de ação integradoras

INICIATIVAS INSTITUIÇÕES PRIVADAS	Governança da qualidade dos cuidados de saúde	Cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde	Monitoramento da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema	Avaliação externa das unidades de saúde	Diretrizes Clínicas	Segurança do Paciente e estratégias de gestão do risco	Participação e empoderamento dos pacientes
PROGRAMA CQH				X			
PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE				X			
ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE				X			
PROJETO DIRETRIZES					X		
PROJETO SINHA			X				
PROJETO MELHORES PRÁTICAS ASSISTENCIAIS			X				
PROGRAMA FAROL			X				
PROGRAMA BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE						X	
ISMP						X	
REBRAENSP						X	

Fonte: Elaboração pelos autores

Considerações Finais

Observa-se que inúmeros aspectos relevantes para a elaboração e a implementação de políticas de melhoria da qualidade, identificados na revisão de literatura, estão presentes nas iniciativas relatadas nesse estudo. No entanto, essas iniciativas, de uma maneira geral, possuem ou um recorte temático, ou um recorte focado em um determinado segmento da prestação de cuidados de saúde, não se configurando como políticas de qualidade, ainda que concebidas para a melhoria da qualidade em seus recortes.

Enfrenta-se, pois, mais uma vez, no processo de construção do SUS, o desafio de superar a fragmentação das iniciativas, para que a qualidade possa ser desenvolvida de forma mais abrangente, sinérgica e sistêmica. Não se trata de englobar artificialmente todas as iniciativas em uma única política, e sim de identificar que elementos de cada iniciativa podem contribuir para a elaboração de uma política cujo foco seja a melhoria da qualidade.

A política nacional de qualidade só se concretizará se gerar intervenções que se destinem ao nível do sistema de saúde, das organizações, das equipes e indivíduos – profissionais.

Os programas de treinamento e capacitação de indivíduos produzem mais benefícios para mudanças quando estão inseridos em programas de fortalecimento de equipes de saúde. Essas duas diretrizes são observadas nos programas perenes e bem sucedidos do MS como, por exemplo, Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, HumanizaSUS, e Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Possivelmente a iniciativa relatada que mais se aproxima de uma política nacional de qualidade seja o recente Programa Nacional de Segurança do Paciente, até porque trabalha com uma das dimensões da qualidade. Em sua formulação inclui a explicitação de uma taxonomia própria, a proposta de governança, de adoção de protocolos e indicadores, adotando uma cultura de monitoramento e avaliação (um sistema de monitoramento e de notificação de incidentes) e com uma proposta nítida de inclusão do tema da Segurança do Paciente nos processos de educação e de capacitação profissional. Está estruturada em uma abordagem multinível, e identifica explicitamente

os componentes-chave para a implementação da política. Discute-se atualmente no âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, como organizar as estratégias de disseminação e de colaboração entre as instituições de saúde.

São limitações do estudo os recortes adotados previamente no seu desenho, que, ainda que adequados, excluíram a possibilidade de relatar iniciativas relacionadas à melhoria da qualidade, focadas na gestão de recursos humanos, na tecnologia de informação, na gestão de recursos físicos e materiais e no financiamento da saúde, principalmente.

Também é reconhecido que determinadas políticas de organização do SUS devem ser estudadas em sua relação com a melhoria da qualidade, mas isso implicaria em uma pesquisa de maiores proporções e de maior aprofundamento em relação ao SUS.

Por fim, ainda que tenha sido a intenção inicial dos autores abordar os resultados das iniciativas, isto não se mostrou viável, considerando a insuficiência de informação para a grande maioria dessas iniciativas arroladas.

Referências Bibliográficas

- ¹ FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n.2, p. 213-219, 2005.
- ² SCHIESARI LMC, KISIL M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **RAS**, São Paulo (SP). 2003; 5(18): 7-17.
- ³ NORONHA, J.C.; ROSA, M.L.G. Quality of health care – growing awareness in Brazil **Int J Qual Health Care**, v. 11, n. 5, p. 437-441, 1999.
- ⁴ SPENCER, E.; WALSH, K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems **Qual Saf Health Care**, n.18(Suppl I), p. i22–i27, 2009.
- ⁵ FERLIE, E.B.; SHORTELL, S.M. Improving the quality of healthcare in the United Kingdom and the United States: a framework for change **The Milbank Quarterly** v. 79, n. 2, p. 281-315, 2001.
- ⁶ NELSON, E.C. et al. Microsystems in Health Care: part 1. Learning from High-Performing Front-Line Clinical Units **J Qual Improv**, v. 28, n. 9, p. 472-493, 1998.
- ⁷ OVRETVEIT, J.; KLAZINGA, N. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach**, WHO Regional Office for Europe, 2008.

⁸ SHAW, C.D.; KALO, I. **A background for national quality policies in health systems** WHO, 2002. EUR/02/5037153 ORIGINAL: ENGLISH, UNEDITED, E77983.

⁹ CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A.V. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços**, Portugal, 2010.

Anexo 1 - Lista de Sítios

Organização	Iniciativa	Sítio
AMB e CFM	Projeto Diretrizes	www.projetodiretrizes.org.br/index.php
ANAHP	Projeto Melhores Práticas Assistenciais	anahp.com.br/sistema-de-indicadores
	Projeto SINHA (Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares)	
ANS	QUALISS Divulgação - Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar	www.ans.gov.br/index.php/espaco-dos-prestadores/qualiss
	QUALISS Indicadores - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde	www.ans.gov.br/index.php/espaco-dos-prestadores/qualiss
ANVISA	Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde	s.anvisa.gov.br/wps/s/r/Utl
	Programa de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde	www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm
	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)	s.anvisa.gov.br/wps/s/r/xT
	Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares	www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/programa.htm
	Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde (Rede RM)	www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/rede_rm/tc37_projeto_231106.pdf
	Rede Nacional Para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS)	s.anvisa.gov.br/wps/s/r/czng
	Rede Sentinela de Hospitais	portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-

		+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/Rede+Sentinela
	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)	www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm
APM e CRM-SP	Programa CQH	www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=95
CCHSA - IQG	Acreditação Internacional de Serviços de Saúde Metodologia Canadense pelo IQG	www.iqg.com.br/en/acreditacao-cchsa.php
		http://www.internationalaccreditation.ca/en/home.aspx
FNQ	Prêmio Nacional da Qualidade	www.fnq.org.br
ICICT/ FIOCRUZ	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS)	proqualis.net
IQG	Programa Brasileiro de Segurança do Paciente	www.segurancaadopaciente.com/
ISMP Brasil	ISMP Brasil	www.ismp-brasil.org/
JCI - CBA	Acreditação Internacional de Serviços de Saúde Metodologia JCI	www.cbacred.org.br
		pt.jointcommissioninternational.org/
MINISTÉRIO DA SAÚDE	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde	portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080
	Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)	portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342
	Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1296
	Portal Saúde Baseada em Evidências	portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=392

	Programa Cirurgia Segura	bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/segurancapaciente_cirurgias_seguras_savam_vidas.pdf
	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ-AB)	dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/
	Programa Nacional de Segurança do Paciente	bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede	portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=21122
	SOS Emergências	portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3060/162/s.o.s-emergencias-vai-melhorar-gestao-e-qualificar-atendimento.html
ONA	Acreditação de Serviços de Saúde Metodologia ONA	www.ona.org.br
SINDHRIO	Programa Farol de Indicadores de Saúde	www.programafarol.com.br/

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no primeiro capítulo, “**Referencial Teórico para o Desenvolvimento de uma Política de Qualidade para o Sistema Único de Saúde**”, o termo qualidade tem sido empregado de forma ampla ou restrita. Em sua conotação ampla, abarca várias dimensões como: efetividade, acesso, eficiência e aceitabilidade, entre outras. Já o sentido restrito compreende a qualidade técnico-científica da atenção médica constituída por dois atributos: conhecimento científico bem aplicado e relacionamento interpessoal.

Nesse conjunto diverso de concepções sobre o que é qualidade, a definição mais frequentemente empregada é a do *Institute of Medicine* (IOM): o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente.

O aprimoramento dos conceitos sobre qualidade se consolidou no relatório “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”, publicado em 2001, pelo IOM e adotado por distintos países, que aponta as seguintes dimensões como metas para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado em saúde: efetividade, segurança, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade.

Neste trabalho adotou-se a definição de qualidade instituída pelo IOM e as respectivas dimensões expressas:

- Segurança: busca evitar a ocorrência de agravos decorrentes do cuidado que afetam a segurança do paciente.
- Efetividade: oferece cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
- Cuidado centrado no paciente: engloba qualidades de compaixão, empatia e capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas do paciente individual, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.

- Oportunidade: busca a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado. Examina a prestação de cuidados clínicos sensíveis ao tempo e as percepções do paciente de quão rapidamente eles recebem cuidados.
- Eficiência: procura atingir melhores resultados com um foco inflexível em eliminar os danos de pacientes decorrentes de cuidados de saúde, reduzindo o desperdício no cuidado, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia e aplicando a criatividade e a inovação na prestação dos cuidados.
- Equidade: define que a qualidade do cuidado não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Destaca-se, também, a concepção de níveis hierárquicos, entendidos como as progressivas ambiências que envolvem o paciente, com responsabilidades diretas e indiretas na prestação de cuidados à saúde e, nos quais a qualidade das ações deve ser avaliada de acordo com o seu impacto na experiência do paciente quanto ao cuidado recebido.

O Nível A - Experiência do Paciente e da Comunidade – é o ponto de partida e o guia que orienta os demais níveis neste referencial; neste caso, a qualidade é diretamente relacionada às experiências do paciente no cuidado de saúde, ao custo e à justiça social.

O Nível B - Microssistemas de Cuidado – consiste em pequenos sistemas de trabalho onde o cuidado ao paciente ocorre e onde o paciente o vivencia, com ou sem qualidade. O relatório ressalta a importância da reconfiguração dos microssistemas visando orientar o cuidado de saúde nas dimensões de qualidade, apontando três princípios norteadores gerais para esta readequação, quais sejam: cuidado baseado em evidência, cuidado centrado no paciente e cuidado integrado ao sistema. O primeiro orienta para a utilização no cuidado do paciente da melhor evidência científica e da melhor informação clínica disponível; o segundo recomenda o foco no paciente, respeitando suas necessidades, individualidade, valores, necessidades de informação e a condição social e financeira; e, finalmente, o terceiro, cuidado integrado ao sistema, atenta para

cooperação, coordenação, integração e eficiência entre as organizações, disciplinas e profissões.

O Nível C - Organizações de Saúde – considera algumas recomendações para as organizações de saúde voltadas para atividades que apóiem os microssistemas, como: gerenciamento da qualidade (boas práticas, diretrizes clínicas); sistemas de tecnologia de informação (acesso à informação, suporte à decisão clínica); gestão de pessoas (educação continuada, treinamento para trabalho em equipe); coordenação do cuidado interno (serviços) e externo (pontos de cuidado); e monitoramento do desempenho.

Finalmente, o Nível D - Sistema de Saúde - engloba as políticas de saúde em geral e as específicas, mecanismos de pagamento, regulação, acreditação e outros fatores que interferem sobre o comportamento e as oportunidades das organizações de saúde.

Em suma, as dimensões da qualidade e os níveis hierárquicos têm como foco, em última instância, o paciente, e a qualidade da atenção deve ser avaliada pelo seu efeito no paciente, no alívio do seu sofrimento, na redução de sua incapacidade.

Ressalte-se, ainda, no presente trabalho, a adaptação proposta para a realidade brasileira, que considera mais um nível do sistema de saúde que deve ser alvo de mudanças - a rede de atenção à saúde, que tem como objetivos organizar a atenção, integrar as organizações de saúde em suas respectivas densidades tecnológicas e possibilitar economia de escala na alocação dos recursos.

No capítulo “**Iniciativas Internacionais na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde**” foram examinadas cinco experiências de países com tamanhos e contextos políticos diferentes, distintos sistemas de saúde, participação diferenciada do *mix* público-privado, e variados níveis de cobertura assistencial em saúde. Apesar dessas diferenças, todos os países estudados – Austrália, Inglaterra, Escócia, Estados Unidos e México - reconhecem a importância do enfrentamento dos problemas de qualidade no cuidado à saúde e apresentam iniciativas estruturadas para a melhoria da qualidade e da segurança do cuidado nos seus sistemas de saúde.

Algumas dessas iniciativas são mais integradas, como a da Escócia ou ainda fragmentadas, como na Austrália. Destaca-se a existência de variáveis externas ao conceito de qualidade que incidem sobre o grau de organização das ações e programas

voltados para a qualidade, como as características do sistema de saúde, o grau de composição do *mix* público-privado, o sistema de pagamento dos serviços, entre outras.

Destacam-se a seguir as grandes questões que prevalecem nas iniciativas e políticas voltadas para a qualidade:

1. Política de segurança do paciente, com vigilância de potenciais incidentes de riscos ocorridos durante a prestação de cuidados à saúde.
2. Instituição de protocolos clínicos baseados em evidências científicas visando homogeneizar a prática clínica.
3. Absorção criteriosa de tecnologia e inovação com regulação ponderada de produtos de saúde utilizados na prestação de cuidados.
4. Fortalecimento do paciente, de seus cuidadores e/ou familiares, no processo de cuidado.
5. Monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado prestado por organizações e profissionais de saúde, com base em indicadores selecionados.
6. Certificação de entidades e profissionais de saúde, com sistema de revalidação periódica.
7. Estabelecimento de incentivos às organizações e profissionais de saúde, vinculados a obtenção de resultados de boa qualidade na prestação do cuidado à saúde.

Os documentos de referência sobre a melhoria da qualidade, constantes das políticas nacionais de qualidade de outros países, abrangem, ainda, outros pontos como: (1) definição de taxonomia sobre a melhoria da qualidade; (2) estabelecimento de objetivos nacionais para a melhoria da qualidade; (3) sistemas para avaliação de satisfação por parte dos usuários em relação aos serviços de saúde; (4) estabelecimento de padrões nacionais de qualidade; (5) estabelecimento de padrões para a educação ou a capacitação profissional; (6) oferta de suporte às organizações para a melhoria da qualidade; (7) oferta de recursos para a melhoria da qualidade.

É importante destacar que além da formulação de políticas voltadas para a qualidade, é preciso considerar outros atores, além daqueles diretamente envolvidos, como associações profissionais e sociedades científicas, a mídia, e a sociedade em geral, de forma a criar uma cultura de qualidade que dê sustentação a políticas e programas governamentais.

No capítulo “**Iniciativas brasileiras na Melhoria da Qualidade e Segurança do Cuidado à Saúde**”, observou-se o incremento no volume de iniciativas voltadas para a qualidade na saúde nas últimas décadas. No entanto, ainda resta como desafio desenvolver essas iniciativas de forma mais abrangente, sinérgica e sistêmica, buscando superar a tendência à fragmentação. Para tanto haveria que se identificar os principais elementos já desenvolvidos que poderiam ser destacados na implementação de políticas voltadas para a qualidade.

Como acentuado anteriormente, para a consolidação de uma política nacional de qualidade será preciso considerar os vários níveis hierárquicos, apontando as intervenções desejáveis voltadas para o sistema de saúde, as organizações, os profissionais e os pacientes.

Por exemplo, os programas Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, HumanizaSUS, e Programa de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, todos bem sucedidos, tiveram um grande foco no fortalecimento de equipes de saúde, ação muito além de um mero programa de treinamento e capacitação de pessoas.

Dentre todas as iniciativas levantadas no presente documento, aquela que mais se aproxima de uma política nacional de qualidade é o recente Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria Ministerial Nº 529, de 01/04/2013 e Nº 941, de 17/05/2013.

Os incidentes evitáveis cometidos nos serviços de saúde em todo mundo colocaram a Segurança do Paciente em destaque nas políticas públicas de melhoria qualidade em serviços de saúde. As infecções relacionadas ao cuidado em saúde, as úlceras por pressão, as quedas de pacientes dentro de serviços de saúde, as cirurgias realizadas em paciente e lado errados, os erros de medicação, entre outros incidentes têm ceifado vidas, incapacitado cidadãos e causado um enorme prejuízo financeiro aos governos.

Como política, o Programa Nacional de Segurança do Paciente identifica explicitamente os componentes-chave para sua implementação, define uma proposta de governança, com adoção de protocolos e indicadores, incorporando uma cultura de monitoramento e avaliação, divulgação e capacitação de profissionais.

A priorização da segurança do paciente, em uma primeira etapa, pode contribuir para ressignificar e revalorizar as demais dimensões da qualidade, que ainda precisam ser enfocadas – efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade – de modo a que cuidados de qualidade sejam uma constante no SUS.

Produzir serviços que respondam adequadamente à necessidade de saúde de indivíduos e da população constitui a função essencial das organizações e do sistema de saúde. E a qualidade do cuidado é, sem dúvida, um nó crítico no cumprimento dessa missão. E melhorar a qualidade do cuidado requer investimentos em estrutura e insumos, na capacitação dos profissionais de saúde e no empoderamento dos pacientes.

Este é o desafio que deve ocupar a agenda governamental, no âmbito do SUS.

PARTE 2

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Agosto 2013

II Seminário Internacional sobre Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente

Nos dias 13 e 14 de Agosto de 2013 aconteceu na sede da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em Brasília, o “II Seminário Internacional sobre Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente”, organizado no âmbito do Projeto QualiSUS Redes, do Ministério da Saúde.

Dentre os participantes, estavam presentes representantes do Ministério da Saúde, do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, de instituições acadêmicas, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de entidades representativas de profissionais de saúde.

O grupo de palestrantes foi constituído por profissionais com reconhecida expertise nacional e internacional na área de segurança do paciente e qualidade do cuidado. São eles: Tracey Cooper, Presidente da International Society for Quality in Health Care (ISQua); Itziar Larizgoitia Jauregui, Coordenadora de Pesquisa e Gestão do Conhecimento do Programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS); Jonathan Riddell Bamber, Gerente de Pesquisa da Health Foundation (Reino Unido); Claudia Travassos, Coordenadora Geral do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) da Fundação Oswaldo Cruz; Jason Leitch, Diretor Clínico da Unidade de Qualidade do Governo Escocês; Odet Sarabia, Diretora de Planejamento e Melhoria da Qualidade do Institute of Medical Science and Nutrition e Vice-presidente da Quality and Safety Mexican Society; Charles Joseph McCannon, ex Conselheiro Sênior da Administrador dos Centers for Medicare and Medicaid Services (o seguro de saúde pública dos EUA). Catherine Gaulton Presidente do Conselho do Canadian Patient Safety Institute não compareceu por motivos de força maior.

O primeiro dia do seminário foi dividido em dois períodos com conteúdos bastante distintos. No período da manhã, Itziar Larizgoitia, Jonhathan Bamber e Tracy Cooper apresentaram a visão de suas respectivas organizações sobre o momento atual e

desafios futuros da segurança do paciente. Em seguida a Prof. Cláudia Travassos apresentou os avanços feitos em relação ao tema no Brasil.

No período da tarde, Odet Sarabia, Jason Leitch e Charles Joseph McCannon expuseram, respectivamente, a experiência de México, Escócia e Estados Unidos com a implantação de programas para melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, discutindo os sucessos; dificuldades e lições aprendidas.

No segundo dia ocorreu um rico fórum de discussão entre a audiência e os palestrantes internacionais. Os principais temas abordados foram estratégias de implantação de programas de segurança do paciente e melhoria da qualidade, a importância da capacitação de profissionais nestes temas, além do papel e dos objetivos de um sistema de notificação de incidentes.

Todas as apresentações dos palestrantes estão disponíveis no site do Proqualis, e consistem em:

- **Iniciativas nacionais nas últimas décadas, a investigação realizada no Brasil e a difusão da informação sobre o tema da Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente**

Claudia Travassos, Coordenadora Geral do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) da Fundação Oswaldo Cruz.

- **Qualidade do Cuidado de Saúde e Segurança do Paciente**

Tracy Cooper, Presidente da International Society for Quality in Health Care (ISQua).

- **Qualidade do Cuidado de Saúde e Segurança do Paciente: aspectos conceituais**

Jonathan Riddell Bamber, Gerente de Pesquisa da Health Foundation (Reino Unido).

- **Abordagem da Escócia para a Segurança e a Qualidade**

Jason Leitch, Diretor Clínico da Unidade de Qualidade do Governo Escocês.

- **Qualidade e Segurança nos EUA. Cuidado de Saúde: Uma Breve História**

Charles Joseph McCannon, ex-Conselheiro Sênior da Administrador dos Centers for Medicare and Medicaid Services (o seguro de saúde pública dos EUA).

- **Experiências Internacionais na Melhoria da Qualidade de Saúde e Segurança do Paciente – Parte 1 e Parte 2.**

Odet Sarabia, Diretora de Planejamento e Melhoria da Qualidade do Institute of Medical Science and Nutrition e Vice-presidente da Quality and Safety Mexican Society.

- Estratégias sobre Segurança do Paciente: **Cuidados** de Saúde para todos, sempre, em todo lugar

Itziar Larizgoitia Jauregui, Coordenadora de Pesquisa e Gestão do Conhecimento do Programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS).

- **Uma visão geral da CPSI: quem somos, o que fazemos**

Catherine Gaulton Presidente do Conselho do Canadian Patient Safety Institute

O conteúdo integral do Seminário Internacional, que foi totalmente filmado e gravado (com legendas de tradução do inglês para o português), contendo a discussão e as apresentações dos convidados, pode ser acompanhado no DVD encartado ao presente relatório.

Programa do II Seminário Internacional sobre Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente

Local: Auditório da OPAS - Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, Brasília.

Data: 13 de agosto de 2013

Público: Membros do Ministério da Saúde, do Comitê de Implantação do Programa de Segurança do Paciente, de instituições acadêmicas, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, entidades representativas dos profissionais e representantes de usuários dos serviços de saúde.

Terça feira

13 de agosto de 2013

9h: Abertura

- ✓ *Patrícia Fernanda Toledo, representando o Ministro da Saúde*
- ✓ *Itziar Larizgoitia Jauregui, Coordinator, Head Research & Knowledge Management WHO Patient Safety, World Health Organization*
- ✓ *Henrique Vasques, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil*
- ✓ *Walter Mendes, Fundação Oswaldo Cruz*

10h: Mesa Redonda: Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente: Aspectos conceituais.

Moderador: *Patrícia Fernanda Toledo* (Agência Nacional de Vigilância de Saúde)

- ✓ *Tracey Cooper, Presidente da International Society for Quality in Health Care (ISQua).*
- ✓ *Itziar Larizgoitia Jauregui, Coordinator, Head Research & Knowledge Management WHO Patient Safety, World Health Organization.*
- ✓ *Jonathan Riddell Bamber Research Manager Health Foundation's.*
- ✓ *Claudia Travassos, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) da Fundação Oswaldo Cruz.*

12h: Almoço

14h: Mesa Redonda: Programas de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.

Moderador: *José Noronha* Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) da Fundação Oswaldo Cruz.

- ✓ *Jason Leitch, Clinical Director Quality Unit Scottish Government.*
- ✓ *Odet Sarabia, Planning and Quality Improvement Director Institute of Medical Science and Nutrition - Vice-president Quality and Safety Mexican Society.*
- ✓ *Charles Joseph McCannon, Former Senior Advisor to the Administrator at the Centers for Medicare and Medicaid Services.*

No dia 14, os convidados internacionais discutem aspectos do Programa Nacional de Segurança do Paciente com o Comitê Nacional de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

PARTE 3

SEMINÁRIO NACIONAL PARA DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS NACIONAIS VISANDO A GESTÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Dezembro 2013

RELATÓRIO DO SEMINÁRIO NACIONAL

O Seminário Nacional foi realizado no dia 13 de dezembro de 2013 na sede da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília, com a presença de membros do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) e da Fundação Oswaldo Cruz (em anexo a lista de presença). O seminário foi concebido como uma possibilidade de diálogo entre os pesquisadores que participaram do projeto e os gestores. Apesar da ausência de alguns gestores importantes, o seminário cumpriu seus objetivos indicando inclusive desdobramentos práticos.

O Seminário foi realizado em dois turnos segundo lógicas diversas. Pela manhã o Prof. José Noronha apresentou o trabalho de pesquisa realizado em forma de diapositivos. A apresentação incluiu a atualização dos aspectos teóricos da Qualidade em Saúde, com especial ênfase nas suas dimensões. Em sequência foram apresentados os itens comuns aos programas de qualidade/segurança do paciente de alguns países. Por fim destacadas as principais iniciativas brasileiras no campo. A apresentação está em anexo.

Após a apresentação seguiu-se o debate com os presentes e alguns pontos foram destacados:

- A constatação de que no Ministério da Saúde existe uma desintegração das políticas/programas/ações relacionados à qualidade.
- Que um possível caminho para reorganizar políticas/programas/ações relacionados à qualidade seria através das dimensões - efetividade, eficiência e equidade.
- A dimensão centralidade no paciente pode ser um desdobramento da política de humanização do cuidado.
- A dimensão acesso/oportunidade é uma especial preocupação do Ministério da Saúde em função de longos tempos de espera para os mais diversos serviços de saúde.
- A dimensão segurança do paciente já tem o caminho traçado através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

- A continuidade do cuidado é um desafio importante para o SUS.
- Essa lógica de reorganizar por dimensões não contraria, ao contrário, é matricial para a atual estratégia do Ministério que priorizou a qualificação da Estratégia Saúde da Família e a criação de redes de urgência e emergência e cegonha.
- Apesar da insuficiência de verbas na saúde, o aspecto gestão é fundamental para mudar o quadro da qualidade dos serviços de saúde no país.

Ficaram como propostas a serem desenvolvidas futuramente:

- Estudar os caminhos para a melhor certificação dos profissionais de saúde formados.
- Definir uma instância para discutir a qualidade no âmbito do SUS (possivelmente um fórum).
- Em um "fórum" seria importante contar com a presença do Ministério, ANVISA e Fiocruz - repetindo o sucesso dessa composição no PNSP. Considerou-se, também, que a presença da Agência Nacional de Saúde Suplementar seria imprescindível em um "fórum" de qualidade em serviços de saúde.

No turno da tarde a apresentação, também sob forma de diapositivos, foi realizada pelo Prof. Walter Mendes sobre o balanço e desafios da implantação do PNSP e seguiu outra lógica. Como estavam presentes vários membros do CIPNSP, a parte de balanço foi intensamente discutida e modificada e acrescentada durante a apresentação. O resultado está em anexo.

Após a apresentação seguiu-se o debate com os presentes e alguns pontos foram destacados:

- Houve consenso sobre a importância da redução da mortalidade como meta mobilizadora e apresentada na forma de vidas salvas.
- Ao contrário, houve críticas ao tempo de permanência como meta para o PNSP.
- A mortalidade deveria ser a hospitalar e não a geral e a fonte de pesquisa o SIH.
- Uma alternativa seria monitorar a mortalidade hospitalar nos hospitais da fase 1.

- Houve uma encomenda específica para que o Proqualis construa a proposta da meta para ser submetida ao CIPNSP.
- Sobre a pesquisa será agendada uma reunião com ANVISA e Proqualis com o DECIT.
- Sobre a campanha publicitária para o envolvimento do cidadão com o tema segurança, esta será encaminhada pelo Ministério, levando em consideração uma campanha paralela dirigida aos profissionais de saúde.